

870125

4
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE PSICOLOGIA



DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA GRUPAL PARA
MUJERES VICTIMAS DE MALTRATO CONYUGAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

ANA LETICIA GOMEZ GARCIA

GUADALAJARA, JAL.

MAYO DE 1990



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 está 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.

INDICE

Páginas

1.0 CAPITULO I

INTRODUCCION GENERAL

1.1	Formulación del Problema.....	2
1.2	Objetivo.....	4
1.3	Evaluación del Problema.....	4
1.4	Limitaciones de la Investigación.....	5
1.5	Definición de términos básicos.....	7
1.6	Naturaleza y orden de presentación.....	9
1.7	Referencias Bibliográficas.....	12

2.0 CAPITULO II

INVESTIGACIONES REFERENTES AL MATRATO CONYUGAL EN LA MUJER

2.1	Introducción.....	15
2.2	Maltrato conyugal.....	16
2.3	Masoquismo y la necesidad neurótica de amor.....	21
2.4	Alcohol y violencia familiar.....	25
2.5	Un estudio sobre mujeres golpeadas presentadas en el Departamento de emergencias de Kentucky, Pennsylvania y Texas.....	28
2.6	Las mujeres maltratadas: Son susceptibles al Tratamiento.....	30
2.7	Daño cerebral y Agresión marital.....	37
2.8	Síndrome de maltrato conyugal: Un pobre record de detección en el Departamento de emergencias de Canada y USA.....	44
2.9	Maltrato conyugal en México.....	54
2.10	Referencias Bibliográficas.....	64

3.0 CAPITULO III

BASES TEORICAS

3.1	La familia como entidad psicosocial.....	68
3.1.1	¿Qué es la Familia?.....	68
3.1.2	Normalidad familiar.....	73
3.1.3	Terapia Conyugal.....	75
3.1.4	Salud Mental.....	79
3.1.5	La comunicación familiar.....	85
3.2	Las ocho etapas del desarrollo de Erickson.....	89
3.3	La Autoestima.....	93
3.3.1	Escalera de Autoestima.....	95
3.4	La dinámica de grupos.....	96
3.4.1	Una sociedad que le diera apoyo.....	97
3.4.2	Profesiones que se desarrollaron.....	98
3.4.3	Ciencia social desarrollada.....	101
3.5	Origen de las Terapias Psicológicas.....	103
3.5.1	Bosquejo histórico.....	103
3.5.2	La Teoría humanística o existencial.....	105
3.5.3	La Terapia Gestalt.....	109
3.6	¿Qué es la Terapia Cognitivo-Conductual?.....	116
3.7	Características de la Terapia Cognitivo-Conductual.....	118
3.8	Referencias Bibliográficas.....	119

4.0 CAPITULO IV

MARCO REFERENCIAL CONCEPTUAL Y METODOLOGIA

4.1	Descripción del Modelo de Jerrold Kemp.....	124
4.2	Aplicación del Modelo al Programa.....	137

4.2.1	Objetivo General.....	137
4.2.2	Características de las participantes.....	137
4.2.3	Temario.....	138
4.2.4	Evaluación.....	140
4.2.5	Actividades y Recursos didácticos.....	141
4.2.6	Valoración.....	142
4.3	Referencias Bibliográficas.....	143

5.0 CAPITULO V

CONTENIDO DEL PROGRAMA

5.1	Instrucciones para el buen uso del Programa.....	145
5.1.1	Reglas y sugerencias del grupo y Psicólogo.....	147
5.2	"Programa de Psicoterapia Grupal para Mujeres Víctimas de Maltrato Conyugal"	
	PRIMERA SESION - Romper el hielo.....	151
	SEGUNDA SESION - Toma de consciencia.....	153
	TERCERA SESION - El darse Cuenta.....	155
	CUARTA SESION - No puedo-No quiero- Necesito- Quiero- Tengo miedo de-Me gustaría.....	160
	QUINTA SESION - Doble personalidad.....	163
	SEXTA SESION - Pensamiento vs Sentimiento.....	167
	SEPTIMA SESION - Cambiando fallas y limitaciones.....	169
	OCTAVA SESION - Lista de autoconceptos.....	171
	NOVENA SESION - Comunicación.....	174
	DECIMA SESION - Mi Sexualidad.....	178
	DECIMOPRIMERA SESION - ¿Cómo manejo mi agresividad? ¿Asertiva o Agresiva?.....	180

DECIMOSEGUNDA SESION -		
Expresión de sentimientos		
en silla vacía.....	185	
DECIMOTERCERA SESION -		
Viaje imaginario: El hombre Sabio..	188	
DECIMOCUARTA SESION -	Mi familia.....	192
DECIMOQUINTA SESION -	Viajes imaginarios.....	194
DECIMOSEXTA SESION -	Hacia una comunicación	
positiva.....	198	
DECIMOSEPTIMA SESION -	Hacia una comunicación	
positiva.....	205	
DECIMOCTAVA SESION -	Telegramas.....	212
DECIMONOVENA SESION -	Facultades.....	214
VIGESIMA SESION -	Estableciendo metas claras.....	216
SESIONES EXTRAS -	Seguimiento.....	220
5.2	Referencias Bibliograficas.....	222
6.0	CAPITULO VI	
	CONCLUSIONES GENERALES	
6.1	Conclusiones.....	225
6.2	Sugerencias.....	227
6.3	Lecturas Recomendadas a las participantes	
	del Programa.....	229
6.4	Glosario.....	230
	BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	234
	ANEXOS.....	239

CAPITULO I

1.0 INTRODUCCION GENERAL

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA:

Continuamente se lee en los periódicos casos de maltrato, se entrevistan personas que de una u otra manera están relacionadas con el tema; cada vez más mujeres maltratadas acuden a Instituciones Especializadas para resolver sus problemas.

Pero lo que es aún peor, es que no existen mecanismos efectivos para ayudar y proteger a las víctimas de malos tratos y ésto se debe en gran parte a la poca comprensión que se tiene acerca del problema del Maltrato Conyugal aquí en México.

Debido a la situación surgió el interés de diseñar un programa de Psicoterapia Grupal para Mujeres Víctimas de Maltrato Conyugal. Que es un fenómeno extremadamente variable, donde cada una de las características: Posición social, cultural y económica; no parecen explicar sino un porcentaje limitado de casos; hay casos de maltrato donde los maltratantes parecen absolutamente normales, pero también hay otros donde parecen tener problemas psicopatológicos; se encuentran casos en familias bien acomodadas y también en familias de bajos recursos; en parejas jóvenes y en parejas maduras; por lo tanto, existen un sin fin de características las cuales muchas de ellas no se pueden atacar directamente, pero, si se centra la atención a una parte importante del problema -"La mujer"-

en sus características culturales, físicas y psicológicas; se pueden diseñar métodos que muestren caminos más viables en su relación conyugal, así como también en su tratamiento y prevención.

Este trabajo sólo se limitará a la Mujer Víctima de Maltrato Conyugal, su etiología, características, consecuencias y repercusiones.

Y sobre todo a crearle consciencia de que no es normal el maltrato dentro de su relación y tampoco lo es el que ella lo permita. Esto será en base a un Programa en el cual se desarrollen las habilidades y cualidades de la mujer para obtener un crecimiento integral.

1.2 OBJETIVO:

"Elaborar un programa de Psicoterapia Grupal para mujeres Víctimas de Maltrato Conyugal, mediante técnicas de las Terapias Gestalt y Cognitivo-Conductual apoyándose en el Modelo Instruccional de Jerrold Kemp.

Se espera sea de gran utilidad para que lo apliquen Licenciados en Psicología y Psicoterapeutas."

1.3 EVALUACION DEL PROBLEMA:

Este tipo de Programa es de gran utilidad, ya que independientemente de disminuir el índice de Mujeres Maltratadas por sus compañeros, se mejoraría la autoestima de éstas mujeres y por lo tanto sus relaciones familiares, interpersonales, de trabajo y por supuesto conyugales.

Este tipo de programa es novedoso, ya que a pesar de que en varias Instituciones se atienden a Mujeres Víctimas de Maltrato y que ya se han formado grupos especiales para actuar sobre el problema, no se ha diseñado un programa de psicoterapia especial para estos casos.

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION:

Esta tesis se limita exclusivamente al Maltrato Conyugal hacia la Mujer o maltrato de su compañero a ésta, sin incluir alguna otra forma de maltrato provocado por otra persona: padres, parientes, amigos, novios o desconocidos; por lo tanto se excluye también todo lo relacionado a la violación, ya que aunque sea un maltrato físico provocado muchas de las ocasiones por los propios maridos o compañeros de las mujeres; es un problema demasiado amplio que haría tomar otro curso a la Investigación.

Al tipo de maltrato al que se refiere es al físico y/o moral; cualquier maltrato que atente contra la persona parcial o totalmente; dándole, en cierto modo, más énfasis al maltrato físico ya que es el más demandado y observable, pero sin dejar de darle la debida importancia al maltrato moral.

El programa está estudiado para que se aplique en dos fases. La primera es la que está estructurada conteniendo todos los lineamientos indispensables para que se aplique. La segunda fase se desarrollará, como un seguimiento que el terapeuta aplicará y que dependerá de la gravedad de la conflictiva de las pacientes. Por lo tanto, su estructura será organizada por el terapeuta.

Este programa no ha sido aplicado, sólo fue diseñado, es por ello que no se incluye su nivel de eficiencia y eficacia.

1.5 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

DISEÑO: Descripción o bosquejo de alguna cosa. (1)

MALTRATO: Tratar mal a uno de palabra u obra. Menoscabar. (2). Lastimar, dañar, insultar, ofender. (3)

MALTRATO

CONYUGAL: Es el asalto repetitivo a la mujer por el hombre que vive con ella y que mantienen actividad sexual. (4)

PROGRAMA: Plan dispuesto de antemano para realizar una investigación u otras tareas. (5)

PSICOTERAPIA: Es la relación interpersonal existente entre el terapeuta y su paciente. El propósito de ésta es restaurar las partes perdidas de la personalidad y por medio de ella pueden recuperarse nuestras experiencias y nuestro funcionamiento rechazados. (6)

PSICOTERAPIA

GRUPAL: Definimos al grupo Psicoterapéutico con un campo delimitado teórica y técnicamente en el cual interactúan las conductas de todos

sus miembros pacientes y terapeuta(s), y que permite el intento de descifrar el contenido latente individual, interpersonal y social de las manifestaciones verbales, gestuales, corporales, especiales, etc., de aquellos, y develar, parcial o totalmente, su génesis, intencionalidad y estructura. Su objetivo último es la corrección de las conductas inadecuadas y la reafirmación y desarrollo de las adecuadas. (7)

VICTIMA:

Persona sacrificada o destinada al sacrificio. persona que se expone ú ofrece a un grave riesgo en obsequio de otra. Persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita. (8)

1.6 NATURALEZA Y ORDEN DE PRESENTACION.

Este trabajo representa un intento de comprender la interacción del maltrato en las parejas y usar esta visión para diagnosticar y tratar a éstas.

Pone de manifiesto el giro que aporta el concentrar el estudio sobre el individuo, llevándolo hacia nuevos conceptos sobre la interrelación entre los cónyuges.

Este capítulo estuvo dedicado a dar una introducción general al dominio de este trabajo.

En el segundo capítulo se verán las Investigaciones referentes al Maltrato Conyugal en la Mujer con registros hechos tanto en países extranjeros como en nuestro país; tales investigaciones cumplieronse primeramente en el campo médico, debido a que las víctimas acudían a los hospitales para que les curaran las heridas y muy pocos casos se presentaban ante las autoridades especializadas.

Se analizarán varias características como consecuencias del fenómeno del Maltrato Conyugal; características tales como el abuso de alcohol y/o drogas, personalidades negativas, daño cerebral, la idiosincrasia machista, El masoquismo y la necesidad neurótica de amor en la mujer, niveles socioeconómicos y educativos entre otros.

El tercer capítulo está dedicado a las bases teóricas del trabajo, se desarrollan temas como la familia y su comportamiento "normal" o patológico en diversas situaciones familiares y sociales. Ya que la familia es el punto de partida principal para el desarrollo mental y físico de los miembros que la componen, es de primordial interés entender la dinámica y las bases culturales en que se sustenta. Así mismo, se verá la importancia de las ocho etapas del desarrollo de Erickson en el individuo y la subsecuente baja o alta autoestima, dependiendo de cómo se hayan logrado estas etapas del desarrollo.

También se tratarán temas como la Dinámica de Grupo; cómo surgió su evolución y desarrollo hasta que surgió la Psicoterapia Grupal y por supuesto los orígenes y marco referencial de las Psicoterapias Gestalt y Cognitivo-Conductual, en las cuales está sustentado el programa Terapéutico.

En el cuarto capítulo se describirá el Modelo InstruccionaI de Jerrold Kemp, y el programa psicoterapéutico en base a dicho Modelo.

En el quinto capítulo se encontrará el contenido del programa, con las instrucciones específicas para el buen uso del programa y el desarrollo de todas las sesiones en que consta el programa; cada sesión está conformada de objetivos, recursos materiales, técnicas utilizadas,

instrucciones específicas y desarrollo particulares.

Por último, en el sexto capítulo se encontrarán las conclusiones generales y sugerencias de éste trabajo.

1.7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) García Ramón, Pelayo y Gross. (1982)
Gran Enciclopedia laurousse.
México. Librairie Laousse. p. 236.
- (2) Espasa-Calpes. (1978)
Enciplopedia Universal Ilustrada
Europeo-Americana. Madrid-Barcelona, España.
Espasa-Calpes Editores. Tomo XXXII p. 577.
- (3) UTHEA. (1968)
Diccionario Enciclopedico UTHEA.
México, Unión Tipográfica Editores Hispano
Americana. Tomo VII P. 105.
- (4) Flaherty, Joseph A.M.D.; Channon, Robert A. M.D.;
Davis, John M. M.D. (88/89)
A Lange Clinical Manual Psychiatry.
USA Diagnosis & Therapy p. 35-36.
- (5) Warren, Howard C. (1984)
Diccionario de Psicología.
México. Ed. Fondo de Cultura Económica. p. 277.
- (6) Ibidem. p. 280

- (7) O'Donnel, Fancho. (1984)

Teoría y Técnica de la Psicoterapia Grupal.

Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.

p.102.

- (8) Salvat, Juan (1976)

Diccionario Enciclopédico Salvat Universal.

España. Salvat Editores. Tomo 20. p. 321.

CAPITULO II

2.0 INVESTIGACIONES REFERENTES AL MALTRATO CONYUGAL EN LA MUJER

2.1 INTRODUCCION

El tema del maltrato hacia la mujer por parte de su conyugue o compañero no es nuevo; ésta actitud data de mucho tiempo atras y se encuentra en diversos paises y bajo diferentes formas de presentación.

Sin embargo, ésto ha acontecido sin que se viera como algo importante digno de prestársele la debida atención; ya que a esta actitud se le han dado diversas excusas: ya que sea por tradiciones culturales, por ligarlas a un sentimiento (amor), por que se ha concedido ése derecho y mucho más.

"Por ejemplo, en ciertas comarcas de Hungría (somoogy), de Polonia, de Bohemia; la ceremonia de casamiento va precedida de una bofetada a la novia ante testigos. Se han descrito verdaderas escenas de brutalidad y malos tratos a las mujeres por parte de sus maridos o compañeros, considerados por ellas como una prueba de amor en Otahiti, Nueva Guinea, Nigeria y Assam". (1)

En este capítulo se propone ampliar el tema y dar a conocer Investigaciones referentes al problema en cuestión.

2.2 MALTRATO CONYUGAL

"La mayoría de las mujeres maltratadas suelen ser menores de treinta y cinco años de edad. Es generalmente común que el maltrato conyugal no se reporte a los Tribunales, pero ocurren estimadamente entre 2000-5000 muertes por año a causa de éste problema en los Estados Unidos" (2)

"Se han estudiado diferentes aspectos que podrían explicar la aparición del maltrato conyugal, factores como bajos niveles educativos y socioeconómicos, parecen hallarse con mayor frecuencia que en los casos que no hay maltrato conyugal. (Gil, 1970; Smith, Hanson y Noble, 1973, 1974; Justice y Justice, 1976; Oliver, Cox y Buchanana, 1978; Star, 1978; Creighton, 1979). Pero no se les puede considerar como condiciones explicativas universales.

Otra característica mencionada frecuentemente en relación con los maridos maltratadores es la presencia de una historia personal de maltrato en la infancia (Spinetta y Rigler, 1972).

Otros aspectos observados en estos casos son características de personalidad negativas. Este tipo de hombres que maltratan a su mujer- tienen una baja autoestima, son posesivos y celosos" (3) Ellos frecuentemente

empiezan a maltratar a su mujer cuando ésta presta atención ya sea a sus hijos o a su trabajo y le resta tiempo a él. Las mujeres víctimas de maltrato conyugal generalmente provienen de familias entre las cuales la madre era maltratada también.

"Estas mujeres son dependientes de sus abusivos maridos y frecuentemente presentan ansiedad crónica y depresión.

Es común que después de los episodios de maltrato sigue un remordimiento por parte del marido y una falsa esperanza por parte de la esposa de que el maltrato no va a volver a ocurrir.

Las frecuencias más altas de conflictos conyugales seguidos con episodios de maltrato son debido a las intoxicaciones de drogas y/o alcohol. El alcohol es uno de los factores que frecuentemente complican la vida en la familia, empeorando los pequeños disgustos, sacando a relucir los defectos de carácter y trayendo problemas de dinero. Los actos de violencia ocurren usualmente en la privacidad del hogar, cuando solamente los miembros de la familia están presentes." (4)

"Es común que en situaciones de stress se incrementen las demandas y por lo tanto, la ejecución del maltrato.

Con respecto al factor sociedad, diferentes autores (Gil, 1970; Aries, 1973; Korbin, 1977; Farke, 1977; Strauss, 1979; Lorgan, 1979) han puesto de manifiesto algunas características de nuestra sociedad que facilitan el que aparezca el problema. La aceptación generalizada del uso de la violencia, especialmente en el hombre, el lugar de inferioridad que se le atribuye a la mujer; todas estas condiciones crean entonces un terreno fértil para que se generen interacciones negativas, lo cual sumado a otros factores como el machismo, llevan al desencadenamiento de la violencia, especialmente de la violencia conyugal".

(5)

En la Idiosincrasia machista, por ejemplo, "tanto el hombre como la mujer creen firmemente en la superioridad del hombre en muchos aspectos (Stycos 1958). Los hombres pueden humillar y golpear a sus mujeres porque "por eso son los maridos".

Si su esposa se atreve a mostrar cierta independencia o le amenaza delante de otro hombre, él le debe pegar a fin de no perder el prestigio ante sus amigos. Los celos del macho junto con su agresividad explican el fenómeno de golpear y aún cometer homicidio con la mujer infiel. Esta conducta violenta del hombre no es apropiada pero en cierto modo se le espera y se la "comprende".

Otras de las características del macho es el ser capaz de ingerir grandes cantidades de bebidas alcohólicas sin emborracharse necesariamente, y ésto, como ya se dijo anteriormente es otra de las grandes causas del maltrato conyugal.

El más importante apoyo y contribuyente del machismo es el papel de la mujer en la cultura hispana. Cada una de las características de la mujer hispana parecen culturalmente determinadas de tal manera que los hombres pueden desempeñar su papel de "machos". La mayoría de los papeles asignados culturalmente a la mujer están concebidos de modo que contrasten con la superioridad del varón.

Las mujeres no solamente son sumisas de hecho sino que además quisieran desempeñar este papel, ser mandadas y dirigidas por los hombre, y los hombres lo hacen en parte con una devoción culposa por el temor de que otros hombres exploten a sus mujeres exactamente de la misma manera que ellos han explotado otras mujeres. El "Hembrismo" de las mujeres, como llama Bermúdez (1955); la exagerada sumisión, dependencia y aún aguante del castigo físico propinado por los hombres, es un pilar fundamental del machismo.

Se espera que las mujeres sean social y sexualmente pasivas de tal manera que sean conquistadas y no conquis-

tadoras. Deben mostrarse sexualmente indiferentes y sus esposos se abstienen con frecuencia de excitarlas no sea que se interesen sexualmente por otros hombres. ¿Pero, se podría dar un "macho", sin una mujer inferior a quién proteger, sin una hembra sumisa a quién dominar" (6)

2.3 OTRA DE LAS BASES PARA EL MALTRATO CONYUGAL SON EL PROBLEMA DEL MASOQUISMO FEMENINO Y LA NECESIDAD NEUROTICA DE AMOR.

"El interés por el hombre sobre el problema del masoquismo femenino se extiende mucho más allá de las esferas meramente médicas y psicológicas; llega en verdad hasta las raíces mismas de la evaluación de la mujer desde una perspectiva cultural, al menos para los estudiosos de la cultura occidental. Los hechos demuestran que en nuestras esferas culturales los fenómenos masoquistas son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

Ser amada en el medio particular de tranquilización que utiliza la persona masoquista. Dado que ésta sufre una angustia fluctuante, necesita muestras constantes de atención y afecto, pero como sólo cree momentáneamente en ellas, siente una necesidad exagerada de atención. En términos generales, es, por, consiguiente, muy emocional en sus reacciones con las demás personas, se ata fácilmente a ellas porque espera que le brinden seguridad y confianza que tanto necesita.

En sus relaciones también aparece una tendencia en todas las gradaciones, desde ser o sentirse incompetente, sometida y sacrificada hasta desempeñar el papel de mártir y sentirse o ser realmente humillada, despreciada

y explotada; y la subsecuente dependencia hacia estas personas que la hacen sentir de ésta manera.

No resulta exagerado que en algunas organizaciones sociales las actitudes masoquistas (o más bien las expresiones más leves de masoquismo) son fomentadas en las mujeres, en tanto son desalentadas en los hombres. Cualidades tales como la dependencia emocional al otro sexo, la concentración total en el "amor", la inhibición del desarrollo autónomo y expansivo; son consideradas muy deseables en las mujeres, pero cuando se las encuentra en los hombres son motivo de ridiculización y deshonra pública.

Estos factores culturales ejercen, por lo tanto, una influencia poderosa sobre las mujeres, tan es así, en realidad, que en nuestra civilización es difícil concebir cómo alguna mujer podría salvarse de convertirse en cierta medida en masoquista por los efectos de la cultura sola, sin recurrir de ningún modo a los factores cooperantes en las características anátomo-fisiológicas de la mujer y a sus efectos psicológicos.

El problema del masoquismo en la mujer, está condicionado por lo tanto, en gran medida por la organización social o el complejo cultural en el que se desarrolló la mujer masoquista en particular.

Con respecto a la necesidad neurótica de amor, entiendo con respecto a éste término "neurósis", una neurósis caractereológica que comienza en la infancia temprana y abarca más o menos la personalidad total. Al hablar de necesidad neurótica de amor me refiero a ese fenómeno que encontramos en formas y grados de consciencia distintos en casi todas las neurosis de nuestro tiempo, fenómeno que se manifiesta por la necesidad acrecentada del neurótico de ser amado, apreciado y reconocido; sin importar por que medios lograrlo.

¿Cuál es la diferencia entre la necesidad normal y la necesidad neurótica de amor? Considero normal a todo aquello que es habitual de una cultura dada. Todos queremos ser amados y el amor nos produce placer. Enriquece nuestras vidas y nos proporciona un sentimiento de felicidad. En este sentido la necesidad de amar -o dicho más exactamente, la necesidad de ser amado- no es un fenómeno neurótico. En el neurótico la necesidad de amor está incrementada, es compulsiva e indiscriminada.

Hay que comprender cuán grande es esta necesidad neurótica de amor, cuántos sacrificios está dispuesto a aceptar el neurótico y hasta donde es capaz de llegar en su conducta irracional a fin de ser amado y apreciado."

(7)

Concluyendo... Sólo así se entendería el por qué del dejarse maltratar, en muchos de los casos que coinciden con estas características.

2.4 ALCOHOL Y VIOLENCIA FAMILIAR.

En la Universidad de Arizona en Tucson, en el Departamento de Ciencias de la Salud se desarrolló una investigación referente a la influencia del alcohol y otras drogas en el fenómeno de Maltrato Conyugal lo cuál concluyó en lo siguiente: "Al editor: Es doloroso notar que el crecimiento del problema del alcoholismo se a dirigido a niveles altos en el departamento de Salud y Servicios Humanos.

Los Drs. Bowen y Sammons hicieron una importante aclaración cuando ellos notaron que el alcohol y el alcoholismo en sí son los contribuyentes mayores hacia problemas médicos y sociales, incluyendo violencia familiar.

En diversos descubrimientos han encontrado una uniformidad frecuente entre el abuso de alcohol (y otras drogas) y los golpes hacia la esposa.

Se hicieron estudios sobre mujeres golpeadas reportando el abuso concurrente de alcohol en maltratadores, con una variación de 44% a 93%. En suma Scott examinó 100 mujeres casadas con alcohólicos y se encontró que de esas 100 mujeres, 72% fueron amenazadas; 45% fueron maltratadas y 27% fueron potencialmente atacadas vigorosamente por manos del conyugue. Finalmente, el 50% de todas estas

mujeres pueden ser precipitadas hacia el maltrato por consecuencia del abuso de alcohol.

Sin embargo, estas estadísticas pueden ceder por un error, por creer que una abstinencia favorable puede traer como consecuencia un estado de violencia.

Se asume que la violencia puede ser causada por una dependencia química. Sin embargo, hay una gran variedad de formas en que la adicción y la conducta violenta pueden ser manifestadas. Algunos individuos son atacantes solamente cuando están intoxicados, por el contrario otros nunca lo han sido bajo efectos tóxicos, pero la mayoría de estos que cometen conductas violentas lo hacen tanto sobrios como cuando están intoxicados. Esto ha causado que algunos investigadores de la violencia familiar hagan una declaración firme de que tanto las drogas como el alcohol lo usan como una excusa o como racionalización para dicha conducta.

Las implicaciones que descubrieron los profesionistas encargados al cuidado de la salud consta de 3 partes:

- 1) Todos los pacientes con el diagnóstico de alcoholismo o cualquier otra intoxicación, pueden ser rutinaria y sensitivamente encuestados sobre la relación de ésta con la violencia familiar.
- 2) Todos los pacientes identificados con relaciones violentas hacia los miembros de la familia fueron

encuestados rutinariamente y estaban relacionados con el abuso de drogas y ó alcohol; y...

- 3) Los esfuerzos en educación y prevención psicológica, así como también la intervención con el paciente y su familia, se hicieron conjuntos para determinar que el abuso de sustancias químicas y la violencia interpersonal van en el mismo plano". (8)

En mi opinión personal creo que este artículo es de mucho interés ya que se demostró que el alcohol y/o drogas son un factor precipitante al problema del Maltrato Conyugal, pero como uno se puede dar cuenta, no se puede generalizar al alcohol y/o drogas como los únicos causantes del problema, por lo tanto se necesita una investigación más exhaustiva.

2.5 UN ESTUDIO SOBRE MUJERES GOLPEADAS PRESENTADAS EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS DE KENTUCKY, PENNSYLVANIA Y TEXAS.

"El conocimiento sobre el crecimiento de la violencia doméstica ha ido aumentando desde los primeros reportes en la literatura durante principios de los 70's. Los sistemas multidisciplinarios han sido involucrados a la protección de víctimas, la reducción de la violencia y expandir recursos. Sobre 700 refugios han sido establecidos, y la policía pública está encargada de la protección de las víctimas a niveles locales, estatales y federales. Sin embargo, en la inspección nacional de 2,143 casos han sido reportados sólo el 25% de mujeres maltratadas por sus conyugues.

En Harris Poll 1,793 mujeres en Kentucky, el 21% de éstas reportan padecer abuso psicológico, dos tercios de las mujeres divorciadas y separadas, habían sido maltratadas, similares descubrimientos fueron reportados en Pennsylvania (26%) y Texas (29%).

Las manifestaciones de maltrato hacia la mujer son más frecuentes en los reportes de trabajo de los oficiales de policía que cualquier otro tipo de ataque.

Las estadísticas de estos casos de violencia no vienen acompañadas de la miseria producida en estos

casos, la crónica victimización, ni de la secuela emocional que queda en los niños testigos de ésta forma de violencia. (ver tabla Nº.1)

La mortalidad es significativa; del 17% de los homicidios nacionales ocurridos dentro de la familia, la mitad de éstas muertes son secundarias a la violencia producida por el esposo contra la esposa,

Los reportes sobre el abuso a la mujer indican que es la causa más común de agravio a la mujer, más que los accidentes automovilísticos y el rapto combinados.

EL MALTRATO FISICO ES LA CAUSA PRESENTE DE TRAUMA FEMENINO EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA.			
Años	Total del Trauma femenino	Casos Positivos	Maltrato y
18-20	47	20	42
21-30	174	61	35
31-40	77	20	26
41-50	45	11	24
51-60	42	7	17
61-+	27	5	18
Total	412	124	30

Tabla 1 " (9)

2.6 LAS MUJERES MALTRATADAS: SON SUCEPTIBLES AL TRATAMIENTO.

En el Instituto Karoliska en el Departamento de Psiquiatría y Cirugía del Hospital Huddinge en Suecia se llevó a cabo un Programa Terapéutico el cual se les daba a las pacientes que llegaban con diagnóstico de Maltrato Conyugal y el Programa consistía en Terapia Psicológica y apoyo social, más no se menciona que tipo de Terapia se manejaba ni se llevaban sesiones estructuradas; pero veamos los resultados:

"Durante el periodo del mes de agosto, tres personas hicieron un programa terapéutico enfocado hacia el diagnóstico de maltrato conyugal, se hizo de las mujeres que llegaban al departamento de emergencias debido al maltrato físico y psíquico. 49 mujeres estuvieron de acuerdo con el experimento de dicho programa, fue un intento de proporcionarles apoyo social y psicológico. Las mujeres fueron tratadas como pacientes en el departamento de cirugía, después de darles de alta del hospital, el mantener contacto con las ex-pacientes resultó muy difícil. Cerca de la mitad de las mujeres desertaron durante el primer mes del tratamiento y sólo 22 mujeres (45%) completaron el programa. La causa del ausentismo fue analizada considerando a las mujeres con mayores antecedentes de episodios repetitivos de maltrato, alto grado de consumo de alcohol y desordenes psiquiátricos. (Ver

tabla N9.2 pág.35).

Esto concluyó que las mujeres maltratadas necesitan tratamiento a largo plazo y apoyo personalizado y la mayor atención posible debe estar enfocada sobre las posibilidades de que estas mujeres puedan terminar el programa planteado.

Durante años recientes la extensión y las consecuencias del maltrato hacia la esposa ha incrementado la atención pública. El maltrato a menudo se vuelve repetitivo. Diferentes factores han sido discutidos de él porque la mujer permanece en una relación caracterizada por los golpes repetitivos de su esposo o compañero. El miedo que ellas tienen hacia "su" hombre y la amenaza de represalias en contra de ella o de sus hijos nos dan una explicación del porqué la permanencia en esta relación tan patológica. Sin embargo, esto ha emergido que los antecedentes del maltrato hacia la mujer a menudo sean coloreadas por la violencia.

Esto hace que la mujer esté dispuesta a no dejar su relación con la persona quien la maltrata. Otros estudios han revelado gran material y se ha encontrado una dependencia emocional, trastornos mentales y alcoholismo en las mujeres lo que demuestra otras posibles causas del porqué la mujer no deja al marido o a su concubino. Se ha demandado el hecho de que se ha subestimado la importan-

cia del maltrato hacia la esposa, en el departamento de emergencias y el hecho de que a las mujeres maltratadas no se les da la debida atención ni el apoyo que ellas necesitan.

Los estudios sobre este problema en el departamento de cirugía también mostraron que las mujeres maltratadas raramente obtienen ayuda para mejorar su situación social y el agravio psíquico es usualmente desatendido, ya que es considerado como leve. Sin embargo, cuando el programa terapéutico fue ofrecido a 98 mujeres maltratadas atendíéndose éstas en el departamento de cirugía, solamente 49 (50%) estuvieron de acuerdo en seguir el tratamiento. El grupo de mujeres quienes rechazaron el programa terapéutico mostraron un incremento en trastornos adictivos, morbosidad psiquiátrica y en trastornos psicóticos.

El intento de la presente investigación fue la de estudiar la capacidad de las mujeres maltratadas quienes inicialmente tenían actitud positiva hacia el apoyo social, hacia terminar el programa terapéutico y analizar las razones de sus faltas o incumplimientos. (Ver tabla N9.3 pág.36)

METODO:

Durante el octavo mes del periodo de 1983 a 1984, tres personas hicieron una especie de programa terapéutico enfocado en el diagnóstico y tratamiento de las

mujeres golpeadas quienes buscaban ayuda médica. En el departamento de emergencias del Hospital Huddinge. El programa era ofrecido a todas las mujeres que presentaban maltrato físico causado por sus esposos o por sus compañeros. Estas mujeres tuvieron la oportunidad de ser admitidas en el Hospital como pacientes independientemente del grado de severidad del agravio en sus cuerpos. El intento de este programa terapéutico fue hacer una evaluación de la psicología de estas mujeres y de su situación social tan pronto como fuera posible después del maltrato y, de acuerdo a sus necesidades, para así ofrecerles terapia psicológica y apoyo social. Al final, el equipo calificado constó de dos cirujanos, dos trabajadoras sociales y un psiquiatra.

En la primera fase del programa las mujeres golpeadas se entrevistaban con el psiquiatra y con una trabajadora social; las mujeres comenzaban la entrevista explicando su situación social y sus relaciones con el hombre en cuestión, así como su consumo de alcohol y así, su status psicológico fue detectado. Estas mujeres fueron clasificadas en mayores o menores consumidoras de alcohol. A cada mujer se le ofreció terapia de apoyo y se le ayudó con soluciones prácticas para sus problemas. Si era necesario, se les transfería al departamento de psiquiatría.

La segunda fase del programa terapéutico consistió en la entrevista con otra trabajadora social y con el psiquiatra y tuvieron una entrevista con una ex-paciente, ésto con el intento de que la paciente se diera cuenta del apoyo psicosocial continuo que se da después de su estancia en el Hospital. El programa terapéutico tuvo su fin después de un año de entrevistas longitudinales. A las mujeres se les preguntaba acerca de su situación actual, ¿cuando el maltrato estuvo presente durante este año? y ¿cuando tuvieron importantes cambios en su vida diaria durante este tiempo?.

MUJERES GOLPEADAS QUE FUERON ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS EN EL HOSPITAL HUDDINGE DURANTE EL PERIODO DEL OCTAVO MES DEL PERIODO 1983-1984.

Total de mujeres golpeadas.		
135	-----	Golpeadas por hombres desconocidos. 18
117		Golpeadas por males relativos, pero no por su esposo o compaero.
Golpeadas por su esposo o compaero.	-----19	
98		
	-----49	Declinaron en el programa.
49		
Aceptaron el programa y entraron al estudio.		
Tabla Nº 2		

DATOS SOCIALES CONCERNIENTES A LAS MUJERES GOLPEADAS Y
AL GRUPO CONTROL.

	Mujeres golpeadas (n=49)	Control (n=49)
Años	33 (19-55)	33 (17-63)
Nacionalidad Sueca	25 (51%)	25 (51%)
Extranjeras	24 (49%)	24 (49%)
Niños en casa-de 18años	28 (57%)	28 (57%)
Empleados provechosos.	30 (61%)	30 (61%)
Desempleadas	11 (22%)	3 (6%)
Otros empleados no provechosos estudiantes, amas de casas.	8 (16%)	16 (33%)
Estatus marital:		
Casadas/unión libre	30 (61%)	22 (45%)
solteras/viven solas.	19 (39%)	27 (55%)
Tabla No. 3	"(10)	

*p<0.05

2.7 DAÑO CEREBRAL Y AGRESION MARITAL.

Alan Rosenbaum y Steveun Hoge hicieron una importante recopilación de datos referentes a la influencia que tienen los daños cerebrales con la agresión marital.

Se encontraron resultados muy significativos que nos dan una pauta para estudiar éste fenómeno más a fondo.

Las investigaciones son las siguientes:

"Estimaciones recientes indican que casi dos millones de mujeres americanas son victimas de malos tratos por sus conyugues cada año; el 30% de las mujeres asesinadas han sido victimas de sus propios maridos o compañeros, y más del 30% de estas mujeres han sido golpeadas y maltratadas durante el curso de su relación. Pero, la agresión entre esposos frecuentemente empieza antes del matrimonio. Los resultados de una reciente investigación retrospectiva entre recién casados indican que la agresión premarital ocurre en la mitad de las 396 parejas investigadas.

La violencia conyugal trae consigo costos sociales elevados, como el alto indice en divorcios, la tensión de la ejecución legal: cárceles, cuidados médicos, refugios, recursos para el bienestar público y el tiempo perdido de trabajo. La violencia conyugal es la mayor contribución hacia problemas psiquiatricos, emocionales y el estres

consecuente a los problemas médicos, ya que todos los miembros de las familias afectadas presentan una de estas consecuencias. La magnitud y la seriedad de este problema recientemente cobró mayor importancia en el Departamento General de Cirugía de los Estados Unidos y aquí se designó a la violencia doméstica como el problema primordial que ataca a la salud mental.

Sin embargo, la violencia marital ha sido víctima de desatención profesional y académica, en la década pasada empezó el interés hacia los descubrimientos clínicos, y sobre la variedad de disciplinas y por lo tanto, nuestro conocimiento hacia este fenómeno se incrementó consecuentemente. Sin embargo, los esfuerzos por atender la etiología de la violencia familiar tiene su foco en las agentes psicosociales; la contribución potencial de los factores psicológicos no fueron explorados empíricamente.

Los trabajadores de esta campaña investigaron el rol que juegan los factores biológicos en la violencia marital. En 1977, Roy incluyó un artículo sobre episodios del Síndrome de Discontrol (ataques recurrentes de rabia y violencia) en su antología de la causa de las mujeres golpeadas, escribió: "Los desórdenes psíquicos son responsables algunas veces del maltrato a la mujer, pero, todavía no hay datos precisos de esto". Similarmente, en este reporte de episodios del Síndrome de Discontrol. Elliott declaró, "Es una importante causa del

maltrato hacia mujeres y niños". En 10 años más tarde, todavía no hay datos sobre que proporción existe en mujeres golpeadas y los desordenes cerebrales. Hotaling y Surgarman revisaron 97 marcas potenciales de riesgo de golpes hacia la esposa, sacadas de 400 reportes empíricos, pero los factores biológicos estuvieron notablemente ausentes.

El eslabón entre factores biológicos y la agresión generalizada fueron estudiadas más extensamente. Varias investigaciones y sugerencias clínicas fueron hechas acerca de la relación entre daños neurológicos y la agresión. Lewis y colaboradores reportaron historias con daños severos de maltrato en todos los 15 crímenes por violencia que ellos investigaron. Esto fue confirmado por varios estudios recientes de 14 asesinatos juveniles. Todos estos asesinatos, sólo 14 fueron reportados por tener antecedentes de agravio severos; 12 de estos reportes fueron de abuso psicológico a niños-. Elliott observó que en 102 de 286 casos de episodios ocurridos del Síndrome de Discontrol, la condición se revela después de un daño cerebral. En un estudio hecho por Mckinlay y colaboradores, aproximadamente el 70% de los pacientes quienes recibieron trauma cerebral mostraron agresión e irritabilidad que fue significativamente angustioso para ellos mismos y para sus familiares. Detre y colaboradores experimentaron sus estudios en animales y reportes clínicos en humanos concluyeron que es una prueba convincente

entre la asociación neurológica y la conducta violenta. Lishman declara que la conducta agresiva es resultado del daño en una de las estructuras del lóbulo frontal.

En suma, a la asociación entre agravio mental y otras formas de agresión, la mayor significancia de daño cerebral en la etiología de la agresión marital es el refuerzo por los golpes similares entre la conducta de los pacientes que presentan daño cerebral y maltrato hacia sus esposas. Wood describe la conducta agresiva típicamente expuesta por pacientes con daño cerebral, lo cual es virtualmente indiscutible para las esposas golpeadas. Tales pacientes, escribe Wood; frecuentemente muestran un gran remordimiento por el episodio agresivo a la conducta destructiva, sobre lo cual él declara no haber tenido el suficiente control... Típicamente, él está sujeto a la menor provocación, la conducta violenta verdaderamente quiere sonsacar la proporción del evento. A veces, tal agresión es una exageración de ... rasgos de personalidad que tienen menos control y mayor susceptibilidad a los efectos del estrés, alcohol y frustración... En tales casos, la agresión no es usualmente extrema, pero es más permanente el rasgo de corta colera, no hay cooperación, el lenguaje es grotesco y generalmente amenazante o la conducta es difícil.

En suma, ésta es una buena razón para sospechar que los factores biológicos juegan un papel muy importante en

la etiología de la violencia marital, estas dudas del efecto que causan los factores biológicos en la agresión marital datan desde hace 10 años o más, pero las evaluaciones en cuestión están carentes de la objetividad, ya que las evaluaciones hechas son puramente empíricas.

En este reporte analizamos los resultados de una exploración de la frecuencia de un factor asociado con la agresión generalizada -daño mental previo- en una muestra de 31 esposas golpeadas.

METODO:

Los trabajadores educacionales de la Universidad de Massachusetts (Centro Médico) proporcionaron evaluaciones y tratamiento a pacientes con problemas de agresión marital o relaciones dañinas. Los pacientes fueron referidos por ellos mismos o por la corte desde Massachusetts y de los estados vecinos. El trabajo consistió en 31 hombres referidos consecutivamente quienes eran entrevistados por uno de nosotros durante un periodo de un año. La evaluación inicial incluía una historia médica que consistía en una serie de preguntas abiertas y cerradas designadas a obtener información sobre una enfermedad significativa y accidentes en la niñez o en su edad adulta. Cada información sobre accidentes o sobre enfermedades con potencial de CNS con secuela era seguido con el interrogatorio médico que requería el problema, el diagnóstico de CNS (contusión) se asignaba cuando se tenía una pérdida de consciencia y si era duradera. Los sujetos

quienes no informaban espontáneamente de trauma cerebral eran interrogados específicamente acerca de los acontecimientos y acerca de los eventos ocurridos con alta probabilidad de ser causantes de algún trauma cerebral (accidentes automovilísticos, peleas, accidentes en juegos). Los sujetos eran considerados con daño cerebral significativo si reportaban daños que fueron diagnosticados como contusión por un psicólogo o psiquiatra o si en su experiencia tuvo pérdida del conocimiento como resultado de ésta.

El informe también contenía la historia familiar de cada sujeto incluyendo el maltrato en la niñez, la historia de la agresión hacia sus padres, niños y otros; el consumo de alcohol y drogas, y la información demográfica.

Nuestro significado fue \pm SD las edades eran entre 29.7 ± 6.3 años.

RESULTADOS:

19 sujetos (61.3%) tuvieron historias positivas de daño cerebral diagnosticado como contusión o causada por pérdida de consciencia. El significado \pm SD la edad del daño era entre 16.1 ± 5.2 años. Los accidentes de motocicleta fueron los más frecuentes reportados como causantes del daño. En 17 de los 19 casos (89.5%) se reportaron pérdidas de consciencia que variaban desde varios minutos a varios meses (coma). 6 de los 19 sujetos con historias

de daño cerebral también reportaron agresión hacia otras personas, ésto se encontró solamente uno de los sujetos que no presentaban daño cerebral. La diferencia entre los grupos no fue satisfactoriamente significativa, posiblemente debido al pequeño tamaño de la muestra.

De los sujetos examinados 9 de ellos (47.4%) reportaron maltrato cuando eran niños. Significativamente la mayor parte de los sujetos con daño cerebral reportaron abuso de alcohol.

Discusión:

En la ausencia del grupo control, la magnitud de la frecuencia de daño cerebral encontrado en esta investigación sólo puede apreciarse comparándolo con los datos base de la población general.

Los accidentes anuales con daño cerebral son aproximadamente del 0.2%.

Existe una fuerte asociación entre el daño cerebral y el abuso de alcohol, más no exactamente todos los sujetos que abusan del alcohol muestran daño cerebral ni agresión generalizada.

Los resultados de esta investigación preliminar debe alentar a las evaluaciones empíricas a encontrar el rol que juegan los factores psicológicos en la etiología de la agresión marital y de otro tipo de manifestación". (11)

2.8 SINDROME DE MALTRATO CONYUGAL: UN POBRE RECORD DE DETECCION EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL ROYAL VICTORIA EN MONTREAL CANADA.

La Universidad de McGill supervisó una Investigación en Canadá y Estados Unidos sobre las sanciones proporcionadas a los causantes del Maltrato Conyugal y del porqué de los muchos casos en que no son sancionados por la ley.

También se sacaron resultados de los incidentes de Maltrato en el Hospital Royal Victoria de Montreal Canadá.

Tales Investigaciones tuvieron los siguientes resultados:

"Ambivalencia Histórica:

E.E.U.U.: La violencia conyugal no es un fenómeno nuevo. De hecho, recientemente es un aspecto común y aceptado como parte del matrimonio. En 1824 en los Estados Unidos, un hombre fue procesado y juzgado por la autoridad legal por golpear a su esposa.

Uno de los pretextos que él usó para describir su acción, fue que no pensó en el diámetro de su golpe.

La Suprema Corte de Justicia modificó sus leyes y quitó los derechos del marido de castigar a su esposa bajo ninguna circunstancia. Sin embargo, la Corte fue de la opinión que "si la injuria no es permanente, no hay malicia, crueldad o violencia peligrosa mostrada por el esposo; es mejor correr las cortinas, cerrar el paso a la expectación pública y dejar la fiesta, para olvidar y que los olviden".

CANADA: Bajo el Código criminal Nº.244 de Canadá; la violencia doméstica es una acusadora ofensa llamada asalto.

Cuando estos sujetos son encontrados culpables, son encarcelados por 5 a 10 años. Las leyes de la provincia de Quebec y el Código Civil data desde 1866 y fue derivado del Código Napoleónico. Los artículos originales números 175 y 176 del Código Civil dan toda la autoridad, propiedad y responsabilidad al marido sobre la esposa. El Código Civil permanece intacto como la Legislación de la Provincia de Quebec.

Sin embargo, en 1980, Bill 89 introdujo la igualdad de los sexos, reemplazando los artículos 175 y 176. Esto, cuando se descubrió cuantos males recientes habían en la Provincia de Quebec que legalmente obtuvieron un estatus equivalente, así, fue más fácil entender la actitud arcaica persistente, concerniente a la dominación por la

fuerza y la pública ambivalencia e ignorancia acerca de la violencia doméstica. En 1983 Costa, expresó su idea acerca de la apatía social: En estos días, las normas culturales exortan la sanción de la familia y legislan el poder del esposo como cabeza y sostenedor del mantenimiento del hogar, acto que molesta a la esposa víctima de maltrato conyugal, y es, a la vez, un escudo para la curiosidad pública.

Incidentes de Maltrato:

El censo Canadiense estimó en 1980 que todas las mujeres casadas o viviendo en unión libre, una de cada 10 mujeres eran golpeadas por el hombre con quién vivían. En 1978, no menos de 500,000 mujeres Canadienses (menos del 2% de la población total) sufrieron dicho trato. En 1980, los estudios hechos por dos estudiantes de la Escuela de Criminología en Montreal, estimaron que, 256,000 mujeres residentes en Quebec (el 4% de la población total de dicha provincia) eran golpeadas por sus esposos o novios. La estimación de la ciudad de Montreal fue de 100,000 (9.8% de la población total de la Ciudad).

Estas estadísticas, sin embargo, son meras estimaciones. Los records exactos no son conocidos por la Justicia Canadiense ni por el Departamento de Salud y Servicio Social.

El personal de dichas Instituciones sospechan que dichas estimaciones subestiman la severidad del problema.

El estudio titulado "Las mujeres golpeadas y la justicia" investigó el resultado de todos los detalles de la violencia doméstica recibida en la Comunidad Urbana de Montreal (M.U.C.) en el despacho de la policía durante el año de 1980. En total, sólo tuvieron 776 reportes archivados, menos del 1% de los probables casos estimados anualmente.

Las averiguaciones fueron hechas por los investigadores oficiales con sólo 563 casos, los cargos inactivos fueron del 31% de los casos investigados, y de esos, sólo el 53% están actualmente juzgados por la Corte de Justicia.

¿Por qué de tantas Discrepancias?

La Reforma Legal de Canadá, comisionada al trabajo de la violencia doméstica dice que el hecho de que no se publiquen los casos no son por razones de inadecuación de la definición, pero si por problemas como la detección, la prueba y la actitud general.

1) La detección es difícil: Los signos del abuso son frecuentemente escondidos. La violencia doméstica ocurre raramente ante la vista de otras gentes, comunmente ésta ocurre en la privacidad del hogar. Los testigos usualmente son las mismas víctimas, quienes están en una

posición vulnerable. Pocas personas, por ejemplo, pueden ser más importantes, desoladas y necesitadas que una mujer víctima de maltrato conyugal. Emocional y económicamente dependen del esposo, ellas se miran dentro de una peligrosa y destructiva relación pero por miedo a su propia seguridad y a la de sus hijos, tienen miedo al tratamiento y no conocen otra manera de escapar y además teniendo en cuenta el riesgo adicional del maltrato si ella busca ayuda. Los psicoanalistas han comparado el estado emocional de la mujer maltratada con el de los rehenes, siendo estos muy similares.

2) El peso de la prueba resta con la acusación. Sin embargo, en los casos de violencia doméstica los únicos testigos son las víctimas, ya sean la esposa o los hijos. Frecuentemente ellos son cómplices y rehusan testificar.

3) El problema actitudinal desarrolla como la renuncia interfiere con la santificación del hogar o con el armazón ideológico de nuestra sociedad patriarcal.

El resultado impotente de la justicia puede ser apreciado por los reportes seleccionados y publicados acerca de la violencia familiar en 1982 por el Gobierno Federal de Canadá:

Charles Baker, de 42 años, fue sentenciado ayer por golpear a su mujer hasta matarla; la Sra. Baker de 41 años fue asesinada el 21 de enero de 1981, después de

tener una pelea fuerte con su pareja. Ella tenía rota la quijada, ruptura de páncreas y varios golpes en el estómago, así como moretones por todo el cuerpo incluyendo pelvis y piernas.

El Sr. Baker fue declarado no culpable de asesinato de segundo grado, y el jurado lo encontró culpable de ofensa menor y de homicidio sin premeditación.

El abogado, Thomas Smith, dijo al Juez Superior: - Las mujeres golpeadas son siempre una preocupación, ya que las víctimas no pueden protegerse ellas mismas-, y dijo: -la sentencia de esta corte debió ser más estricta para así defender a las esposas quienes son víctimas...-

El Juez de la Suprema Corte de Ontario, dió a Charles Baker la máxima sentencia por homicidio sin premeditación. El Sr. Baker fue sentenciado de 3 a 5 años en la penitenciaría Federal.

Sin embargo, yo sé, dijo el abogado, que lo que yo haga no traerá de vuelta a la vida a la Sra. Baker.

El Sr. Baker estuvo 2 años menos en el reformatorio provincial. El Juez recomendó que el hombre debería ser mandado a una institución con programas para alcohólicos.

Conceptos erróneos comunes.

Este problema corre el riesgo de ampliarse debido a los comunes mitos erróneos acerca del maltrato y víctimas de abuso. Leslie Lawlor testificó ante el comité de Investigación de la Mujer Maltratada en Ontario: El problema en sí, es que la mayoría de las personas viven con el mito de que son los demás los que cometen estos actos, gente que no trabaja, emigrantes o gente con cultura diferente. Todos piensan que son otras personas y no gente cerca de ellos o ellos mismos.

MITOS COMUNES:

MITO I: La gente envuelta en la violencia doméstica es muy joven o muy inmadura para aceptar la responsabilidad de hacer una buena relación con su pareja.

HECHOS: Casi el 2/3 de las personas envueltas en estos problemas están entre las edades de 20-39 años.
(Ver tabla No.4 pág.52)

MITO II: El maltrato pertenece a personas de clase socio-económica baja, pobre educación, desempleados y emigrantes.

HECHOS: Más de la mitad de los agresores son trabajadores. Un estudio de la sociedad Oeste del Canada

mostró que los incidentes más altos de maltrato hacia la mujer son primeramente dados por 1) Doctores; 2) policías; 3) Choferes de camiones. (Ver tabla NQ.5 pág.52).

MITO III: La mayoría de las mujeres quienes buscan ayuda tienen conocimientos profesionales. La gente con poca educación son las que menos recurren en busca de ayuda.

HECHOS: Aproximadamente 6 de 10 mujeres envueltas en violencia doméstica expresan desacuerdos en buscar ayuda profesional. Sean mujeres con educación o sin ella. (Ver tabla NQ6 pág.53).

MITO IV: El alcoholismo predispone la violencia.

HECHOS: Las mujeres que se han presentado al departamento de emergencias tienen una historia de maltrato del primer episodio no más asociado con el alcohol que las historias de las mujeres no golpeadas (2%), sin embargo, después del primer episodio de maltrato, el abuso de alcohol sube al 15% entre las víctimas.

En 1981, un estudio hecho por la Universidad de Yale analizó las causas del trauma post-violencia doméstica en un hospital urbano de los E.U. Ellos encontraron traumas

psíquicos, emocionales y físicos por supuesto, pero nos encontramos ante el problema de que dichas mujeres rehúsan la ayuda profesional debido a su apatía o a su miedo. Ellas no admiten que se les maltrate, ni aceptan la oferta de ayudarles en sus problemas. Por eso, en este punto me gustaría recalcar que "una pequeña ayuda racional y enfocada al problema en un tiempo estratégico es más efectivo que la ayuda dada en periodos extensos ya que no hay accesibilidad a este tipo de ayuda". Si el diagnóstico de maltrato conyugal es hecho al momento de llegar la víctima al departamento de emergencias, se puede enfocar la ayuda inmediatamente y que se le informe a la víctima que buscando ayuda pronto disminuirá el problema y por lo tanto los efectos que esto trae consigo.

<u>DISTRIBUCION DE EDADES DE AGRESOR Y VICTIMAS (%).</u>		
<u>EDAD</u>	<u>AGRESOR</u>	<u>VICTIMA</u>
Menos de 20	2.6	6.1
20-29	30.9	40.9
30-39	38.8	33.1
40-49	17.6	12.5
+ 50	10.8	6.4

Tabla N^o. 4

<u>EMPLEOS DE LOS AGRESORES.</u>	
<u>DESCRIPCION DEL EMPLEO:</u>	<u>% DE AGRESORES (N=601)</u>
Profesionales	7.5
Trabajadores experimentados	59.4
Desempleados	33.1

Tabla N^o5

EMPLEOS DE LA MUJER MALTRATADA QUE BUSCA AYUDA
PROFESIONAL.

DESCRIPCION DEL EMPLEO	N=512	BUSCAN AYUDA.
Profesionales	21	11 (55%)
Trabajadoras experimentadas	172	100 (58%)
Amas de casa	256	165 (64%)
De Gobierno	41	28 (64%)
Estudiantes/retiradas	22	14 (64%)

Tabla Nº 6 "(12)

2.9 EL MALTRATO CONYUGAL EN MEXICO:

"El maltrato a las esposas, tan ajeno a nuestro concepto de amor y el matrimonio, está surgiendo como uno de los problemas sociales menos reconocidos y más alarmantes de México. Sin embargo casi no existen lugares a donde las víctimas puedan acudir en busca de ayuda y protección.

No existen estadísticas nacionales al respecto, pues muy pocas mujeres denuncian estos abusos. Pero una investigación realizada por el Instituto de Formación Profesional, de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, reveló que de mayo a noviembre de 1986 las agencias investigadoras del Ministerio Público y los jueces calificadores del Distrito Federal registraron 502 casos. Y el Centro de Apoyo a la Mujer, dependencia gubernamental que dirige el Colectivo Feminista Coatlicue, de la ciudad de Colima (que cuenta con unos 100,000 habitantes), ha registrado alrededor de 500 casos desde su creación, en 1983. Sin embargo, estas cifras reflejan sólo la punta del Iceberg.

Los individuos que las golpean son raras veces detenidos por la policía y castigados por las autoridades, tradicionalmente la policía ha considerado el maltrato a las esposas como un "problema familiar" que debe ser resuelto sólo por los cónyuges. Los agentes del minis-

terio público suelen hacer caso omiso de la queja de las esposas maltratadas, instándolas a que "arreglen las cosas" con sus maridos antes de presentar una querrela. Algunos grupos feministas alegan que los agentes no se interesan por el problema ni son sensibles a él. Y los agentes, por su parte, dicen que es una pérdida de tiempo atender estos casos porque muchas mujeres retiran sus denuncias posteriormente.

Fese a las graves repercusiones del fenómeno del maltrato a las esposas, la sociedad mexicana apenas comienza a dedicar atención al problema. Algunas organizaciones feministas comienzan a incluir estos casos entre los de violación y de maltrato a menores. Sólo un grupo, el Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (Colectivo Kollontai) de la Ciudad de México, atiende específicamente estos casos de maltrato a las mujeres. Y la Procuraduría General de la Justicia del Distrito Federal piensa crear una oficina especial en las agencias del Ministerio Público de cuatro delegaciones regionales, con personal capacitado para atender quejas de violencia familiar.

Hay otras organizaciones de ayuda que son:

- Centro de Investigación y Lucha contra la violencia doméstica.
(Colectivo Kollontai)
Apartado Postal 211
06000 México, D.F.
Teléfono 579-8051

- Centro de orientación y apoyo a Personas violadas.
Secretaría General de Protección y Vialidad del Departamento del Distrito Federal.
Fray Servando Teresa de Mier N°32, 1er.piso. Colonia Centro.
06800 México, D.F.
Teléfono 588-5604

- Centro de Apoyo a la Mujer. (Colectivo Feminista Coatlicue)
Alvaro Obregón N° 232
28000 Colima, Colima.
Teléfono 295-99

- Colectivo de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres.
Baja California N° 255, edificio B, depto.501
Col. Hipódromo Condesa
06140 México, D.F.
Teléfono 574-6883

- Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina. En la Ciudad de México: Xola N° 1454.
Col. Narvarte.
03020 México. D.F.
Teléfonos: 530-7127 y 519-2553

- En Cuernavaca:
Calle de las Flores N° 12 col. Acapantzingo.
62440 Cuernavaca, Morelos.
Teléfono 18-20-58 " (13)

Por ejemplo El Colectivo de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC); atiende casos de secuestro, violación, abuso sexual, acoso sexual y violencia doméstica. Es una Asociación Civil formada por un movi-

miento feminista que se constituyó en Agosto de 1984, pero sólo tienen estadísticas de que en :

1989 -Se atendieron 109 casos en general.

1990 -(En el primer cuatrimestre) Se atendieron 50 casos en general. No tienen estadísticas exactas de los casos de maltrato conyugal. Su promedio diario de casos es de cinco; y ofrece apoyo legal y emocional ya sea en forma separada o conyugal.

El Centro de Orientación y apoyo a Personas Violadas, atiende casos de violación y están empezando a tratar a las mujeres víctimas de maltrato conyugal debido a la gran demanda del Problema. Este centro está abierto al público desde 1987 y no tienen estadísticas de los casos que tratan.

Los demás centros mencionados trabajan más con casos de violación y los pocos casos que tienen de violencia doméstica no los tienen especificados en sus estadísticas.

El único centro dedicado exclusivamente al maltrato en el hogar es el Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica; tratan a niños maltratados y a mujeres maltratadas también. Pero este centro no da información de sus servicios.

Pero como se ha dicho anteriormente, estas instituciones se dedican a ayudar a las mujeres médica y legalmente, ayudándolas a buscar albergues, ya que en México no hay albergues que brinden a las mujeres golpeadas alimento, vestido, asesoría jurídica profesional y asistencia para buscar empleo y vivienda; por lo tanto estas instituciones tratan de ofrecer estos servicios aunque no cuentan con el personal suficiente para llevarlos a cabo.

Se sigue insistiendo en que lo más favorable para estos casos es el trabajar directamente con éstas mujeres y no tratar de resolverles todos sus problemas sin que ellas hagan nada; se piensa que se les deben de dar las armas (programa terapéutico), para que ellas por sí solas mejoren su situación de la manera más adecuada posible.

"Por otra parte, la mayoría de los Estados de la República no tienen leyes específicas relacionadas con el maltrato a las esposas, y las sanciones se aplican según leyes generales, dependiendo de la gravedad de las lesiones causadas" (14). Como lo muestra el Código Penal Federal, el cual se divide en varios artículos dependiendo de las lesiones de la víctima, sea quien fuere el causante de éstas.

"A este tipo de problema lo tienen clasificado en México como Delitos contra la vida y la integridad corporal; en el Código Penal Federal, y los artículos res-

pectivos a este problema son los siguientes:

Art.288: Bajo el nombre de lesión se comprende no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

Art. 289: Al que infiera una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de 15 días, se le impondrá de tres días, a cuatros meses de prisión, o multa de cinco a cincuenta pesos, o ambas sanciones a juicio del juez. Si tardara en sanar más de quince días se le impondrá de cuatro meses a dos años y multa de cincuenta a cien pesos (ésto dependiendo el costo de la vida y variando según el caso).

Art.290: Se le impondrá de dos a cinco años de prisión al que interfiera una lesión que deje al ofendido cicatriz en la cara, perpetuamente notable.

Art. 291: Se impondrá de tres a cinco años de prisión al que interfiera una lesión que perturbe para siempre la vista, o disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales.

Art. 292: Se impondrá de cinco a ocho años de prisión al que infiriera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la utilización completa o la pérdida de un ojo, un brazo, una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano: cuando quede perjudicada para siempre cualquiera función orgánica, o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformación incorregible.

Se impondrá de seis a diez años de prisión al que infiera una lesión o consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

Art. 293: Al que infiera una lesión que ponga en peligro la vida, se le impondrá de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le correspondan conforme a los artículos anteriores.

Art. 298: Cuando ocurra una sola de las circunstancias a que se refiere el artículo 315, (éste artículo corresponde a la clasificación de Reglas comunes para lesiones y homicidio; se entiende que las lesiones y el homicidio son calificados, cuando se cometen con premeditación, con ventaja, con alevosía o traición. Hay premeditación, siempre que el reo cause intencionalmente una lesión, después de haber reflexionado sobre el delito que va a

cometer.

Se presumirá que existe premeditación, cuando las lesiones o el homicidio se cometan por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos; por medio de venenos o cualquiera otra substancia nociva a la salud, contagio venéreo, asfixia o enervantes, o por retribución dada o prometida; por tormento, motivos depravados o brutal ferocidad.

Art.316; se entiende que hay ventaja:

- I Cuando el delincuente es superior en fuerza física al ofendido y éste no se halla armado;
- II Cuando es superior por las armas que emplea, por su mayor destreza en el manejo de ellas o por el número de los que lo acompañan;
- III Cuando se vale de algún medio que debilita la defensa del ofendido; y
- IV Cuando éste se halla inerme o caído y aquél armado o de pie.)

Se aumentará en un tercio la sanción que correspondería, si la lesión fuera simple; cuando ocurran las dos, se aumentará la sanción en una mitad, y si concurren más de dos de las circunstancias dichas se aumentará la pena en dos tercios.

Art. 299: Cuando de los golpes o violencias a las que se refiere el artículo 344 resultare una lesión, se observarán las reglas de acumulación. (El artículo 344 se refiere a delitos contra el honor y más especialmente a golpes y otras violencias físicas simples. Este artículo está derogado desde 1985, pero el 299 sigue en pie a causa de cualquier golpe simple que provocara una lesión)." (15)

Los artículos ya mencionados varían un poco en todos los Estados de la República Mexicana, según las leyes y normas que se rigen en cada Estado. "Sorprendentemente, todavía hay legislaciones anticuadas, como la del Estado de Sonora, que no sancionan las peleas conyugales cuyas lesiones resultantes sean curables en un lapso menor de quince días." (16)

Esto en lo que se refiere a lo penal y si en todo caso la víctima hace dicha demanda, ya que hay dos tipos de demandas y se pueden dar por separado o conjuntas; la otra demanda sería la civil, en la cual sólo se tramitaría el divorcio de la pareja (en el caso de Maltrato Conyugal).

Son pocos los casos que llegan ante un juzgado, pero menos son los casos en los cuales se les presta ayuda psicológica a éstas Mujeres Víctimas de Maltrato Conyugal... y Más que un conflicto legal es un conflicto

Psicológico.

- + Se hace referencia a los artículos 315 y 316 ya que en muchas ocasiones las lesiones llegan a causar la muerte de las víctimas y ésto se calificaría como homicidio (el grado de éste dependerá de la premeditación y ventaja del acto).

2.10 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Espasa-Calpes. (1978)
Enciclopedia Universal Ilustrada.
Europeo-Americana. Madrid.Barcelona, España.
Espasa-Calpes Editores. Tomo XXXII p.577

- (2) Flaherty, Joseph A. M.D; Channon, Robert A.M.D.;
Davis.,
John M. M.D. (88/89)
A Lange Clinical Manual Psychiatry.
USA Diagnosis & Therapy. p.35.

- (3) Gómez, Sabrina. (1988)
Revista Latinoamericana de Psicología: Maltrato
infantil: Un problema multifacético.
Bogotá, Colombia. Vol. 20 Nº 2 p.149-159

- (4) Flaherty, Joseph A. M.D.; Channon, Robert A. M.D.;
Davis,
John M. M.D. (88/89)
Op. Cit. p.36.

- (5) Gómez, Sabrina. (1988)
Op. Cit. p.151.

- (6) Giraldo, Octavio. (1972)
Revista Latinoamericana de Psicología: El machismo

como fenómeno psico-cultural.

Bogotá, Colombia. Vol.4 Nº3 p.295-308.

- (7) Horney, Karen. (1976)

Psicología Femenina.

Buenos Aires, Argentina. Ed. Psique. p.221-257.

- (8) Schawart, Ivy M.D. (1989)

JAMA: Alcohol y Violencia Familiar.

Chicago, USA Vol.263 Nº3 p. 351-352.

- (9) Mcleer, Susan V. D.M.; Anwar, Rebecca F.H.D. (1989)

Public Health Briefs (AJPH): Un estudio sobre mujeres golpeadas presentadas en el Departamento de Emergencias de Kentucky, Pennsylvania y Texas.

Boston, USA. Vol.79 Nº1 p.65-66

- (10) Bergaman, Bo. K.; Larson, Gunilla E.; Brismar, Bo. G y Klang, Marie E. (1988)

Scandinava Journal Social Medicine: Las mujeres maltratadas son susceptibles al tratamiento.

Suecia. Nº16 p. 155-160.

- (11) Rosebaun, Alan PHD.; Hoge, Steveun K. M.D. (1989)

American Journal Psychiatry: Daño cerebral y Agresión marital,

New York, USA. p.1048-1051.

- (12) Morrison, Laurie J. BA, M.D. (1988)

The Journal of Emergency Medicine: Síndrome de Maltrato Conyugal: Un pobre record de detección en el Departamento de Emergencias de Canada y USA. Denver, USA. Vol.6 P.521-526

- (13) Delgado, Dora. (1990)

Selecciones Reader's Digest: Urge ayudar a las Mujeres Golpeadas. México. P.122-126.

- (14) Ibidem. P.125.

- (15) Guerra Aguilera, José Carlos. (1988)

Código Penal Federal. México. Ed. Pac. P.117-121.

- (16) Delgado, Dora. (1990)

Op. Cit. P. 125.

CAPITULO III

3.0 BASES TEORICAS

3.1 LA FAMILIA COMO ENTIDAD PSICOSOCIAL.

Como anteriormente se indicó, en este capítulo se analizará el tema de la familia, ya que es de primordial importancia debido a que en el seno de ésta es donde se modela la personalidad de sus miembros y de ella depende -la mayor de las veces- el buen funcionamiento de éstos en sus relaciones con su Medio Ambiente y las personas que lo conforman.

3.1.1. ¿QUE ES LA FAMILIA?:

"Para comenzar, la familia humana es una organización social única. Es la unidad básica de la sociedad; provee las condiciones para la unión del hombre y la mujer, de manera que éstos puedan tener hijos y asegurarles alimentación y energía. El ser humano es un verdadero animal familiar: el cuerpo de la madre está estructurado para llevar dentro de sí al hijo, darlo a luz y alimentarlo hasta que alcance un estado saludable de crecimiento; el cuerpo del hombre se caracteriza por su fuerza y su potencia, él es el protector de la madre y de los hijos. Estos son rasgos esenciales y siempre presentes, sea cuales fueren las infinitas variaciones del patrón familiar superpuestas por culturas contrastantes.

El padre siembra la semilla; la madre da a luz al hijo. Ella lleva a cabo esta función no sólo para sí

misma, para su marido y para su familia, sino también para la especie y para la totalidad de la comunidad humana.

La familia sirve a la continuidad biológica al proporcionar un patrón grupal socialmente sustentado para que el hombre y la mujer se unan y puedan cuidar a sus hijos. La familia es un plan universal de vida. Es la unidad del crecimiento y la experiencia, de la realización y del fracaso; es también la unidad de la salud y la enfermedad. Cumple dos funciones ; asegura la supervivencia, y plasma la humanidad esencial del hombre. Más allá del fin primario de proteger la integridad biológica del individuo, la responsabilidad principal de la familia es la socialización de sus miembros. Allí donde fracasa la socialización, también fracasa la calidad humana de sus miembros como lo ilustran dramáticamente aquellas familias en las que el fracaso de la función socializadora se manifiesta en hijos y padres que se portan como animales, que están brutalizados que se transforman en criminales o en perversos, o que se convierten en víctimas de la enfermedad mental.

La familia es extraordinariamente sensible a las necesidades de las personas que la componen y a su medio comunitario más amplio.

Los lazos de amor y lealtad, la reciprocidad de necesidades, y las relaciones entre la madre, el padre y el hijo pueden organizarse de formas variadas, según las condiciones sociales y culturales. La supervivencia misma de la familia se apoya en su capacidad de adaptarse con flexibilidad a su medio ambiente. La complejidad y variabilidad de la constelación familiar en su aparición a lo largo de la historia y en las sociedades contrastantes de nuestra propia época, reflejan punzantemente la forma en que la comunidad humana equilibra al hombre como ser social y al hombre como individuo. Es propio del hombre el que su vida se entreteja continuamente con las vidas de otros hombres, y que sin embargo luche por ser libre.

La familia puede ser considerada como una especie de unidad de trueque, los valores que se intercambian son amor, alimento, protección, bienes materiales e información. Dentro del grupo, los padres son, al comienzo, los primeros proveedores. Los hijos son, al principio, principalmente receptores, pero, con el tiempo también ellos asumen ese papel con respecto a aquéllos.

Existe una configuración cultural dominante de la familia, en la forma de requisitos en cuanto a la adaptación a un rol. Los roles vitales de la madre, el padre, el hijo y el abuelo solo adquieren un significado específico dentro de una familia y una cultura determinadas. La familia modela los tipos de persona que necesita para

llevar a cabo sus funciones; los miembros, a su vez gravitan sobre la familia, orientándola hacia la satisfacción de sus objetivos personales. La identidad del individuo necesita el apoyo de la identidad de la familia; a su vez, la identidad de la familia requiere el apoyo de la comunidad que la rodea.

Las relaciones entre el individuo y la familia se caracterizan por una delicada interacción de procesos paralelos de unión y separación emocional. De la unión básica surgen la individuación y el nuevo crecimiento, pero cada etapa de individuación exige, a su vez, el descubrimiento de nuevos niveles de participación y de unión. La participación y la cooperación son principios fundamentales para las relaciones familiares. La autoestima, la satisfacción de las necesidades emocionales, el control de conflictos, y el crecimiento y la realización en la vida están subordinadas a la forma en que se manejan los elementos de igualdad y de diferencias en las relaciones familiares. Las cualidades complementarias y el conflicto de la vida familiar se apoyan en la respuesta perceptual de los miembros frente a las diferencias entre ellos.

Las formas específicas de la familia varían de acuerdo con la cultura. En nuestra propia cultura heterogénea y velozmente cambiante, no puede existir una decidida uniformidad del patrón familiar; existen, más bien,

muchos y variados tipos familiares, que se diferencian de la comunidad social en estructura, función y adaptación. La configuración total de la familia determina las formas de conducta que se requieren en los roles de esposo y esposa, padre y madre, progenitor e hijo, hijo y hermano, y la relación de cada uno de éstos con sus respectivas familias de origen. Cada miembro reacciona con un equilibrio singular de tendencias a conformarse o rebelarse, a someterse a las expectativas del rol de la familia o alterarlas activamente.

Desde el punto de vista de las relaciones entre la familia y la salud, la forma en que definamos a la familia puede significar una diferencia decisiva. En la sociedad occidental, como resultado de la vida urbana y la creciente movilidad social, la tendencia principal se orienta hacia una unidad familiar relativamente cohesiva, en la cual las funciones psicosociales tienden a separarse de las tradiciones y estándares de la familia más amplia. Pero esto es cuestión de grados". (1)

En resumen, "la familia representa un sistema activo de vivir y desarrollarse entre personas de diferente sexo y en diferentes etapas de madurez física y mental. Como otros sistemas sociales de mayor escala, exige unas normas de comportamiento que en el último análisis representan una expresión de la victoria del principio de realidad sobre el principio del placer. Las personas

renuncian - y deben renunciar- al premio en el presente por el premio en el futuro. Deben aprender a frenar sus impulsos al servicio de la prosecución de la vida y la educación en futuras generaciones. Deben someterse a normas para ganar los beneficios de maduración, desarrollo y protección mutua.

3.1.2 NORMALIDAD FAMILIAR:

No hay división cortante entre lo normal y lo anormal. Los síntomas neuróticos, rarezas y asignación de papeles no convencionales no conducen necesariamente a familias infelices o hijos inadaptados totalmente, en tanto que los miembros de la familia desempeñan papeles y deberes que ayuden a satisfacer sus propias necesidades y las de los otros miembros de la familia y en tanto que exista alguna capacidad para tolerar diferencias individuales y se compartan los valores comunes. Sólo cuando la inestabilidad emocional se combina con incompatibilidad entre los padres y con valores que entran en conflicto se ve seriamente amenazada la unión familiar y la salud mental de sus miembros". (2)

"Hoy día las familias con problemas populan por doquier, y las relaciones familiares están trastornadas. Después de un tropiezo, parecería que a la familia ya no le es tan fácil pegar un salto y recuperar su estabilidad; a los ojos de todo el mundo, parecería estar desin-

tegrándose". (3)

La familia "normal" existe, pero su normalidad consiste en una adaptación tolerable entre lo que los miembros de la familia esperan uno del otro y lo que reciben en cambio, y quizá también en una adaptación entre sus valores y modos de vivir y aquellos del grupo social al que pertenecen.

3.1.3 TERAPIA CONYUGAL:

No hay matrimonio sin conflicto, y a veces en todos los matrimonios la predominancia del amor se ve amenazada por las funciones y ansiedades que surgen inevitablemente. Aquellos que buscan ayuda en ese momento pueden tener dificultades especiales para tolerar conflictos emocionales, pero el buscar ayuda también indica que existe esperanza y cierta voluntad de continuar las relaciones. No se pretende discutir el que todos los matrimonios puedan tener unas relaciones totalmente satisfactorias; pero se ha llegado a la conclusión de que existe la posibilidad de madurez, de crecimiento, en la mayoría, y que el trabajo enfocado en el matrimonio permite una buena dosis de terapéutica.

La experiencia de médicos, trabajadores sociales y psicólogos han demostrado que en los últimos diez años, más y más gente ha pedido ayuda en sus problemas matrimoniales y han expresado de este modo su esperanza en que pueda darse esa ayuda.

Cuando un problema es del tipo y grado que lleva y obliga a las personas a buscar ayuda en su matrimonio, esto indica que hay algo que no está bien en las personalidades involucradas -un síntoma como otros muchos-. Cada matrimonio es una entidad con sus propias características, que son no sólo la suma total de las per-

sonalidades de los dos cónyuges, sino también el producto de los procesos de interacción entre ellos.

Ahora se acepta generalmente el que en un trabajo de naturaleza psicoterapéutica, y ésto incluye ciertas clases de casos individuales, es necesario referirse a la "persona total", a la "personalidad total". Esto quiere decir, responder al cliente en su "personalidad total", teniendo en cuenta aquellos aspectos de ésta, de los cuales él no está advertido, y de este modo averiguar y responder a una persona más completa de lo que el propio cliente cree ser.

Los matrimonios mal avenidos son aquellos en los que el balance de la interacción ha llega a ser negativo. Esto supone que los problemas en el matrimonio casi nunca son "causados" principalmente por un conyugue u otro. Son casi siempre el resultado de una conclusión un acuerdo inconsciente entre el matrimonio, probablemente el mismo que originó la unión de éstos.

El tratar con las relaciones matrimoniales, por tanto, no significa simplemente el ver a ambos cónyuges o el intentar reconciliarlos. No significa aceptar las quejas del que parece ser la víctima o intentar que el otro "cambie". Paradójicamente, significa justamente lo contrario: mirar al individuo que pide ayuda e intentar comprender lo que él o ella hace en su matrimonio, lo que

el otro expresa inconscientemente por él; qué conflictos internos está intentando resolver, inconscientemente, para solucionar la situación dada. Si hay rivalidad, puede que ésta sea la exteriorización del conflicto interno del cliente, expresado de esta forma. En otras palabras, tenemos que estar buscando siempre aquellos aspectos inexpressados y que no se ven de la personalidad del cliente, que, sin embargo, nos los mostrará él en su descripción del otro cónyuge y se revelarán en su relación con él". (4)

"Nietzsche dijo en cierta oportunidad que ningún hombre puede ver por encima de su propia estatura. Análogamente, ninguna sociedad ve mucho más allá de sus propias metas. En nuestra época, existe una particular ceguera en lo relativo a cultivar una sociedad sana. Hasta el presente, los valores de la sociedad occidental no han progresado hacia la meta de la promoción del bienestar; nuestra sociedad sigue apuntando hacia el propósito más limitado de aliviar la aflicción, está empantanada en una inquietud por "liberarse de", en lugar de "liberarse para". Pero es facultad del hombre el que, de tanto en tanto, se asome por encima de su propia estatura y más allá de las metas de la sociedad para vislumbrar, al otro lado del horizonte, conceptos que pueden dar paso a una forma de vida más sana". (5)

"Los problemas del matrimonio tampoco pueden resolverse mediante invocaciones al deber y al renunciamento, ni recomendando una libertad ilimitada de los instintos. Lo primero carece ya de sentido para nosotros hoy en día, y lo segundo no satisface evidentemente nuestro anhelo de felicidad además del peligro implícito de perder nuestros mejores valores. El problema debería ser planteado más bien con un enfoque fáctico: ¿Qué factores que conducen a la aversión hacia el cónyuge pueden ser evitados? ¿Cuáles pueden ser mitigados y cuáles superados?. Las disonancias excesivamente violentas en el desarrollo son evitables, al menos en cuanto a su intensidad. Es posible afirmar con justicia que las probabilidades de un matrimonio dependen del grado de estabilidad emocional alcanzado por ambos cónyuges antes del matrimonio. Muchas de las dificultades parecen inevitables. Quizá la actitud de esperar que la realización de nuestros deseos nos llegue como un Don, en lugar de trabajar para lograrla, sea parte de la naturaleza humana. La existencia de una relación intrínsecamente buena entre los sexos, libre de toda angustia, por ejemplo, tal vez siga siendo una ideal inalcanzable. Debemos aprender a aceptar que ciertas expectativas interiores contradictorias atañen a nuestra propia naturaleza y reconoceremos entonces la imposibilidad de satisfacerlas totalmente dentro del matrimonio.

La meta más convincente para el matrimonio, al igual que para cualquier otra relación, parece ser la de en-

contrar un punto óptimo entre la renuncia y el otorgamiento, entre la restricción y la libertad de los impulsos".(6)

3.1.4 SALUD MENTAL:

"Creemos tener una noción clara acerca de cómo es una persona enferma; pero no estamos tan seguros de saber cómo es una persona sana. Estamos convencidos de poder reconocer con facilidad a una familia quebrantada, perturbada o enferma, pero vacilamos cuando se trata de reconocer a una familia sana.

Sin duda, no basta intentar una curación eliminando algo "malo", el sufrimiento y la incapacidad de una persona; no es posible hacer desaparecer lo "malo" sin estar preparado para reemplazarlo con algo mejor. Al menos que el paciente pueda vislumbrar una nueva y mejor forma de vivir, se aferrará a la antigua, se resistirá a cambiar a un tipo de adaptación que le es familiar por una alternativa que todavía no percibe y en la que aún no cree. El debe llegar a tener la convicción de que existe algo mejor, y debe ser capaz de adecuarlo a su situación de vida. En este nivel es que la función psicoterapéutica exhibe fallas. Por tradición, los psicoterapeutas tienden principalmente al alivio de síntomas y no a la promoción del bienestar.

La salud siempre es algo relativo a una situación de vida dada a diversas cualidades y grados de mejoría y curación se ajustan a diferentes personas en diferentes situaciones de vida. Es esencial, que circunscribamos nuestra definición de salud; la salud relacionada con metas, actividades, y formas de vida específicas.

La literatura contemporánea se ocupa extensamente de nuestras concepciones de conducta normal y sana. La definición de salud mental parece habernos atrapado en un debate circular e interminable. En un extremo, están quienes sostienen que la salud mental es un espejismo; que es algo sencillamente imposible de encontrar; todos estamos enfermos, quien más, quien menos-. Frente a este argumento viene la jovial réplica:- Bueno, si es cierto que todos estamos enfermos, ¡entonces no tengo de que preocuparme!-. En el otro extremo, algunos afirman:- De ninguna manera. La mayoría de la gente es sana, los únicos verdaderamente enfermos son los psicóticos. Todos los demás son más o menos normales; lo que sucede es que expresan su normalidad de manera infinitamente diversa-.

Es obvio que estos dos enfoques son fundamentalmente diferentes, uno se ocupa de la salud mental como una ideal, el otro, de la salud mental en términos de conducta habitual o como un estándar corriente de conducta, al que se llega por medios estadísticos. Ninguno de los dos es incorrecto; cada uno de estos dos enfoques puede ser

válido en su propia esfera separada. La utilidad de cualquiera de estos dos enfoques reside en su aplicación dentro de un contexto apropiado. La norma, en el sentido del promedio estadístico, depende de lo adecuado del muestreo; sin embargo no existe ninguna técnica de muestreo perfecta para ciertos estudios sociales en gran escala. En la labor clínica, por otra parte, lo que hace falta es una concepción de la salud mental como un ideal. A menudo se objeta que este ideal es quimérico, romántico, imposible de alcanzar; que la línea divisoria entre lo normal y lo anormal ha sido trazada en forma arbitraria. Con todo, los clínicos no pueden trabajar sin este ideal; les es indispensable.

También es preciso tomar en cuenta otro aspecto del problema. Bajo condiciones especiales, ciertos tipos de conducta desordenada pueden adquirir una gran difusión, y por consiguiente llegar a ser aceptados como norma. Hace mucho, Trigent Burrow hizo una distinción entre lo normal y lo sano; descubrió la patología de la normalidad y llegó a la conclusión de que la patología de las especies y el desorden de la sociedad son primarios; la patología del individuo es secundaria, vale decir, la neurosis individual deriva de la neurosis social.

Existe la necesidad de adecuar el criterio de lo normal y lo sano a áreas específicas del problema. En segundo lugar, existe la necesidad, en el campo clínico,

de la aplicación de un ideal, un modelo teórico de salud mental. En este camino, encontramos algunos conceptos pertinentes: la salud como preservación de la capacidad de corregir perturbaciones y de conservar la capacidad de crecimiento, y la salud como una naturaleza que opera hacia su meta, vale decir, hacia la suprema excelencia de que somos capaces.

En la labor clínica, es inevitable que cada profesional juzgue el nivel de salud de sus pacientes contraponiéndolo a un concepto operativo interno de la salud como un ideal; es su estándar personal basado en su experiencia, su formación profesional y los conocimientos acumulados. Cada profesional se construye su propio estándar empíricamente, obteniendo elementos seleccionados de salud ideal de las personas individuales que él observa, incluyéndose a sí mismo. Luego sintetiza estos elementos para crear para sí un concepto operativo de la salud. Sin embargo, se nos presenta la dificultad concreta de una falta de consenso entre los profesionales con respecto a este ideal.

Los enunciados acerca de la enfermedad y la salud son posiciones normativas que reflejan el juicio de valores predominantes y, de este modo, a menudo reflejan los intereses creados de una sociedad una cultura dada.

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, "La salud es un estado completo de bienestar, tanto físico, mental y social, y no tan sólo la ausencia de enfermedades y dolencias". A juzgar por esta definición, relativamente pocas personas pueden ser consideradas sanas, al igual que las familias. Tal vez no están abiertamente enfermas o incapacitadas, pero mientras no alcancen un bienestar completo siguen siendo vulnerables al colapso, en mayor o menor grado; son candidatas a la enfermedad.

Análogamente, las familias pueden no alcanzar el bienestar y, sin embargo, no estar abiertamente deshechas o enfermas. No están decididamente sanas ni decididamente enfermas, sino sólo preponderantemente sanas o preponderantemente enfermas. Exhiben tendencias sanas y enfermas en proporciones variadas y tienen, por consiguiente, una mayor o menor predisposición a la enfermedad. El rasgo decisivo, es, desde luego, el equilibrio relativo que prevalece entre las fuerzas que mantienen la salud, y las que provocan la enfermedad. En cualquier etapa de la evolución de la unidad familiar, ambas tendencias coexisten, las que mantienen la salud y las que predisponen el colapso y a la enfermedad. El equilibrio se modifica con el tiempo y con las vicisitudes de la situación de vida, tanto en la vida interna de la familia como en la adaptación de ésta a la comunidad que la rodea.

Al clasificar a las familias sanas o enfermas, estamos reflexionando acerca de una forma de vivir. La salud y la enfermedad son aspectos funcionales de un proceso de cambio, dinámico y en marcha, concerniente al estilo de vida. La forma de vivir afecta al equilibrio entre la salud y la enfermedad y este equilibrio, a su vez afecta en forma circular a la forma de vivir.

Podemos evaluar el nivel de salud de un individuo o una familia en términos de quiénes son, adónde pertenecen, en qué se están transformando, y de qué manera se adapta su conducta a su situación de vida.

Así, no es posible comprender la enfermedad sin comprender la salud, ni es posible comprender la salud sin comprender la enfermedad. El valor de la salud se relaciona, de extrañas maneras, con la vida sana. Una de las características esenciales de la salud es que el hombre no tienen consciencia de ella, en condiciones normales, él la da por supuesta. Sólo cuando pierde la salud, toma consciencia de su importancia. Esto se aplica tanto a las familias como a los individuos. Además, el valor salud debe entenderse en relación con otros valores. El impulso del hombre no es meramente vivir, sino vivir mejor, vivir cabal y plenamente. Su principal preocupación es qué es lo que es capaz de hacer, en y con la vida: el éxito o el fracaso son términos personales, familiares y comunitarios.

Las familias difieren una de otras como los individuos. En ambos niveles, la conducta está caracterizada por una enorme diversidad. Cada familia posee cierta cualidad de unicidad, un patrón idiosincrásico. Algunas familias son más sanas que otras, tal como algunos individuos son más sanos que otros. Indudablemente, es una cuestión relativa". (7)

3.1.5 LA COMUNICACION FAMILIAR:

"La mayor felicidad y la satisfacción más profunda de la vida, el más intenso entusiasmo y la más profunda paz interior, todo ello proviene de pertenecer a una familia donde hay amor. El esfuerzo creativo y las aventuras espectaculares, la satisfacción del propio trabajo y de la superación personal, el ayudar a otros directa e indirectamente, todo ello tienen su peculiar satisfacción y sus momentos de gloria, pero en cierto modo resultan incompletos o sustitutos si no se hallan combinados con la felicidad estable y cotidiana de una vida familiar armoniosa. Tal vez únicamente una entrega profunda, sincera y no neurótica a una fe religiosa pueda igualar o superar la maravilla de pertenecer a una familia unida y afectuosa.

Pero, ¿Porqué será que la vida diaria dentro de incontables familias no significa más que una rifa continua y desilusión? ¿Por qué se producen tan a menudo,

entre los miembros de una misma familia, la contienda y la animosidad?

La causa no puede ser sólo la amplia ocurrencia de enfermedades emocionales clínicamente manifiestas. Aún cuando diéramos por supuesto que diez o quince por ciento de la población total de Estados Unidos necesitará ayuda profesional para resolver desórdenes o padecimientos emocionales de una u otra clase, aún así esto no explicaría por qué existen tantas familias en que ninguno de los miembros puede ser considerado emocionalmente enfermo en sentido clínico, pero en cuyo seno, sin embargo, hay alegatos y disputas constantes o frialdad y falta de afecto.

La respuesta tampoco se hallaría en la frecuencia de ruinidad y odio entre los seres humanos. ¿Por qué entonces, esta frecuencia de discordia familiar y de desdicha?

La pregunta parece exigir una respuesta complicada, pero creo que esa respuesta puede expresarse con relativa facilidad. En la gran mayoría de las familias aquejadas por una situación de conflicto, el motivo principal de la discordia es tan sólo que el amor que conscientemente experimentan y las buenas intenciones que poseen los miembros de las familias, no logran ser comunicados de manera que puedan ser captados o reconocidos por los

demás.

Existen, por supuesto, otras emociones diferentes del amor, las cuales deben ser comunicadas de modo constructivo más que destructivo".(8)

"La comunicación humana está implicada en todos los problemas que atañen a la filosofía, la psicología, la psicología, la sociología, la fisiología, la lingüística, la estética y la política, dejando aparte las disciplinas científicas y técnicas que ponen en práctica los medios modernos de acelerar, extender y mejorar las comunicaciones.

Pero los antiguos y los clásicos no habían descubierto el segundo dato del problema: la comunicación se establece entre personas. Husserl (1859-1938) fue el primero en demostrarlo: el encuentro del otro no es una conclusión de la inteligencia, como pensaba Descartes, sino una experiencia irreflexiva, vivida y primitiva".(9)

"El motivo está en que la mayoría de las personas no necesitan que se les diga la importancia de la comunicación; ya tienen ellas un deseo consciente de mostrar sus sentimientos a los demás. Sucede sólo que los factores inconscientes, así como sus técnicas muy pobres de comunicación, interfieren con la habilidad que tienen para mostrarlo.

La existencia de factores inconscientes que ejercen influjo sobre la conducta se conocen desde principios de siglo. Sigmund Freud, en la psicopatología de la vida cotidiana (1901), mostró la influencia de los factores inconscientes en la conducta humana de todos los días, de la manera más viva, pero no dió reglas ni preceptos para contrarrestar la interferencia destructiva de tales factores en la vida cotidiana".(10)

3.2. LAS OCHO ETAPAS DEL DESARROLLO DE ERICKSON.

Como es bien sabido, la autoestima toma un papel fundamental en el desarrollo del individuo, ya que de ésta depende el máximo desarrollo del potencial humano; pero el camino hacia el logro de una buena autoestima no es fácil; ya que todas las acciones del individuo están sujetas a patrones culturales, sociales, físicos y psicológicos y dependiendo de cómo se vayan dando estos patrones así como su interrelación con otros individuos es como se va formando ya sea una baja o alta autoestima en la persona. Para clasificar más esta idea, a continuación se verán las etapas -según Erickson- para todo ser humano y en las cuales se va desarrollando la autoestima:

"Erickson habla de ocho etapas por las cuales el hombre pasa en el proceso de su vida. Las edades de estas etapas no son rígidas, pueden fluctuar. Para el paso de una etapa a otra se vive una crisis; la crisis suele ir acompañada por depresión y ansiedad, ya que es dejar algo seguro, conocido, por algo incierto y desconocido.

En la primera etapa que es CONFIANZA BASICA VS DES-CONFIANZA, es donde queda conformada la autoestima, esta etapa abarca el primer año de vida. Esta etapa es muy importante en el desarrollo de la persona, pues según sea ésta, así llevará la confianza, la fé, la aceptación de sí mismo y hacia los demás, ya que el niño percibe que es

importante y valioso para las personas que le son significativas. La satisfacción de obtener logros le dará seguridad para arriesgarse a dar el siguiente paso. Entonces la crisis, depresiones y ansiedades serán constructivas y no destructivas.

Sin tomar en consideración casos enfermizos de padres enajenados que no aman a sus hijos, lo normal es que los padres lo quieran y se lo demuestren; sin embargo, no basta que le den amor, sino que es preciso que el niño lo sienta, lo perciba, se dé cuenta, tenga confianza, sepa que está seguro, atendido, amado, "apapachado". El ser humano tiene tanta necesidad de sentirse amado y acariciado, que aún cuando los bebés tengan cubiertas todas las necesidades de comida, limpieza y abrigo; si no hay contacto con su piel, no se les toma en brazos ni se les habla, no sobreviven. El niño en esta etapa está para percibir, no tiene capacidad para dar.

En la segunda etapa: AUTONOMIA VS VERGÜENZA Y DUDA, comienza a darse cuenta de que puede dar, empieza a tener autocontrol y fuerza de voluntad. Esta etapa abarca del primer año al tercero. Se atreve y no. Debe recordarse de que hay que alentar lo positivo de cada etapa para que la autoestima se vaya enriqueciendo y afirmando. El ejemplo de los padres es muy importante, pues es más fácil desarrollarse en un ambiente de flexibilidad que en uno de rigidez; en uno que le ponga límites, que él tendrá que

respetar y cumplir pero también que provea al respeto a su persona.

De los cuatro a los seis años, es la tercera etapa: INICIATIVA VS CULPA, también llamada lúdica o de juego. El niño hace y deshace, construye y destruye, compone y descompone; todo esto le va dando seguridad. Su curiosidad sexual y fantasías no deben ser coartadas, sino encauzadas. Si esta etapa se resuelve bien, pasa a la siguiente etapa: COMPETENCIA VS INFERIORIDAD. Esta etapa comprende de los seis a los doce años. Aquí su autoestima lo hace ser responsable, cooperar en grupos, y se despierta su interés en aprender.

De los 12 años a los 16, empieza la quinta etapa: IDENTIDAD VS DISPERSION DE ACTIVIDADES, empezando con la pubertad, se llega a la adolescencia. Es la crisis en donde las etapas anteriores se cuestionan. La persona se vuelve egoísta, solitaria de carácter cambiante; lo mismo está feliz que enojada, no sabe que le pasa ni que quiere. En esta etapa puede recuperar, aclarar, fortalecer su autoestima. Darle confianza, comprensión, respeto y ayuda le facilitará superar esta difícil etapa.

La sexta etapa es: INTIMIDAD CONTRA AISLAMIENTO, esta etapa comprende la joven edad adulta; aquí comienza ya a realizarse compartiendo, aprecia la intimidad, la amistad profunda e integra el sexo al amor. La persona ya

es madura y busca trascender. Si no se consolidaron las etapas anteriores se provocará aislamiento y estados de neurosis.

La séptima etapa corresponde a la edad adulta media y se llama: GENERATIVIDAD VS ESTANCAMIENTO, las personas son productivas, creativas, consolidan y cuidan su familia, amigos y trabajo. Hay una total proyección del ser humano a relacionarse y ser productivo. En el caso contrario las personas se encuentran estancadas, no aman, no son creativas ni productivas. Viven en el egoísmo, no se han encontrado a sí mismas. Su autoestima es baja con todas sus consecuencias.

La última etapa: INTEGRIDAD DEL EGO VS DESESPERACION, ésta etapa comprende la edad adulta avanzada; esta etapa es la integración de todas las etapas. Aquí, la fé, seguridad, armonía, espiritualidad y el orden dan todos sus frutos. Al estar satisfecho y feliz de una vida plenamente vivida, la trascendencia y los valores supremos de amor, bondad y paciencia; todo lo que significa sabiduría, el individuo vive más consciente y plenamente". (11)

3.3. LA AUTOESTIMA.

"La persona que no tiene amor por si misma se vuelve egoísta ya que la autoestima es la base y centro del desarrollo humano; la autoestima es conocimiento, concientización y práctica de todo el potencial de cada individuo. "Sólo se podrá respetar a los demás cuando se respeta uno a si mismo; Sólo podremos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismos; sólo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mismos" (Abraham Maslow).

Cada individuo es la medida de su amor a si mismo; su autoestima es el marco de referencia desde el cual se proyecta. Este tema no es nuevo, y la Biblia enseña: "Ama a tu prójimo como a ti mismo". En todas las épocas, religiones y filosofías, así como en las ciencias humanas, se ha llegado siempre a esta verdad.

En la actualidad, científicos del desarrollo humano como Peretz Elkins, Rogers, Maslow, Bettelheim y otros, afirman que la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud y autorealización en la salud física y mental, productividad y creatividad, es decir, en la plena expresión de si mismo.

El individuo se preocupa por ver, juzgar y arreglar lo que está fuera de él, cuando la solución de muchos problemas sería que cada persona viera y arreglara lo

primero que le corresponde que es ella misma. Si todos hicieran esto, el mundo sería otro. Al menos cada quién debe hacer su parte.

Dentro de la creación, el hombre es el único ser que tiene el poder de contemplar su vida, actividad y el privilegio de la consciencia; está lo lleva a buscar, transformar, escoger y decidir lo que para él es significativo, pero, "el que no se ama no puede ser libre, no tiene confianza en sí mismo para atreverse a serlo" (Schüller).

El hombre tiene la capacidad para elegir la actitud personal ante cualquier reto, o un conjunto de circunstancias y así decidir su propio camino. Lo que el hombre llega a ser lo tiene que ser por sí mismo. Se ha llamado a la autoestima la clave del éxito personal, porque ese "sí mismo", a veces está oculto y sumergido en la inconsciencia o en la ignorancia.

3.3.1 ESCALERA DE AUTOESTIMA

"Solo podemos amar cuando nos hemos amado a nosotros mismos" (A. Maslow)

AUTOESTIMA

"La autoestima es un silencioso respeto por uno mismo" (D.F. Elkins)

AUTORESPETO

"La actitud del individuo hacia sí mismo y el aprecio por su propio valer juega un papel de primer orden en el proceso creativo" (M. Rodríguez).

AUTOACEPTACION

"El sentirse devaluado e indeseable es en la mayoría de los casos la base de los problemas humanos" (C. Rogers).

AUTOEVALUACION

"Dale a un hombre una autoimagen pobre y acabará siendo siervo" (R. Schüller).

AUTOCONCEPTO

"Cuando aprendamos a conocernos, en verdad vivimos" (Schüller)

AUTOCONOCIMIENTO

3.4. LA DINAMICA DE GRUPOS.

A continuación se analizará la manera en que surgió la Dinámica de Grupos y las condiciones necesarias para su subsecuente desarrollo, es de primordial interés conocer este proceso para comprender el surgimiento de la Psicoterapia Grupal y por lo tanto darle mayor aprovechamiento al Programa Psicoterapéutico.

"Como campo identificable de investigación, la dinámica de grupo empezó en los Estados Unidos de América, hacia fines de los años treinta. Se asocia su origen como distinta especialidad ante todo con Kurt Lewin (1890-1947), quién popularizó el término de dinámica de grupo, aportó significativas contribuciones a la investigación y a la teoría de la dinámica de grupo y en 1945 estableció la primera organización dedicada exclusivamente a investigar la dinámica de grupo. La contribución de Lewin fue muy importante, pero como se verá en detalle, la dinámica de grupo no fue creación de una sola persona. De hecho, fue resultado de muchos avances ocurridos en un periodo de varios años y en varias disciplinas y profesiones diferentes. Desde una perspectiva histórica puede considerarse la dinámica de grupo como convergencia de varias proyecciones de las ciencias sociales y, con mayor amplitud como producto de la sociedad particular en que surgió.

Desde luego, el momento y el lugar en que surgió la dinámica de grupo no fueron accidentales. La sociedad norteamericana de 1930 proporcionó el tipo de condiciones necesarias para que surgiera tal movimiento intelectual. Y desde esa época, sólo ciertos países han podido crear el ambiente necesario para su crecimiento. Precisando: la dinámica de grupo echó raíces, ante todo, en los Estados Unidos y los países del noroeste europeo, aunque también ha habido importantes avances en Israel, Japón e India. Al parecer, tres condiciones principales parecen haber sido necesarias para su surgimiento y subsecuente desarrollo:

3.4.1 UNA SOCIEDAD QUE LE DIERA APOYO:

Para que prospere cualquier campo de investigación debe existir una sociedad envolvente que proporcione el suficiente apoyo para aportar los recursos institucionales necesarios.

Hacia finales de los años treinta, las condiciones culturales y económicas de los Estados Unidos eran favorables al surgimiento y el crecimiento de la dinámica de grupo. Se evaluaba altamente la ciencia y la tecnología.

3.4.2 PROFESIONES QUE SE DESARROLLARON.

La curiosidad intelectual o el deseo de mejorar la práctica social pueden motivar los intentos de formular un enfoque coherente de la naturaleza de la vida en grupo. Estudiar las condiciones que hicieron favorable el nacimiento de la dinámica de grupo revela que ambas motivaciones tuvieron un importante papel. Interesarse por los grupos y reconocer su importancia en la sociedad fueron puntos obvios entre los científicos sociales, quienes, según, un estereotipo común, están motivados por una curiosidad ociosa. Pero debe indicarse también que parte de los primeros escritos sistemáticos más influyentes sobre la naturaleza de los grupos surgieron de las plumas de gente que desempeñaba profesiones, gente cuya motivación se ha dicho que es puramente práctica.

Debe mencionarse ante todo el trabajo con grupos sociales por ser de las primeras en reconocer explícitamente que pueden manejarse grupos para lograr cambios deseables en sus miembros. Por ser responsables del funcionamiento de clubes, grupos recreativos, campos y equipos atléticos, los trabajadores de grupos se dieron cuenta de que sus técnicas para manejar grupos producían importantes efectos en los procesos de grupo y en las conductas, actitudes y personalidades de quienes participaban en esos grupos.

Aunque el objetivo del trabajo de grupo incluía propósitos tan diversos como "construir el carácter", "proporcionar recreaciones constructivas", "mantener a los muchachos alejados de la calle y evitar que se metan en líos" y, más tarde, la "psicoterapia", gradualmente se hizo evidente que, no importa cuál fuera el objetivo, algunas técnicas de manejo de grupo tenían más éxito que otras.

Aunque por lo general se considera a la psicoterapia de grupo una rama de la Psiquiatría, el usar grupos con propósitos psicoterapéuticos surgió en campos no estrictamente médicos; un ejemplo sobresaliente lo constituye el movimiento de alcohólicos Anónimos. La teoría psicoanalítica ha ejercido una influencia central, aunque no exclusiva, en el desarrollo de un enfoque profesional al trabajo psicoterapéutico en grupos. Los escritos de Freud (especialmente su Psicología de grupos y el análisis del ego) dispusieron el tono, pero muchas técnicas para manejar grupos y gran parte del hincapié hecho en los procesos de grupo son contribuciones de gente que se basó en el trabajo de grupo. Una tradición más bien diferente, aunque muy psicoanalítica por su orientación, ha surgido en Inglaterra bajo la influencia de Bion y un grupo de gente asociado con el Tavistock Institute of Human Relations. Un rasgo importante de tal enfoque es aplicar el trabajo de grupo psicoanalítico a grupos "naturales" de la organización militar, la industria y la comunidad. El

trabajo pionero y excepcionalmente creador de Moreno estableció otro enfoque de la psicoterapia de grupo. Sus técnicas de interpretar papeles (con mayor precisión, el psicodrama y el sociodrama) y la sociometría fueron de las primeras contribuciones al campo, y han tenido gran valor para la psicoterapia de grupo y para las investigaciones de la dinámica de grupo. Aunque muchos desarrollos habidos en la psicoterapia de grupo y en la dinámica de grupo han sido simultáneos, los primeros trabajos en psicoterapia de grupo influyeron clara y distintamente en los trabajos iniciales de la dinámica de grupo. Y las dos líneas de estudio han seguido influyéndose una a otra".(13)

"El origen de la psicoterapia grupal, compartido con el de las psicoterapias breves, es un origen "lumpen" +; por cuanto se desarrolla en nuestro país como respuesta técnica a la demanda social de hacer "algo" con la población que acudía a los hospitales mientras en los consultorios privados se practicaba el psicoanálisis individual.

Definimos el grupo psicoterapéutico como un campo delimitado teórica y técnicamente en el cual la interac-

+ Lump, pordiosero. Término popularizado por Marx que designa a las capas, esencialmente urbanas, más pobres de la sociedad.

ción de las conductas de todos sus miembros, pacientes y terapeuta(s), permite el intento de descifrar el contenido latente individual, interpersonal, y social de las manifestaciones verbales, gestuales, corporales y espaciales; de aquellos, y develar parcial o totalmente, su génesis, intencionalidad y estructura. Su objetivo último es la corrección de las conductas inadecuadas y la reafirmación y desarrollo de las adecuadas." (14)

"3.4.3 CIENCIA SOCIAL DESARROLLADA:

Al considerar las condiciones que estimularon el actual enfoque de la dinámica de grupo en las ciencias sociales, es esencial reconocer que tal enfoque sólo pudo originarse a causa de ciertos avances logrados en las ciencias sociales como un todo. Así, el surgimiento de la dinámica de grupo no sólo requería una sociedad de apoyo y profesiones ya evolucionadas sino también ciencias sociales desarrolladas.

Una premisa fundamental de la dinámica de grupo es que pueden emplearse métodos científicos para estudiar los grupos. Sólo fue posible abrigar seriamente esta suposición cuando se aceptó la creencia general de que el hombre, su conducta y sus relaciones sociales pueden sujetarse adecuadamente a investigaciones científicas.

Por lo tanto, fue de extrema importancia para los orígenes de la dinámica de grupo el crear técnicas de investigación que pudieran aplicarse a la investigación de grupos. Desde luego, tal proceso tomó tiempo. Empezó en la segunda mitad del siglo XIX, al surgir la psicología experimental. En años subsecuentes más y más aspectos de la experiencia y la conducta humana quedaron sujetos a técnicas de medición y experimentación. Así, por ejemplo, durante el primer tercio de este siglo se lograron impresionantes avances en la medición de actitudes. Notables entre ellos fueron la escala de "distancia social" desarrollada por Bogardus, el comprensivo tratamiento de problemas de medición hecho por Thurstone y Thurstone y Chave y la mucho más sencilla técnica de medición de Likert.

Desde luego, tales avances fueron importantes no sólo para el surgimiento de la dinámica de grupo, sino para el progreso de todas las ciencias conductistas". (15)

3.5. ORIGEN DE LAS TEORIAS PSICOLOGICAS:

3.5.1 BOSQUEJO HISTORICO:

Cuando se estableció la psicología como una ciencia, en Alemania, hacia 1870, se consideró que su tarea principal consistía en el análisis de los elementos básicos de la mente, enfoque conocido como "Estructuralismo", una de las primeras escuelas teóricas en psicología, básicamente producto del trabajo de Wilhelm Wundt.

A principios del siglo, tres nuevas escuelas llegaron a ser fuertes competidoras: La primera de ella fue el Funcionalismo.

El funcionalismo fue básicamente producto de psicólogos estadounidenses; los más importantes fueron: William James, James Cattell y E.L. Thorndike.

Casi en forma simultánea surgieron el movimiento Gestáltico y el Conductismo o Behaviorismo; de éste último el principal exponente fue John B. Watson, quien, aunque entrenado dentro del movimiento funcionalista, argumentaba que la técnica de introspección jamás sería objetiva, por lo que nunca podría ser científica, razón por la que también se opuso el Estructuralismo.

Watson propuso que sólo los eventos públicos -esto es, acciones, respuestas o ejecuciones que puedan ser objetivamente medidas cumplen con los requisitos de una disciplina científica, a éstos los llamó conductas. Según Watson, las conductas o respuestas son provocadas o afectadas por estímulos específicos en el ambiente. Luego entonces, el objetivo más importante de este enfoque es identificar las relaciones de estímulo-respuesta que son predecibles y repetibles.

Durante el mismo periodo, en Rusia, Iván Pavlov, proveyó de una impresionante demostración sobre estímulo-respuesta en su famosa descripción del condicionamiento clásico, que consiste básicamente en un estímulo originalmente muestral o indiferente, que es apareado repetidamente con un reforzador +, será capaz por sí solo de provocar la misma respuesta que provocaba el reforzador.

Ambos, Pavlov y Watson, vieron el fenómeno del condicionamiento como evidencia de la importancia que tienen en la conducta, el aprendizaje y las relaciones de estímulo-respuesta". (16)

"La terapia de la conducta o Terapia condicionante, es el empleo de principios del aprendizaje establecidos

+ Un reforzador es cualquier agente, por ejemplo comida, que reduce ya sea total o parcialmente una necesidad.

experimentalmente, con el propósito de cambiar conductas inadaptadas. Hábitos inadaptados son debilitados y eliminados; hábitos adaptados son iniciados y fortalecidos.

La terapia de la Conducta es una Ciencia aplicada, en cada aspecto paralela a otras tecnologías modernas y, en particular, aquellas que constituyen la terapéutica médica moderna. Las posibilidades terapéuticas emergieron al poner al descubierto leyes que rigen las relaciones de los procesos del organismo. Siendo el aprendizaje el proceso del organismo más relevante para la medicina psicológica, el establecimiento de las leyes que rigen el proceso del aprendizaje es el camino principal para lograr el poder terapéutico en este campo."(17)

3.5.2 LA TEORIA HUMANISTICA O EXISTENCIAL:

"La teoría Humanista o Existencial fue fundada por Abraham Maslow quien lo concibe como una Psicología del Ser y no del Tener. La corriente humanística propone una Ciencia del hombre que toma en cuenta la consciencia, la ética, la individualidad y los valores espirituales. La personalidad normal se caracteriza por la unidad, la integración, la coherencia, mientras que la patología se define por lo contrario, proviniendo de la distorsión o de la negación de la naturaleza esencial del hombre. Esta concepción del hombre en búsqueda de su autorealización, así como la definición de Maslow sobre la patología,

subyase el pensamiento gúestáltico, aunque también lo encontramos en los alderianos, rankianos, jungianos y rogerianos.

El existencialismo es el producto de una situación de crisis profunda. Sin las filosofías de la existencia sería imposible comprender el convulsivo horizonte del pensamiento contemporáneo. El penetrante tinte de sus análisis acerca del drama existencial humano, sus graves tonos metafísicos acerca de su finitud, su angustia desgarrada ante el absurdo de la muerte, han dejado un rastro indeleble en el espíritu del siglo XX.

En consecuencia, la filosofía existencialista debe considerarse como formando parte de un movimiento general de los espíritus, que no está únicamente limitada por el dominio estrictamente filosófico y que representa una profunda reacción contra el proceso paulatino de disolución de la persona, que se había llevado a cabo a lo largo de los últimos 100 años. El existencialismo representa el esfuerzo más colosal del hombre contemporáneo para recuperar los valores singulares de la persona frente al degradante proceso de despersonalización que se había iniciado de forma irreversible desde comienzos del siglo XIX.

Las dos corrientes filosóficas más importantes de comienzos del siglo XIX eran el idealismo hegeliano y el

materialismo mecanicista. Ambas, a pesar de sus planteamientos radicales dispares mantenían un único criterio en común: Considerar al humano como un ser pasivo, inerte, carente de su esencia propia.

El materialismo mecanista consideraba al hombre como un mero producto de las fuerzas de la materia y todos los rasgos de su conducta podían explicarse por meras reacciones fisicoquímicas. El sujeto carecía de libre iniciativa y todas sus reacciones futuras podían determinarse mediante leyes matemáticamente rigurosas.

El idealismo hegeliano, por otra parte, veía en los hombres reales y concretos sólo la materia de la historia, el medio de que se servía la astucia de la Razón Universal para alcanzar sus objetivos.

Si en el materialismo mecanicista el hombre disolvía ante la realidad material, en el idealismo hegeliano quedaba aniquilado ante el Espíritu Absoluto. Y así, el hombre concreto, el hombre en su singularidad y sus cualidades personales, quedaban totalmente fuera del horizonte de la reflexión filosófica. Por este camino se fue llegando poco a poco a la total pérdida del hombre, a la negación completa de su singular interioridad, de sus anhelos y angustias específicas, de sus tareas y proyectos existenciales particulares.

Toda esta evolución amenazaba con la ruina definitiva del hombre concreto, sujeto creador y autoresponsable de su devenir.

El existencialismo nació como una poderosa reacción frente a ésta demencial tendencia y protagonizó una apasionada protesta contra la ruina del hombre, contra su desindividualización y despersonalización creciente, contra el injusto desconocimiento de sus peculiaridades individuales, de su autonomía y responsabilidad personal.

La filosofía existencialista iniciará, por esta razón, un proceso de subjetivización del pensamiento. El existencialismo tiene el mérito de haber contrareestado, mediante su proceder, las tendencias excesivamente objetivistas de su época que consideraba al hombre desde fuera, como un simple elemento del mundo, y no veía en él más que una cosa entre las cosas, desprovista de intimidad, singularidad y carácter particular. Esta filosofía da prioridad a la esencia sobre la existencia y a la prioridad de la vida sobre la razón.

La filosofía existencialista propiamente dicha aparecerá cuando los filósofos impregnados de la temática existencial hasta aquí expuesta, encuentren un método filosófico que les sirva de guía fehaciente para sus análisis. Para ello hubo que esperar hasta la primera década del siglo XX, cuando el filósofo alemán Edmund

Husserl creó la Fenomenología.

Husserl no era existencialista, sino que se desenvolvía dentro de la órbita del esencialismo. Pero profesó un método muy curioso de Investigación, el método fenomenológico que por sus propias características se acoplaba bastante bien a los objetivos de la temática existencialista. El método fenomenológico rehusaba encerrarse en presupuestos abstractos, y encaminaba su esfuerzo filosófico en describir exactamente a los fenómenos como aparecen en la consciencia. No autorizaba, para el estudio del hecho concreto, deducción ni interpretación alguna; la filosofía debía limitarse a describir lo inmediato. Pues bien, este método permitió dar una forma rigurosamente filosófica a las intuiciones de Kierkegaard. Nació así la filosofía existencialista."(18)

3.5.3 LA TERAPIA GUESTALT:

"La terapia Gestalt fue creada por Max Wertheimer, junto con sus discípulos Wolfgang Köhler y Kurt Koffka, poco antes de la Primera Guerra Mundial."(19)

"Gestalt = derivada de la palabra Gestalt (Alemán), no tiene una traducción precisa en español, pero se refiere a la Terapia Gestalt como la Unidad Definitiva De Experiencias."(20)

"Los Gestaltistas descubrieron que el humano percibe totalidades organizadas como configuraciones y patrones naturales y que éstos aparecen en la experiencia directa del individuo. Esta escuela se centró sobre todo en el estudio de la percepción visual acerca de la que elaboró un sin fin de leyes: Fenómeno Phi, Figura-Fondo, etc.

Köhler sostuvo que el proceso de aprendizaje se daba dentro de un determinado contexto, cuando el sujeto percibía la relación apropiada entre los elementos que hubiera en dicho contexto surgiendo así una Gestalt.

Köhler concluyó que el proceso de aprendizaje es secundario a la percepción; la llave para aprender es el descubrimiento de la respuesta adecuada, la que depende de la estructuración del campo y del surgimiento de una gestalt. Cuando nace una gestalt o figura por medio de un insight +, surge el Darse Cuenta de dicho momento el cual puede aparecer como si fuera un "flash". El verdadero insight se caracteriza por la producción de una nueva conducta, la que podrá repetirse y aplicarse a una situación semejante a la original donde surgió el aprendizaje". (21)

"La Teoría Gestalt asume que el organismo humano y su Medio Ambiente, que incluye otras personas, forman una sola unidad indivisible con propiedades que no pueden ser derivadas de la suma de sus partes y sus relaciones.

+ Insight = Introspección.

La Terapia Gestalt consiste en atender a otro ser humano en tal forma que le permita ser lo que realmente es, "con fundamento en el poder que lo constituye", según la frase de Kierkegaard.

La Terapia Gestalt es por lo tanto una terapia existencialista, porque rechaza por un lado, modificar conductas negativas mediante el condicionamiento y por otro, tratar a las Psicopatologías por medio de Psicoterápias Psicoanalíticamente orientadas.

La Terapia Gestalt se ocupa de los problemas provocados por nuestra aversión a aceptar la responsabilidad de lo que somos y de lo que hacemos. Nos deja el estudio de los datos y de la conducta observable que constituye el fenómeno, en lugar de nuestra propia conjeturas o de las de otras personas, La Terapia Gestalt primero diferencia y a continuación se ocupa de lo que experimentamos, más bien que de lo que pensamos. Esto significa que el terapeuta gestalt debe suministrar una especial situación: se convierte en un catalizador que facilita la percepción del paciente, de lo que existe en el momento, y que frustra los diversos intentos de evasión del mismo.

La Terapia Gestalt nos ofrece una metodología, Esta forma de trabajar depende de que diferenciamos entre "Hablar acerca de ..." y experimentar.

El enfoque guesáltico es parte de la revolución humanista, ya que considera a la psicoterapia como un medio para hacer crecer el potencial humano; enfatiza la observación de la conducta en el aquí y el ahora, se centra sobre la importancia del proceso del Darse Cuenta o toma de consciencia del Momento Inmediato y en el estudio de la fenomenología humana.

Durante su estancia en Africa del Sur, Perls (seguidor de la Psicoterapia Guealt) intimó con Jan Smuts, que era entonces primer ministro y filósofo. Smuts había tomado de los griegos el término "holismo" (holos = completo, total, entero.); para construir un sistema filosófico donde la evolución se apoya en la realización de la totalidad del Ser. Mismo que Perls introduce en su filosofía.

La filosofía de Friedlander contiene dos ideas importantes: "La indiferencia creadora" y "el pensamiento diferencial" que Perls incluyó en su concepción de la terapia Guealt. El pensamiento diferencial sugiere que cada acontecimiento consta de un punto cero a partir del cual surge la diferenciación de los contrarios. Esos contrarios demuestran en su contexto específico una gran afinidad el uno por el otro. Quedándonos en un término medio, podemos adquirir la capacidad creativa para contemplar los dos aspectos de una posibilidad y completar la parte que falta. Evitando considerar un solo aspecto

del acontecimiento que tenemos un conocimiento mucho más profundo de la estructura.

La facultad para situarse en el punto cero a partir del cual surge una experiencia nueva constituye la "indiferencia creativa". Existe un buen ejemplo de este concepto: la gaviota planea muy alto entre el cielo y tierra, se deja llevar por los remolinos del viento. Sin embargo, si un pez mueve la superficie del agua, la gaviota baja en picada y lo coge.

El Zen es una variante budista que se originó en China bajo el denominativo de Ch'an que lograra su mayor apogeo y relevancia en Japón bajo el nombre de Zen. No hay contrapartida de éste en la India, a pesar de que aquí se originó el budismo. El Zen es consecuencia de las concesiones que tuvieron que hacer los monjes budistas en China, para que su religión fuera admitida en el seno de la comunidad China, tan impregnada de racionalismo, gracias a la influencia de Confucio.

Los chinos, siempre considerados, otorgaron a su creación el calificativo de Dhyana, escuela India de meditación o contemplativa que, por estas exigencias idiomáticas, se convirtió en Ch'an. Sin embargo, repetimos, se trata de un aporte a la filosofía genuinamente Chino-Japonesa aún participando en la amalgama el ingrediente budista y de darle crédito a Carrington Boo-

drich, los Upanishads.

Sin el impacto de Tao, el Zen sería inconcebible y su primer reivindicación es la iconoclasta. En los templos del Zen del Japón se incluyen ejercicios que consisten en derribar imágenes de Buda, porque una de las enseñanzas de esta escuela es la de que nuestro logro debe derribar y romper toda índole de obstáculos que se interpongan a ello, trátase del mismo Buda y ello a pesar de que otra enseñanza señala que el humano debe volver la mirada hacia dentro de sí mismo y encontrar a Buda en su corazón.

El absoluto, dice el Zen, será siempre inaccesible al pensamiento racional, cosa que también reconoce la escuela Mahayana, pero mientras ésta no osó nunca incursionar en la irracional, el Zen se sumerge en él con logros inusitados. La iluminación no llega progresiva y paulatinamente. Es producto de un momento de inspiración que el Zen identifica como alumbramiento repentino. La enseñanza sólo puede enseñar el camino. El momento supremo en el que el pensamiento descubre la luz puede enseñarse, no puede aprenderse. Es la intuición, la espontaneidad, lo imprevisible.

Continuando con la tónica del pensamiento oriental, podemos decir que la guesalt reconoce la unidad de la "forma" y del "fondo".

En resumen, podríamos decir que Ferls comparte con el pensamiento oriental la preocupación por no sobreestimar la importancia del pensamiento. El uso constante del ordenador mental impide realmente ver, oír, degustar, tocar la realidad de la naturaleza.

Los sabios orientales dicen que debemos vaciarnos para poder ser llenados; a Ferls le gustaba decir que había que perder la cabeza para encontrar la cordura. Por ésto Ferls enfatiza la experiencia, es decir, proclama que no basta con conocer algo, es indispensable vivenciarlo, por lo que la psicoterapia Gestalt es básicamente vivencial."(22)

3.6 ¿QUE ES LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL?

Aaron Beck dice que..."La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas; por ejemplo: la depresión, la ansiedad, las fobias y problemas relacionados con el dolor. Se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes ó supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Las técnicas terapéuticas están encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente consideraba insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta ayudará al paciente a pensar y actuar de forma más realista y adaptativa.

El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en enseñar al paciente a:

- 1) Controlar los pensamientos automáticos negativos.
- 2) Identificar la relación ente cognición, afecto y conducta.
- 3) Encaminar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorcionados.
- 4) Sustituir este tipo de cogniciones por interpretaciones más realistas.
- 5) Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que predisponen al individuo a distorcionar sus experiencias." (23)

3.7 CARACTERISTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

"La terapia cognitiva difiere de la terapia convencional por dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra.

La terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactúa intencionalmente con el paciente. El terapeuta debe valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a participar activamente en las distintas operaciones terapéuticas, además de ayudarlo previamente a organizar su personalidad y su conducta.

A diferencia de la terapia psicoanalítica, se centra en problemas "aquí y ahora"; el objetivo principal es revisar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión y entre las sesiones, no interpreta factores inconscientes, ni explora la época de la infancia, a menos que puedan clarificar algunos hechos actuales.

La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente". (24)

3.8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Ackerman, Nathan W. (1969)
Psicoterapia de la Familia Neurótica.
Buenos Aires, Argentina. Ed. Home. p. 58, 72-76.
- (2) Youngusband, Eileen. (1971)
Servicio Social Familiar.
Madrid, España. Ed. Católica. p. 166, 27.
- (3) Ackerman, Nathan W. (1969)
Op. cit. p. 13.
- (4) Youngusband, Eileen. (1971)
Op. cit. p. 28, 48-54.
- (5) Ackerman, Nathan W. (1969)
Op. Cit. p. 56.
- (6) Horney, Karen. (1976)
Psicología Femenina,
Buenos Aires, Argentina. Ed. Psique. p. 135.
- (7) Ackerman, Nathan W. (1969)
Op. Cit.,. p. 56-65.
- (8) Wahlroos, Sven. (1978)
La comunicación en la Familia.

México. Ed. Diana. p. 9-10

- (9) Nathan, Fernand. (1978)
Enciclopedia de Psicología: Psicología General.
Barcelona, España. Plaza & Janes, S.A. Editores.
p.64.
- (10) Wahlroos, Sven. (1978)
Op. Cit. p.32.
- (11) Rodríguez Estrada, Mauro; Pellicer de Flores,
Georgina y Domínguez Eyssautier, Magdalena. (1988)
Autoestima: Clave del éxito personal.
México. Ed. manual Moderno. 2a. Edición. p. 3-5.
- (12) Ibidem. p.5-6.
- (13) Cartwright, Dorwin y Zander, Alvin. (1975)
Dinámica de Grupos. Investigación y Teoría.
México. Ed. Trillas. p.17-20.
- (14) O'Donnell, Pancho. (1984)
Teoría y Técnica de la psicoterapia Grupal.
Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.
p.101-102.
- (15) Cartwright, Dorwin y Zander, Alvin. (1975)
Op. Cit. p.22,24.

- (16) Salama Hector; Villareal, Rosario. (1988)
El enfoque Gestalt: Una Psicoterapia Humanística.
México. Ed. Manual Moderno. p.1-2.
- (17) Wolpe, Joseph. (1988)
Práctica de la terapia de la Conducta.
México. Ed. Trillas. p.9
- (18) Perls, fritz. (1987)
Terapia y Técnica- Terapia Gestalt.
México. Ed. Concepto. S.A. p.15,16.
- (19) Salama, Hector y Villareal, Rosario. (1988)
Op. Cit. p. 3
- (20) Perls, Fritz. (1987)
Op. Cit. p.14
- (21) Salama, Hector y Villareal, Rosario. (1988)
Op. Cit. p.3
- (22) Perls, fritz. (1987)
Op. Cit. p. 17-23
- (23) Beck, Aaron T. Dr. (1983)
Terapia Cognitiva de la Depresión.
España, Ed. Desclee de brower, S.A. p.20

(24) Beck, Aaron T. Dr. (1976)

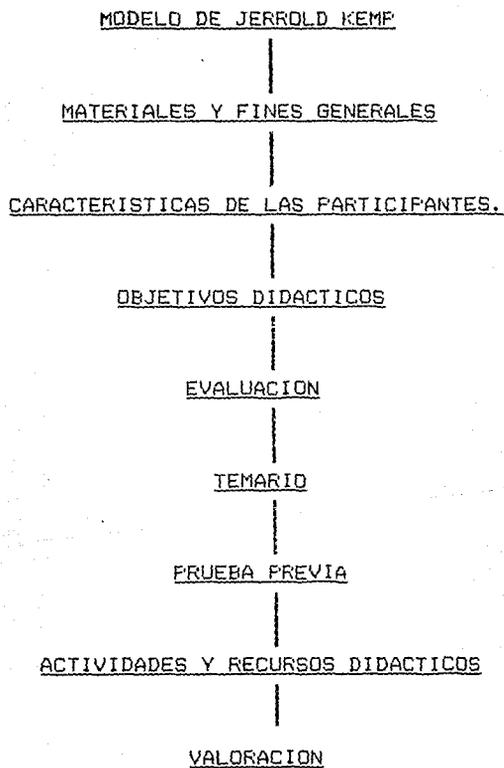
Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión.

USA INTERNACIONAL. Ed. Merk Sharp & Dohome. p.22.

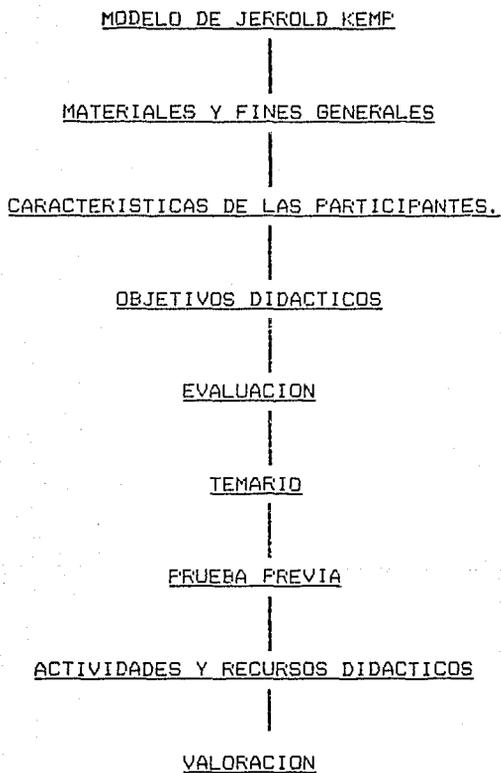
CAPITULO IV

4.0 MARCO REFERENCIAL CONCEPTUAL Y METODOLOGIA

4.1 DESCRIPCION DEL MODELO:



4.1 DESCRIPCION DEL MODELO:



DESCRIPCION DEL MODELO DE JERROLD KEMPA. MATERIAS Y FINES GENERALES:

"Todos los programas educacionales se basan en objetivos genéricamente expuestos, que representan las metas. Las metas son propósitos a los cuales convergen las acciones o planeamiento de un programa educacional y pueden ser alcanzadas en un lapso corto o largo. Por ejemplo las metas pueden formularse diciendo: "desarrollar la capacidad de expresarse eficientemente por medios verbables o escritos: o "estimular la apreciación o valoración de la cultura hispanoamericana".

Las metas deben incluir varias alternativas para lograrlas, y han de ser adecuadas a tiempo, condiciones y recursos. Después de seleccionar las metas, se deben seleccionar y enumerar adecuadamente los temas principales a estudiarse dentro del programa y la profundidad con que dichos temas serán tratados.

Un ejemplo de la selección de temas puede ser:

-Curso científico sobre meteorología.

Temas principales:

Masas de Aire

Fuentes climatológicas.

Los símbolos del Tiempo.

Mapas meteorológicos.

Pronósticos. Una vez establecidos los temas deben mencionarse uno o más objetivos generales de cada uno de ellos. Los fines se expresan con afirmaciones amplias que expliquen los resultados deseados de cada tema, por ejemplo: "entender un tema", "calibrar un aspecto" o "enterarse de ciertos acontecimientos".

Estos enunciados han de expresar generalidades y no han de ser síntesis de los objetivos.

El primer paso en el planteamiento de la instrucción es la formulación de los temas o fines generales que se propone alcanzar el maestro.

B. CARACTERISTICAS DE LAS PARTICIPANTES.

¿Que factores se conocen del grupo estudiantil que puedan afectar a los planes de enseñanza?

Como las decisiones del profesor relativas a la selección de objetivos de acuerdo al nivel a que debe empezar el desarrollo de un curso, profundidad del estudio y la variedad y amplitud de las actividades didácticas, serán afectadas por las características de los estudiantes, deben observarse aspectos tales como, nivel de edad, nivel de madurez, campo de atención, condiciones socio-económicas, grado de interés en la materia, hábitos de estudio, grado de capacidad del alumno para trabajar

solo, limitaciones ambientales, cociente intelectual, etc.

Además de la observación directa del grupo por el propio maestro, así como auxiliado por cuestionarios y pruebas previas que también ayudarán a tomar decisiones en la elaboración del plan instruccional; mucha de la información relativa a las características de los estudiantes puede obtenerse preguntando a otros profesores y asesores estudiantiles.

Se conoce que todos los alumnos aprenden de la misma forma, pues algunos les gusta y les resulta más fácil que a otros.

Con el fin de lograr un aprendizaje eficiente en cada uno de los estudiantes, el maestro cuenta con la gran diversidad de medios visuales para hacer que aquéllos se interesen en las materias. También cuenta con variadas actividades de enseñanza que le permiten conducir y mantener la atención de los alumnos; así como también puede hacer que los alumnos desarrollen diferentes actividades de aprendizaje, ya sea haciendo lecturas, resúmenes, síntesis, comentarios, presentaciones, etc.

Por otro lado, el profesor ha de tener presente al tiempo. Algunos alumnos requieren más que otros, dependiendo de sus propias capacidades, hábitos, destrezas,

etc., por ello el maestro debe de tratar de obtener el mayor conocimiento posible sobre sus estudiantes.

C. OBJETIVOS DIDACTICOS:

¿Que deben saber los estudiantes, que deben ser capaces de hacer o cuáles deben ser las diferencias de su comportamiento después de estudiar un tema?

Los objetivos deben formularse en función de las actividades que permitan aprender más y mejorar al estudiante, inmediatamente después de haber establecido los fines generales de tal forma que éstos armonicen con los objetivos para un tema o materia de enseñanza. Aunque éstos se hagan de una manera general al principio, al seguir adelante con el planteamiento se irán afinando o modificando detalles de acuerdo a las necesidades educativas ya establecidas o que se planteen durante la planificación.

Los buenos profesores siempre señalan en forma clara y precisa a sus estudiantes, cuáles son las expectativas y los logros de aprendizaje que éstos han de alcanzar; éso se logra, elaborando los objetivos generales, particulares y específicos, tomando como base, las metas y materias indicadas.

Al contar con los objetivos, el profesor sabrá qué debe enseñar y hasta qué punto se van logrando.

Dentro de los objetivos de un programa de enseñanza-aprendizaje, pueden observarse tres niveles: en el primero, los objetivos generales que indican lo que los estudiantes deben haber aprendido al finalizar el curso, los objetivos particulares que indican lo que los alumnos deben haber aprendido al finalizar cada unidad y los objetivos específicos que indican lo que los alumnos deben haber aprendido al finalizar cada clase o subtema.

Por otro lado, los objetivos se clasifican en tres categorías o dominios según Bloom:

- a) **Cognoscitivo:** Abarca los objetivos relacionados con las capacidades intelectuales del alumno como son el conocimiento, la comprensión, la aplicación, el análisis, la síntesis y la evaluación del saber.
- b) **Afectivo:** Comprende las conductas relacionadas con los sentimientos, las emociones, los intereses, las apreciaciones, etc., del alumno mismos que se ven reflejados en la recepción, la respuesta, la valoración, la organización y la caracterización que haga el estudiante, sobre conocimientos hechos.
- c) **Psicomotor:** Contiene las capacidades para coordinar o utilizar los músculos, las habilidades para manejar objetos, etc., por lo que implica la percepción, la respuesta dirigida y la mecanización del acto complejo

que realiza el alumno.

Todos los objetivos deben expresarse de manera clara e inequívoca, de tal modo que el significado sea el mismo para todos los maestros y alumnos que vayan a perseguirlos. Esto es, evitar generalizaciones demasiado amplias que dejen al estudiante una libre interpretación que si bien pudiera ser la correcta o esperada, también pudiera dar como resultado confusiones innecesarias.

Habrán en algunos casos cuyos logros sea a largo plazo como en el caso del desarrollo de habilidades de investigación, de análisis o de toma de decisiones sobre los que se tiene poco o nulo control y son mensurables sólo hasta etapas posteriores en que el individuo se dedique a su profesión, pero la gran mayoría de los resultados de la instrucción son mensurables, en un nivel apropiado de dominio durante un periodo razonable de tiempo.

Es conveniente que cuando se presente un objetivo a los estudiantes, también se les den motivos o fundamentos explicándoles la importancia de los mismos para ellos.

Así, si se informa y se justifica la necesidad de lograr dichos objetivos, el estudiante estará capacitado para comprender mejor qué debe estudiar el temario basado en los objetivos, y cómo encaja dentro de la materia. Al

formular la justificación, puede comprobarse mejor, la importancia de un objetivo para la finalidad del curso.

D. EVALUACION:

¿Como se mide el aprovechamiento?

Una vez elaborados los objetivos, aunque éstos estén sujetos a modificaciones o adiciones a lo largo de la planificación se debe proceder a la elección de los métodos de evaluación, que nos servirán para comprobar hasta que grado el estudiante ha logrado sus objetivos, y al mismo tiempo, dichos métodos pueden ayudar a hacer los objetivos más claros.

Es importante recordar que los exámenes orales o escritos no son sino una parte de la evaluación, ya que la evaluación es una actividad continua integrada al proceso enseñanza-aprendizaje, con la finalidad de conocer y mejorar al alumno en particular, y al proceso educativo, con todos sus componentes en general.

La evaluación se puede estandarizar a un nivel determinado requerido en comprensión y competencia, o podrían establecerse diversos niveles para un objetivo.

El aprovechamiento suele medirse con los exámenes escritos en la referente a comprensión de datos e información. Pero cuando los objetivos incluyen aplicaciones

de tipo práctico como "ser capaces de hacer" y otros alusiones o realizaciones, capacidad y destrezas o actitudes y apreciaciones, deben aplicarse pruebas que se acerquen más a la realidad de los objetivos (listas de cotejo, escalas de evaluaciones, etc.,).

E. TEMARIO:

¿Que conjunto de temas se encuentran al servicio de cada objetivo?

En la mayoría de los casos, el maestro toma el temario como punto de partida para su enseñanza y para el estudiante constituye la base de su aprendizaje y el medio por el cual logrará sus objetivos educacionales.

También, en muchas ocasiones, el libro de textos es de donde se toman los objetivos y los temas, y en el cual, por lo general, se basa toda la enseñanza, pero debe tomarse en cuenta que el libro de texto sólo debería considerarse como uno de los medios para seleccionar el temario.

Por lo general, en algunas ramas del saber, constantemente se encuentran modificaciones debido a las investigaciones que se realizan y por lo tanto, se van actualizando dichos conocimientos, por lo que es necesario el documentarse en artículos de revistas, documentales, folletos, en nuevas ediciones de texto y en ocasiones recurrir a experiencias personales.

En el programa deben incluirse todas las unidades que sean necesarias, cada una con su título respectivo, incluyendo todo el material posible que pudiera servir a los objetivos, aunque después se supriman algunas partes que no sean de utilidad para el trabajo.

Muchas veces, el temario nos sugiere nuevos objetivos.

Los objetivos suelen organizarse partiendo de lo simple a lo complejo y como los temas dependerán de aquéllos, es importante que el temario sea organizado y que posea una secuencia lógica.

F. PRE-EVALUACION:

¿Están todos los estudiantes preparados para asimilar este tema, con positivo aprovechamiento?

Una prueba preeliminar permite determinar si el grupo posee los requisitos previos necesarios para estudiar el tema en cuestión. La pre-evaluación nos indicará cuáles estudiantes están en condiciones de abordar el estudio del tema, cuáles son los que necesitan ponerse al corriente y cuáles por su escasa preparación, deben empezar por un nivel inferior.

Una prueba de este tipo también nos ayudará a determinar cuáles de los objetivos a perseguir ya se han

alcanzado, lo que permitirá algún tema que ya no necesite incluirse en el planeamiento didáctico.

Algunos autores recomiendan la aplicación de pruebas formales de evaluación tanto para la pre-evaluación como para la evaluación formal.

Otro plan de pre-evaluación más informal sería hacer preguntas a la clase, por medio de cuestionarios o pedir demostraciones prácticas. Por el tiempo que este último tomaría para evaluar a cada uno de los estudiantes, probablemente lo más conveniente sería un cuestionario que determine el nivel de conocimiento de cada alumno. Esto es de particular importancia en el planeamiento de una enseñanza individualizada, permitiendo al maestro organizar un horario especial para los estudiantes que estén mejor preparados en determinado aspecto.

Una prueba previa puede conseguir estimular el interés del alumno por aprender el tema, Siempre que se haga la aclaración de que dichos exámenes, es solamente una evaluación que no tiene nada que ver con sus calificaciones.

Así el análisis del resultado de las pruebas previas pueden ayudar a hacer modificaciones pertinentes al planeamiento didáctico eliminado o añadiendo objetivos al programa.

G. ACTIVIDADES Y RECURSOS DIDACTICOS:

¿Que métodos y recursos didácticos serán más adecuados para alcanzar cada uno de los objetivos?

Pasamos ahora a la etapa en que deben seleccionarse las experiencias y actividades del acto educativo, los recursos de los cuales el profesor se valdrá para alcanzar los objetivos establecidos, no olvidando que las actividades y los recursos deben ser congruentes con los objetivos que previamente se elaboraron, así como con los métodos también previamente seleccionados.

Así pues, deben seleccionarse los métodos que serán más adecuados para lograr cada objetivo, después de seleccionar las técnicas de enseñanza y las experiencias de aprendizaje, empleando el temario basado en los objetivos.

Posteriormente se procederá a verificar el material didáctico con que se cuenta y seleccionar aquel que auxilie en forma eficiente durante el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En ésta etapa, el profesor debe tomar una serie de decisiones para poder elegir adecuadamente las actividades y materiales que permitan al estudiante alcanzar los objetivos de manera aceptable en un periodo razonable de tiempo.

Es conveniente el recordar que existen gran variedad de actividades y recursos que puedan emplearse, pero el profesor debe seleccionarlas en base a las características que presentan los alumnos, en base a sus necesidades e inquietudes y sobre todo en base a los objetivos. Por lo tanto, debe existir congruencia y secuencia entre todos estos elementos del programa.

Entre los métodos didácticos que pueden emplearse para la enseñanza, se encuentran el deductivo, el inductivo, el analítico y el sintético.

Por otro lado, algunas de las técnicas didácticas son grupales y otras individuales."(1)

4.2 APLICACION DEL MODELO AL PROGRAMA.

4.2.1 OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general del Programa es: a) Corregir las conductas inadecuadas que dan un terreno fértil para el desarrollo del Maltrato Conyugal y b) Reafirmar y desarrollar las adecuadas.

4.2.2 CARACTERISTICAS DE LAS PARTICIPANTES:

Las características requeridas en las integrantes del grupo terapéutico son primeramente que tengan DESEOS DE MEJORAR SU SITUACION ACTUAL PARA LOGRAR UN MEJOR DESARROLLO PERSONAL, QUE ESTEN ABIERTAS A LAS EXPERIENCIAS Y CON DISPOSICION AL CAMBIO.

La edad no es importante, pero sí lo es el que tengan una inteligencia promedio que les permita comprender y elaborar los conceptos y tareas del Programa - lo cual se valorará a través de una entrevista individual semi-estructurada-.

Es necesario para el ingreso al grupo, que las integrantes tengan una escolaridad mínima de sexto año de primaria.

4.2.3 TEMARIO:

Este Programa consta de seis temas generales que abarcan todas las sesiones:

NOTA: Los temas no se desarrollan en éste orden, ya que intercalados podrían tener mayor efecto.

1) El Darse Cuenta.

Objetivo Particular:

Que las víctimas de Maltrato Conyugal reconozcan su problema, sus actitudes y características: virtudes, defectos, temores, habilidades y de su propia sensibilidad.

Objetivos Específicos:

Estos se encuentran en las sesiones correspondientes: Sesión número 2,3,4,10,13 y 14.

2) La Autoestima

Objetivo particular:

Que las Víctimas de Maltrato Conyugal eleven su Autoestima y por lo tanto mejoren su autocrítica y su capacidad de Introspección.

Objetivos específicos:

Estos se encuentran en las sesiones correspondientes: Sesión número 5, 7, 8, 15 y 19.

3) El Pensar-Actuar-Sentir.

Objetivo Particular:

Que las mujeres maltratadas identifiquen la interrelación entre el Pensar-Actuar-Sentir.

Objetivos Específicos:

Estos se encuentran en la sesión correspondiente:
Sesión número 6.

4) La Comunicación.

Objetivo Particular.

Que éstas mujeres mejoren su comunicación interpersonal.

Objetivos Específicos:

Estos se encuentran en las sesiones correspondientes: Sesión número 9, 16 y 17.

5) Asertividad-Agresividad.

Objetivo Particular:

Que las integrantes del grupo manejen su agresión de manera más asertiva.

Objetivos Específicos:

Estos se encuentran en las sesiones correspondientes: Sesión número 11 y 12.

6) Establecer Metas Claras.

Objetivo Particular:

Que las integrantes del programa sean capaces de establecer metas claras y reales.

Objetivos Específicos:

Estos se encuentran en la sesión correspondiente:

Sesión número 20.

7) Seguimiento longitudinal.

Objetivo Particular:

Que las integrantes desarrollen actitudes positivas en sus relaciones conyugales.

4.2.4 EVALUACION:

La Pre-evaluación ó prueba previa consistirá en detectar el nivel de inteligencia promedio como mínimo, la cual se evaluará con Pruebas Psicológicas, éstas se dejarán al criterio del Terapeuta.

También se hará una entrevista inicial particular para evaluar el sentido común, la imaginación, la capacidad de juicio y de abstracción necesarios para el buen aprovechamiento del Programa en cuestión. (Dicha entrevista se encuentra en el Anexo, pág. 240).

Sería muy conveniente aplicar pruebas de Personalidad como el MMPI o CIP para detectar rasgos de personalidad y posibles trastornos y de esta manera el terapeuta estará más familiarizado con el grupo y preparado para afrontar y resolver cualquier problema que se presente en las integrantes del grupo. Así, como también es de gran importancia aplicar un test de actitudes antes y después

del Programa, para así llevar un mejor control y conocer las actitudes de las integrantes antes y después del Programa y poder verificar si éstas cambiaron positivamente.

Por otra parte, el aprovechamiento que tengan las integrantes del grupo se dará a conocer en las nuevas experiencias que compartan con el grupo en sus participaciones a lo largo del Programa Terapéutico.

El Psicólogo o Terapeuta irá evaluando el aprovechamiento del grupo mediante los comentarios finales que se harán el final de cada sesión, en los cuales se harán preguntas conforme el tema a tratar en las sesiones para así corroborar el buen aprovechamiento. Estas son pautas de las cuales el Psicólogo o Terapeuta se irá apoyando para saber si el grupo avanza homogéneamente y así poder resolver los problemas que se presentan a lo largo del Programa.

4.2.5 ACTIVIDADES Y RECURSOS DIDÁCTICOS:

Los métodos y recursos didácticos serán lo más práctico posible para que las participantes del Programa logren experimentar el conocimiento adquirido y de ésta manera tomar más consciencia de su problema y la forma de mejorarlo.

En cada sesión se especifica el material que será utilizado para llevar a cabo dicha sesión.

4.2.6 VALORACION FINAL:

La valoración del buen funcionamiento del Programa se va dando a lo largo de éste, ya que se estimula a los integrantes del grupo a que participen con sus propias experiencias y después de cada ejercicio se alienta para que lleven a cabo en el hogar el nuevo conocimiento adquirido y después se comenta la nueva experiencia en el grupo.

El Psicólogo o Terapeuta se va dando cuenta si la víctima de Maltrato Conyugal corrigió sus conductas inadecuadas y desarrolló las adecuadas -a lo largo del Programa- al lograr ésta un cambio de actitud (positivo por supuesto) y por lo tanto, un cambio de conducta, cosa que es observable ante el grupo y lo cuál se verificará al final del Programa con la aplicación del Test de actitudes.

Las sesiones posteriores también llevan como fin último una valoración de las nuevas conductas de los integrantes y de sus actitudes. Estas últimas sesiones llevan como fin una continuación del Programa que equivale a la segunda parte, que no está estructurada pero que no por eso deja de ser indispensable para lograr los fines Psicoterapéuticos.

4.2 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Kemp, Jerrold. (1972)

Planteamiento didáctico: Plan de desarrollo para unidades y cursos.

México. Ed. Centro Regional de ayuda técnica.

CAPITULO V

5.0 CONTENIDO DEL PROGRAMA

**5.1. INSTRUCCIONES ESPECIFICAS
PARA EL BUEN USO DEL PROGRAMA**

Este programa de Psicoterapia consistirá en veinte sesiones estructuradas de una hora y media cada una, constando cada una de estas sesiones de los siguientes puntos:

- Nombre del ejercicio.
- Objetivos.
- Recursos materiales.
- Técnicas utilizadas.
- Instrucciones específicas. (sólo en los casos necesarios).
- Desarrollo.
- Comentarios.
- Despedida.

Y otras sesiones semi-estructuradas las cuales estarán dirigidas a llevar un seguimiento longitudinal.

El tamaño del grupo es preferible que no sea mayor de 15 integrantes, para así tener un mejor control, comunicación e interacción grupal.

Las participantes acomodarán sus sillas en semi-círculo para que haya más integración y sentido de comunidad en el grupo, sólo en las sesiones que se especifique una posición en particular se hará el cambio, de otra manera se mantendrá la posición original.

Es imprescindible para que este programa dé resultados positivos, que las participantes sigan las reglas y pongan en práctica las sugerencias del grupo. Si no se termina el curso completo del programa o no se llega a practicar lo expuesto en él, puede ocurrir: el retorno a los viejos moldes de conducta o la no mejoría en su relación de pareja.

5.1.1 REGLAS DEL GRUPO:

- 1.- Ser sincero: Diga lo que realmente siente, hable realmente de sus sentimientos. ¿Cómo es usted, cómo piensa?.
- 2.- Respetar a la compañera.
- 3.- Lo que se dice en el grupo es confidencial.
- 4.- Asistir regularmente a las sesiones.
- 5.- Llegar a tiempo.
- 6.- Ser constructiva en las intervenciones.
 - a) Crítica positiva, no negativa.
 - b) Ayudarse a encontrar el lado positivo del problema.
 - c) No se presionen unas con otras.
- 7.- Hablar por orden. Darse tiempo.
 - a) Pedir la palabra.
- 8.- La cooperación en grupo es importante.

SUGERENCIAS PARA LOS MIEMBROS DEL GRUPO:

- 1.- Practique lo que se dice en el grupo.

- 2.- Aprenda a escuchar.
- 3.- Permita que las otras la conozcan.
- 4.- Haga preguntas. (está en confianza)
- 5.- No acapare la plática.
- 6.- Motive a otras a participar.
- 7.- Acepte los puntos de vista de los otros miembros.
- 8.- Participe en las discusiones.

SUGERENCIAS PARA EL PSICOLOGO:

Estas vienen indicadas en las Instrucciones específicas que se encuentran en las sesiones del Programa Terapéutico.

Los tipos de intervenciones verbales que puede hacer el terapeuta son: (dependiendo el caso y las necesidades específicas en el momento adecuado).

- "1) Interrogar al paciente: Pedirle datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del relato o tema a tratar. Explorar en detalle sus respuestas.
- 2) Proporcionar información: El terapeuta es no sólo un investigador de la conducta sino que es también el vehículo de una cultura humana y psicológica.
- 3) Confirmar o rectificar los criterios del paciente sobre su situación.

- 4) Clarificar, reformular el relato del paciente de modo que ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran mayor relieve.
- 5) Recapitular, resumir puntos esenciales surgidos en el proceso de cada sesión.
- 6) Señalar relaciones entre datos, secuencias, capacidades manifiestas y latentes de las participantes.
- 7) Sugerir actitudes determinadas." (1)

**S.2 " PROGRAMA DE PSICOTERAPIA
GRUPAL PARA MUJERES VICTIMAS
DE MALTRATO CONYUGAL "**

1a. FASE

PRIMERA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Romper el Hielo.
- b) Objetivos: Que las integrantes del grupo se conozcan y que haya más confianza entre ellas.
- c) Recursos Materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.
- d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Gestalt.
- e) Desarrollo:
- Presentación del terapeuta. Explicación del programa. explicación de las reglas y sugerencias del grupo.
 - Dinámica para romper el hielo: Cada integrante se va a agrupar con otra y van a platicar durante 3 minutos, tratarán de darse cuenta de como son externa e internamente, que traten de imaginar como es esa persona en su forma de ser.
- Después cada integrante va a presentar a su compañera ante el grupo.
- Terminando, se va a pedir una voluntaria para que repita los nombres de cada una de las integrantes del grupo.

f) Comentarios acerca de:

¿Cómo se sintieron? ¿Tienen más confianza?

Comentarios sobre las reglas y sugerencias del grupo.

¿Qué espera cada integrante del grupo de terapia?

g) Despedida. Fin de la Sesión.

SEGUNDA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Toma de consciencia.
- b) Objetivos: Que las integrantes se den cuenta de su problema, ¿Cómo es? y de la importancia de éste en su vida.
- c) Recursos Materiales: Salón amplio e iluminado con sillas. Pizarrón y gises.
- d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Gestalt.
- e) Desarrollo:
- Se escriben en el pizarrón las siguientes preguntas:
 - 1.- ¿Porqué estoy aquí?
 - 2.- ¿Cuál es mi principal problema?
 - 3.- ¿Cómo es mi problema?
 - 4.- ¿Qué he hecho para solucionarlo?
 - 5.- ¿Qué pongo de mi parte para que se lleve a cabo?
 - Se pedirá a las participantes que mediten en ellas por unos minutos.
 - Se pedirá a una participante voluntaria para que conteste estas preguntas ante el grupo.
 - No hay limite para el número de participantes.
 - Al finalizar se explica brevemente lo que es el maltrato, sus consecuencias y repercusiones.
 - Explicación del tema.

El maltrato es un tema que se ha extendido considerablemente, pero sin que las personas afectadas tomen consciencia del problema, sus efectos y consecuencias.

El maltrato se puede presentar tanto física como psíquicamente y las dos traen consecuencias dignas de tomarse en cuenta, por ejemplo, traen consigo la depresión, alteraciones nerviosas, altos consumos de alcohol y/o drogas y por supuesto el daño físico causado por el golpe, más el trauma psíquico que se forma en las víctimas así como en los miembros de la familia.

Si a este problema no se le pone un alto a tiempo se va formando un círculo vicioso del cual es difícil escapar.

(se amplía el tema según las necesidades del grupo).

f) Comentarios:

¿Cómo se sintieron al hablar de su problema ante un grupo?

¿Cómo se sintieron después de realizarlo?

¿Se dieron cuenta de cosas que nunca habían notado?

Se alienta a todas las integrantes a participar y que opinen en las intervenciones de sus compañeras.

g) Despedida. Fin de la Sesión.

TERCERA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: El darse cuenta.
- b) Objetivos: Conocer la importancia del darse cuenta y de lo que sucede aquí y ahora.
- c) Recursos Materiales: Salón amplio e iluminado con sillas. Pizarrón y gises.
- d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Gestalt.
- e) Desarrollo: El terapeuta explicará...
- " Es increíble cuánto uno puede llegar a comprender de su existencia, con el solo hecho de prestar mayor atención a ella y darse cuenta más profundamente de sus propias vivencias. Lo que los sabios han proclamado durante siglos, es realmente cierto: "El mundo está aquí mismo"; para recibirlo lo único que tenemos que hacer es vaciar nuestras "mentes" y abrirnos a la experiencia.

En realidad ¿se han dado cuenta de cómo es detalladamente este lugar donde estamos, cómo son cada una de sus compañeras, del terapeuta?, esto sucede a menudo, muchas veces pasamos por el mundo sin percatarnos de lo que estamos haciendo, de que estamos viviendo aquí y ahora, pues lo que hacemos es vivir en un pasado que no tiene remedio o en un futuro tal vez inalcanzable.

Se puede distinguir en la experiencia propia tres tipos de darse cuenta o zonas del darse cuenta:

1) El darse cuenta del mundo exterior:

Esto es, contacto sensorial actual con objetos y eventos en el presente. Lo que en este momento veo, palpo, escucho, degusto o huelo. Ejemplo: en este momento veo mi lápiz deslizándose sobre el papel, formando palabras, escucho una voz y así sin fin de ejemplos.

2) El darse cuenta del mundo interior:

Esto es, contacto actual con eventos internos en el presente: lo que ahora siento desde debajo de mi piel, tensiones musculares, sudor, movimientos, sensaciones de molestia.

Estos dos tipos de darse cuenta engloban todo lo que puedo saber de la realidad presente como yo la vivencio. El terreno sólido de mi experiencia, estos son los datos de mi existencia aquí, en el momento que ocurren. Independientemente de cómo yo u otros piensen o juzguen este darse cuenta. Existe y ningún argumento, ni alegato, ni teoría podrán hacerlo no-existente.

3) El darse cuenta de la fantasía:

Esto incluye toda la vida mental que abarca más allá de lo que transcurre en el presente actual de la gente. Todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticipar el futuro. Todo ésto es irrealdad, está todo en mi fantasía,

en mi imaginación. Y sin embargo, dentro de esta fantasía hay una realidad encubierta. Puedo descubrir más de esta realidad si me concentro en mi fantasía, y al mismo tiempo tomo consciencia de mis sensaciones físicas, percepciones y otras actividades físicas mientras hago esto. Así me doy cuenta de mis actitudes mentales y físicas mientras hago esto. Así me doy cuenta de mis actitudes, de cómo voy a sentirme si realizo lo que imagino?, ¿qué me pasará?, ¿qué espero de los demás?.

Es realmente difícil aceptar que todo existe en el presente momentáneo. El pasado existe tan sólo como parte de la realidad presente, cosas y recuerdos acerca de los cuales pienso como "pertenecientes al pasado".

La idea del pasado es útil algunas veces, pero al mismo tiempo es una idea, una fantasía que tengo ahora. Nuestra idea del futuro es también irreal, aunque algunas de las veces de utilidad. Tanto nuestra idea del futuro como nuestra concepción del pasado se basa en nuestra comprensión del presente. El pasado y el futuro son nuestras conjeturas acerca de lo que precedió al momento presente y lo que presajiamos que seguirá. Y todo este adivinar ocurre ahora" (2)

-Dinámica: (se necesita sensibilidad y apertura frente a la experiencia).

Pónganse cómodas, cierre los ojos y tomen consciencia de su cuerpo... aleje su atención de hechos externos y dense cuenta de lo que está sucediendo dentro de ustedes. Percátense de cualquier incomodidad y vean si pueden lograr una posición más confortable... Dense cuenta de cuáles partes de su cuerpo emergen de su consciencia... y cuales partes de su cuerpo parecen varas e indistintas... si se dan cuenta de una parte tensa de su cuerpo, vean si pueden soltar la tensión... Si nó, traten de tensar deliberadamente más esa parte, a fin de ver cuales músculos están tensando... y luego vuelvan a soltar... Ahora centren su atención en su respiración... Déense cuenta de todos los detalles de su respiración... Sientan el aire penetrar por su nariz o su boca... Sientalo bajar por su garganta... y sientan su pecho y su vientre moverse mientras respiran... Ahora dense cuenta de cualquier pensamiento o imágenes que entren en su mente... Sólo dense cuenta de ellos... ¿Qué son y cómo son?... continuen descubriendo más detalles, ¿cómo se sienten?... En un rato más les pediré que abran los ojos y regresen al grupo y expresen su experiencia. Quiero que lo digan lo relaten en primera persona del presente, como si estuviera sucediendo ahora. Por ejemplo: "Yo estoy sintiendo...". Abran sus ojos.

f) Comentarios:

La única manera de sobreponerme a lo desagradable es experimentarlo plenamente, comprenderlo y luego actuar

sobre la base de tal comprensión. Mientras eviten lo desagradable continuará afectando sus vidas y tendrá poder sobre ustedes y por el contrario si ustedes lo aceptan pueden crecer y desarrollarse a partir de esa experiencia.

¿Qué tanta dificultad tuvieron para realizar el ejercicio?

¿Cómo se sienten? ¿En que creen que les ayudo el ejercicio?

Se alienta a participar, el terapeuta puede cuestionar a las participantes, ya que hay muchas personas que no se animan a tomar la iniciativa en las participaciones grupales.

g) Despedida. Fin de la Sesión.

CUARTA SESION:

a) Nombre del ejercicio: No puedo, No quiero...

Necesito, quiero...

Tengo miedo de..., Me gustaría.

b) Objetivos: Las pacientes se darán cuenta de que el no puedo, necesito y tengo miedo de..., implican muchas veces algo que es posible, pero que rehúsan a hacer, y el no quiero, quiero, me gustaría..., afirma la responsabilidad de las decisiones y acciones.

c) Recursos Materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.

Hojas y lápices.

Pizarrón y gises.

d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Gestalt.

e) Desarrollo:

- Pedir a las participantes que en una hoja escriban 10 frases que empiecen con "No puedo...", que se refieran a su vida familiar, de trabajo, vida social; y que las compartan con el grupo.
- Después de cinco minutos se pide a las participantes que releen las mismas frases, reemplazando el "No puedo... por No quiero...".

- A todos los miembros del grupo se les pide que piensen qué experiencias nuevas experimentaron con este cambio. Recapacitar sobre cómo se sintieron al decir cada frase, ¿si es algo realmente imposible o algo posible? pero que se niegan a hacer, -quiero que se den cuenta de su capacidad y poder de negación.-
- Compartir las experiencias e ir anotando en el pizarrón las diversas aportaciones.
- Así sucesivamente con todas las frases del ejercicio.
- Necesito -quiero: ¿Se trata de algo realmente necesario o es algo que ustedes quieren, pero pueden sobrevivir fácilmente sin ello? Quiero que se den cuenta de la diferencia entre algo realmente necesario como el aire, alimentos, y otras cosas que quieren y sean muy agradables y bonitas, pero no absolutamente necesarias.
- Tengo miedo de..., me gustaria: ¿Qué es lo que les causa miedo, que riesgo deben tomar y cuál es la ganancia secundaria? ¿Vale la pena el riesgo?. Quiero que se den cuenta que muchos de sus miedos ocultan satisfacciones de importantes deseos. ¿Se dieron cuenta de algunos de los deseos y ganancias posibles que sus miedos les impiden lograr? ¿De que otra cosa se dieron cuenta?.

Comentarios del Terapeuta:

Siempre que uno dice no puedo, necesito, tengo miedo de... se hipnotiza creyéndose menos capaz de lo que

realmente es. El no puedo nos acobarda, el tengo miedo de..., nos debilita; y el necesito nos hace desvalidos e incompletos. ¿Así somos realmente?

Un aspecto del crecimiento es descubrir que muchas cosas son posibles y que hay muchas alternativas para enfrentarse con el mundo y satisfacer necesidades. El verdadero problema es que la mayoría de la gente cree que no es capaz y cree que no hay alternativas, y que estamos en contacto con nuestras creencias y desconectadas de la realidad. En lugar de interactuar con la realidad y correr ciertos riesgos, nos hipnotizamos con nuestras fantasías de lo que no es posible, y con las catastrofes que pasarían si intentáramos otra cosa.

f) Comentarios:

Reflexionar sobre lo que las participantes pueden hacer para cambiar ciertas actitudes.

¿Qué dificultades tuvieron para realizar este ejercicio y cuál fue la causa principal de ésta?

g) Despedida: Fin de la Sesión.

QUINTA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Doble personalidad.
- b) Objetivos:
- Las pacientes se darán cuenta de la naturaleza cambiante de la autoestima.
 - Identificarán los propios estados de alta y baja autoestima y las circunstancias o causas que provocan una y otra.
- c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.
Hojas y lápices.
- d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Cognocitivo-Conductual.
- e) Instrucciones específicas:
- Explicar a las participantes lo fluctuante de la autoestima, algunas veces dramáticamente dentro de cada persona y a menudo durante el curso del mismo día. Mencionar que este ejercicio es para identificar estas experiencias y obtener control sobre ellas.
- f) Desarrollo:
- Se indica a las pacientes que dividan una hoja en dos con una línea vertical, y escriban en el lado

izquierdo: ¿Como me siento, pienso y actuo cuando estoy bien conmigo misma?. Y en el lado derecho: ¿Cómo me siento, pienso y actúo cuando estoy mal conmigo misma?.

- Se les debe pedir a las pacientes que observen estos dos estados de ánimo como parte de ellas mismas.
- Se pide al grupo que formen un círculo con las sillas para que verbalicen lo que escribieron tratando de identificar el tipo de situaciones, experiencias, personas o eventos que afectan para elevar o disminuir la autoestima. (Es preferible que también estas circunstancias las escriban al lado del sentimiento que le corresponde).
- Tener mucho cuidado cuando las integrantes proyecten la culpa de sus estados de ánimo a otras personas. (Hacer que acepten su responsabilidad)

g) Explicar el círculo:

PENSAR

ACTUAR

SENTIR

Basándose en la TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL:

"Cognitivo" = Se refiere a nuestros pensamientos.

"Conductual" = Se refiere a nuestras acciones.

El terapeuta explicará:

"IDENTIFICANDO CUALES PENSAMIENTOS Y ACCIONES INFLUENCIAN NUESTROS SENTIMIENTOS PODEMOS APRENDER A

OBTENER UN MAYOR CONTROL SOBRE NUESTROS SENTIMIENTOS".

Y dará pautas para ello:

- Hay que buscar el equilibrio.
- Enfocarnos en lo que ocurre en nuestra vida diaria ahora mismo.
- ¿De que forma nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo? (Hacer consciencia)
- Los pensamientos son ideas que nos decimos a nosotras mismas. Nosotras estamos todo el tiempo hablándonos mentalmente, pero no todo el tiempo nos damos cuenta de ello.

Pensamientos constructivos vs destructivos. Yo puedo vs No puedo (sería útil hacer un listado).

Pensamientos necesarios vs innecesarios = Cosas que hacer vs pesimismo. (Hacer un listado).

Pensamientos negativos vs positivos = Optimismo vs Pesimismo. (Hacer un listado)

- ¿De que forma nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo?

Actividades agradables vs Actividades desagradables. (Hacer un listado).

Metas claras y a corto plazo vs metas no claras y a largo plazo. (Hacer un listado), ¿cuáles son sus metas, cuáles son los obstáculos que les impiden lograrlas?

Metas a corto plazo: Cosas que a ustedes les gustaría hacer pronto (Pró-

ximos seis meses).

Metas a largo plazo Cösas que a ustedes les
gustaría hacer en alguna
ocasión.

Metas realistas: (Tratar de centrarse en su realidad
más objetiva)

h) Comentarios:

- Comentar la experiencia en grupo.
- Todas las participantes aportarán sus conclusiones e ideas.
- ¿Cómo se sintieron al realizar el ejercicio? ¿En qué creen que les ayudo?
- Que reflexionen sobre lo que ellas pueden hacer para cambiar ciertas actitudes, pensamientos, acciones.

i) Despedida. Fin de la Sesión.

SEXTA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Pensamiento contra sentimiento.
- b) Objetivos: Las pacientes descubrirán cómo son sus pensamientos y la influencia que tienen sobre sus sentimientos.
- c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.
- d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Cognocitivo-Conductual.
- e) Instrucciones específicas:
- Conocer la Teoría Cognocitivo-Conductual (en forma breve).
 - Explicar en forma clara y sencilla la interrelación de el sentimiento, el pensamiento y la acción.
- f) Desarrollo:
- El terapeuta pide a las pacientes que evoquen la más grande alegría que hayan tenido. Dar unos minutos para que piensen en ello.
 - Después de ésto, se pasa a una exploración exhaustiva de los sentimientos que se presentan en las pacientes.
 - Cada paciente verbalizará sus sentimientos.

- Una vez que todas han participado, el terapeuta pide a las pacientes que recuerden el más grande dolor que hayan tenido.
- Se pedirá a las pacientes que expresen su sentimiento.
- Se comenta la experiencia en grupo enfatizando la forma en que nuestros pensamientos influyen sobre nuestros sentimientos. Y luego se debe alentar a las pacientes a cambiar sus pensamientos negativos por otros más positivos.

g) Comentarios:

¿Cómo se sintieron después de realizar el ejercicio?
Reconozcan lo que sienten y díganlo, están en confianza. ¿Hay algo que alguien quiera aportar?

h) Despedida. Fin de la sesión.

SEPTIMA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Cambiando fallas y limitaciones.
- b) Objetivos: Promover la autoaceptación reconociendo que todos tenemos fallas y limitaciones.
Promover la apertura del grupo, el sentido de comunidad y el sentimiento grupal.
- c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.
Hojas y lápices.
- d) Técnicas utilizadas: Técnicas psicodramáticas.
- e) Desarrollo:
- Pedir a las participantes que escriban con letra de molde, en forma de lista y anónimamente, tres de sus fallas o limitaciones, incapacidades o defectos más graves.
 - Recoger las hojas, revolverlas y nuevamente volver a distribuir las.
 - Cada paciente leerá las fallas escritas en las hojas como si fueran las suyas, las actuará explicándolas y exagerándolas, señalando los problemas que causan tener esas fallas y diciendo lo que creen que pueden hacer para corregirlas.

- Hacer ver a las pacientes que sus fallas no son tan terribles y que son compartidas por otras en el grupo.

f) Comentarios:

¿Cómo se sintieron al representar esas fallas?

¿Se identificaron con ellas?

¿Cómo se siente al exagerar las limitaciones?

¿A que conclusiones pueden llegar con este ejercicio?.

g) Despedida. Fin de la Sesión.

OCTAVA SESION:

"a) Nombre del ejercicio: Lista de autoconcepto.

b) Objetivos: Las pacientes mejorarán su autoconcepto.

c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.
Hojas y lápices.

d) Técnicas utilizadas: Técnicas encaminadas a lograr una mejor introspección.

e) Instrucciones específicas:

- Se recomienda que al terminar el ejercicio se lea la declaración de autoestima de Virginia Satir.

f) Desarrollo:

- En el pizarrón el terapeuta escribirá lo siguiente:

Soy una persona...

Positivo	Negativo
Inteligente	Tonta
Optimista	Pesimista
Flexible	Rígida
Relajada	Tensa
Carifiosa	Fria
Agradable	Desagradable
Alegre	Aburrida
Segura	Insegura
Importante	Insignificante
Activa	Pasiva
Independiente	Dependiente
Extrovertida	Introversida

- Repartirán las hojas a las pacientes. Cada una la dividirá en dos y escribirá del lado izquierdo los autoconceptos positivos y del lado derecho los autoconceptos negativos que crea tener cada quien.

- Comentar ante el grupo los siguientes puntos:
 - 1.- ¿Me fue difícil realizar el ejercicio?
 - 2.- ¿Que puedo hacer para cambiar los autoconceptos negativos por otros más positivos?
 - 3.- ¿Cómo me siento al hablar de mi misma frente al grupo?

- Ahora el Terapeuta leerá lo siguiente:

DECLARACION DE AUTOESTIMA: "YO SOY YO"

EN TODO EL MUNDO NO EXISTE NADIE IGUAL, EXACTAMENTE IGUAL A MI. HAY PERSONAS QUE TIENEN ASPECTOS MIOS, PERO DE NINGUNA MANERA FORMA EL MISMO CONJUNTO MIO, POR CONSIGUIENTE, TODO LO QUE SALE DE MI ES AUTENTICAMENTE MIO, PORQUE YO SOLO LO ELEGÍ.

TODO LO MIO ME PERTENECE, MI CUERPO Y TODO LO QUE HACE: MI MENTE CON TODOS SUS PENSAMIENTOS E IDEAS; MIS OJOS, INCLUYENDO TODO LO QUE VEN; MIS SENTIMIENTOS, CUALESQUIERAN QUE SEAN: IRA, ALEGRIA, FRUSTRACION, AMOR, DECEPCION, EMOCION; MI BOCA Y TODAS LAS PALABRAS QUE DE ELLAS SALEN, CORRECTAS E INCORRECTAS; MI VOZ FUERTE O SUAVE, Y TODAS MIS ACCIONES SEAN PARA OTROS O PARA MI.

SOY DUENO DE MIS FANTASIAS, MIS SUENOS, MIS
ESPERANZAS, MIS TEMORES.

SON MIS TRIUNFOS Y MIS EXITOS TODOS MIS FRACASOS
Y ERRORES PUESTO QUE TODO LO MIO ME PERTENECE, PUEDO
LLEGAR A CONOCERME INTIMAMENTE. AL HACERLO, PUEDO
LLEGAR A QUERERME Y SENTIR AMISTAD HACIA TODAS MIS
PARTES.

PUEDO OIR, VER, SENTIR, DECIR, PENSAR, HACER.
TENGO LOS MEDIOS PARA SOBREVIVIR, PARA ACERCARME A
LOS DEMAS, PARA SER PRODUCTIVO, Y PARA LOGRAR DARLE
SENTIDO Y ORDEN AL MUNDO DE PERSONAS Y COSAS QUE ME
RODEAN.

ME PERTENESCO, YO SOY YO Y ESTOY BIEN." (3)

f) Comentarios:

¿En qué creen que les ayudo el ejercicio?

Motivar a las participantes a que se retroalimenten
entre ellas.

¿Cómo se sienten al leer la declaración de autoestima?

g) Despedida. Fin de la Sesión.

NOVENA SESION:

"a) Nombre del Ejercicio: Comunicación

b) Objetivos: Reconocer algunos aspectos básicos de la comunicación.

c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.

d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Gestalt.

e) Instrucciones específicas:

- Tomen consciencia de lo que ocurre cuando experimentan una clase particular de interacción verbal.
- Reúnanse con otra persona y siéntense frente a ella, o formen grupo de cuatro personas.

f) Desarrollo:

- El terapeuta comentará:
Es importante en la comunicación interpersonal el amor y la confianza, si se dan con honradez.
"comunicación = Enviar mensajes claros".
- Ejercicio: Comiencen a hablar sin ningún tipo de restricción por espacio de tres minutos, a fin de descubrir algo respecto a su manera habitual de comunicarse. Hablense de lo que quieran y de la manera que quieran. Déense cuenta de lo que hablan

cada una de ustedes, ¿Cómo hablan y cómo se sienten mientras lo hacen?

Pueden hablar de: ¿Cómo les ha parecido el programa?

De sus problemas personales, de lo que hacen diariamente, de su trabajo, etc.

FRASES IMPERSONALES:

- Ahora hablése unos minutos observando las siguientes restricciones: Cada frase deberá ser una afirmación que se refiera a algo impersonal como: "hace frío", "el piso está duro". No se permiten preguntas.

Discutan ahora brevemente la experiencia de hacer únicamente declaraciones impersonales. ¿Cómo se sintieron haciendo este tipo de declaraciones? ¿Cómo se sintieron al escuchar las declaraciones de su compañera?

FRASES PERSONALES EN SEGUNDA PERSONA:

- Ahora dediquen unos minutos a hablarse utilizando tan sólo declaraciones que se refieran a la persona que tengo al frente comenzando con "Tú" o "usted": Tú eres de la misma estatura que yo", "Tú fuiste la persona que yo escogí para hacer esta experiencia". No se permiten preguntas.

Ahora discutan brevemente su experiencia. Compárela con el ejercicio anterior.

FRASES SOBRE NOSOTROS:

- (Estas unen a la gente).

Ahora h blense s lo con declaraciones que comiencen con "nosotros": "Nosotros estamos sentados frente a frente", "Nosotros tenemos el pelo del mismo color". No se permiten preguntas.

Comenten brevemente su experiencia y comp renla con lo que experimentaron en los dos ejercicios anteriores.

FRASES PERSONALES EN PRIMERA PERSONA:

- H blense ahora utilizando s lo afirmaciones que comiencen con "Yo" o "Mi": "Yo me estoy impacientando con este ejercicio", "Mi problema es que no se que decir". No se permiten preguntas.

Ahora nuevamente comenten brevemente su experiencia y comp renla con las anteriores.

FRASES CON PREGUNTAS:

- Ahora quiero que se hagan solamente preguntas. Preg ntense las preguntas que deseen, pero no se respondan a tales preguntas. Cada frase debe ser una pregunta. Adelante...

Discutan ahora la experiencia de hacer  sto. No se detengan a considerar que la mayor a de ustedes probablemente hubiera querido responder las preguntas que se hicieron. Discutan otros aspectos de las sensaciones de preguntar y ser interrogadas.

- Estas frases siempre hablan de emisor y nunca de receptor.
- El terapeuta deberá supervisar las conversaciones de los integrantes y ayudarlas cuando se detengan o tengan alguna duda. Puede motivarlas dándoles ejemplos del tipo de frases que podrían usar.

g) Comentarios:

- ¿Qué relación tienen estos ejemplos con su comunicación familiar?
- ¿Identifican algunos de ellos en ustedes mismas?
- ¿Qué diferencia hay entre todas estas clases de comunicación?
- ¿Qué diferencia hay con su comunicación en particular?
- Motivar la participación grupal. "(4)

h) Despedida. Fin de la sesión.

DECIMA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Mi sexualidad.
- b) Objetivos: Que las pacientes comprendan la importancia de la sexualidad en la vida como pareja.
- c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.
- d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Gestalt.
- e) Instrucciones específicas:
- El Terapeuta debe dar información acerca de la vida sexual en las parejas con datos sobre las conductas adecuadas e inadecuadas, para que de esta forma las participantes puedan evaluar su propia sexualidad y el ejercicio tenga mejor aprovechamiento.
- f) Desarrollo:
- El terapeuta pedirá a las pacientes que recapaciten acerca de las siguientes preguntas:
- 1.- ¿Cómo es mi relación sexual?
 - 2.- ¿Cómo es mi comunicación en el sexo?
 - 3.- ¿Por qué es así?
 - 4.- ¿Que puedo hacer para mejorarla?
 - 5.- ¿Quien lleva la iniciativa?

- Se pide a una participante voluntaria a que conteste estas preguntas ante el grupo.
- Todas las integrantes participarán aportando ideas, (lluvia de ideas, retroalimentación).
- No hay límite para el número de participantes.

g) Comentarios:

¿Cómo se sintieron al hablar del tema?

¿Qué tanta dificultad tuvieron para realizar el ejercicio?

¿A que se debe dicha dificultad?

h) Despedida. Fin de la Sesión.

DECIMOPRIMERA SESION:

(Esta sesión consta de dos ejercicios complementarios).

"a) Nombre del ejercicio: ¿Cómo manejo mi agresividad?

b) Objetivos: Las pacientes conocerán formas de expresar su agresividad de una manera más positiva.

c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas. Pizarrón y gises.

d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Gestalt.
Técnicas de psicodrama.

e) Instrucciones específicas:

- El terapeuta puede iniciar el ejercicio definiendo lo que es agresividad y pidiendo definiciones al grupo.

f) Desarrollo:

- El terapeuta escribirá en el pizarrón lo siguiente:
 - + Cuando me enojo...
 - + ¿Cómo me doy cuenta de ello?...
 - + ¿Cómo puedo expresar mi agresividad en forma más positiva?...
- Cada miembro del grupo participará comentando los puntos escritos en el pizarrón ante el grupo.

- El terapeuta puede sugerir formas de expresar la agresividad en forma más positiva.
- Pedir al grupo que seleccione de las aportaciones de todas (escritas en el pizarrón) tres sugerencias para el manejo adecuado de la agresividad, que consideren que sean las mejores.

g) Comentarios:

Comentar en grupo la experiencia.

¿Cómo se sintieron después de realizarlo?

¿Creen que pueden obtener un cambio favorable con las aportaciones seleccionadas?" (5)

a) Nombre del ejercicio: ¿Asertivo o Agresivo?

b) Objetivos: Las pacientes harán consciencia del manejo de la propia agresividad.

c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.

Cartulinas y plumones.

Hojas y lápices.

d) Técnicas utilizadas: Técnica de Asertividad.

Técnica de Terapia Cognitivo -

Conductual.

e) Instrucciones específicas:

- El terapeuta explicará al grupo los términos: Asertivo, Pasivo y agresivo.

f) Desarrollo:

- Presentar al grupo una cartulina que contenga el manejo negativo y positivo de la agresividad. (Esta se encuentra en la siguiente hoja).
- Dar 10 minutos para que las participantes piensen y analicen lo siguiente:

¿Cuál es en general el manejo que hago de mi agresividad?

¿Asertivo?

¿Pasivo?

¿Agresivo?

- Cada miembro verbalizará acerca del manejo de su propia agresividad ante el grupo.
- En las hojas, las participantes escribirán diversas conductas que después se leerán en voz alta y el grupo las calificará de: Asertivas, pasivas o agresivas.

g) Comentarios:

Compartir experiencias entre el grupo.

¿Cómo se sintieron al ser evaluadas por sus compañeras?

¿Se habían dado cuenta de que tan pasivas, asertivas o

agresivas son?

¿Cómo se sienten al conocer sus verdaderas actitudes?

h) Despedida. Fin de la Sesión.

AGRESIVIDAD

MANEJO NEGATIVO		MANEJO POSITIVO	
Autodevaluación	H	Autovaloración	
Tristeza	a	Autoaceptación	
Depresión	c	Autoperdón	
Culpa	i	Uso de la razón	
Remordimientos	a	Ser consciente de sí mismo.	
Apatía	d	Me hago responsable de mis sentimientos	
enfermedades	e	Me hago responsable de mi realidad.	
Explicaciones y disculpas	n		
Resentimientos	t	Me hago responsable de mi conducta.	
Autodestrucción	r		
Suicidio	o		
Destruir objetos		H	Fido lo que necesito
Gritar		a	Digo lo que no me gusta
Insultar		c	
Pegar		i	Digo lo que siento
Levantar falsos		a	Deportes
Sobre proteger			Gimnasia
Asesinar		a	Otras actividades
		f	
		u	
		e	
Baja autoestima		r	Alta autoestima
No asertividad		a	Asertividad

DECIMOSEGUNDA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Expresión de sentimientos en silla vacía.
- b) Objetivos: Las pacientes desarrollarán su capacidad para expresar sentimientos.
- c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas. Cuestionario impreso.
- d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Psicodrama.
- e) Instrucciones específicas:
- El terapeuta debe conocer la Técnica de silla vacía.
 - Colocar dos sillas en el centro del grupo.
- f) Desarrollo:
- Entregar el cuestionario impreso a cada una de las integrantes. (Este se encuentra en la página siguiente).
 - Se dan unos minutos para que las pacientes reflexionen sobre ello.
 - El terapeuta pide que en forma libre pasen a sentarse en una de las sillas colocadas en el centro y que imaginan que en la silla de enfrente se encuentra su esposo o compañero. Se estimula a la paciente para que exprese sus sentimientos hablando en segun-

da persona, ejemplo: "Tú me haces sentir..."

- La participación es voluntaria, si una paciente no desea realizar el ejercicio se respeta su decisión.
- Cuando la paciente quede en silencio, hay que estimularla: "Le has dicho realmente todo lo que sienten? ¿Porqué no se lo dices?".
- Se pasa a comentar en grupo la experiencia. Retroalimentación. ¿Son capaces de decirse uno al otro lo que sienten?.

g) Comentarios:

¿Cómo se sintieron al expresar sus sentimientos?.

h) Despedida. Fin de la Sesión.

CUESTIONARIO IMPRESO:

- Piensa en alguien a quien tú no puedas expresarle lo que sientas por el/ella.
- ¿Quién es?
- Describe la forma de ser de esa persona para contigo.
- ¿Cuál es el sentimiento que no te atreves a expresarle?
- ¿Qué te impide expresarlo?
- ¿Cómo te das cuenta de tu sentimiento?
- ¿Qué mejorará cuando logres expresarlo?
- ¿Cómo se lo vas a expresar?

- ¿Cómo te sientes al saber que puedes expresarlo?

(Es indispensable en este caso que a la persona que quieran expresarle sus sentimientos sea al esposo o compañero).

DECIMOTERCERA SESION:

"a) Nombre del ejercicio: Viaje imaginario... El hombre sabio.

b) Objetivos: Que las pacientes manejen su YO y SYO.

c) Recursos materiales: Salón amplio semi-iluminado con sillas.

d) Técnicas utilizadas: Técnicas de terapia Gestalt.

e) Desarrollo:

Quiero que se imaginen que están caminando por un sendero en la montaña, de noche. Hay luna llena y eso les permite ver el sendero con toda claridad y gran parte de los alrededores... ¿Cómo es el sendero?... ¿Qué otra cosa pueden ver a su alrededor?... ¿Cómo sienten mientras ascienden por este sendero?... Apenas delante suyo hay un pequeño sendero lateral que conduce a lo alto, hacia una cueva donde vive un hombre sabio, capaz de responder cualquier pregunta que quieran hacerle. Tomen ese sendero lateral y caminen hacia la cueva del hombre sabio... Noten como cambia a su alrededor mientras avanzan por el sendero y se acercan a la cueva.

Cuando lleguen a la cueva, ustedes verán una pequeña hoguera frente a la cueva, y estarán en condiciones de ver vagamente al silencioso hombre sabio junto a la luz

oscilante de las llamas... Acérquense a la hoguera, pongan más leña sobre el fuego, y siéntense sossegadamente... A medida que el fuego brille más intensamente ustedes estarán en condiciones de ver al hombre sabio más claramente. Tómense cierto tiempo en darse cabalmente cuenta de él. de sus ropas, su cuerpo, su carne, sus ojos...

Ahora pregúntenle al hombre sabio alguna cosa que sea importante para ustedes. Mientras formulan esta pregunta, continúen mirando al hombre sabio y vean cómo reacciona a lo que ustedes le dicen. El puede contestarle sólo con palabras, o también con un gesto o una expresión facial, o puede mostrarle algo... ¿Qué tipo de respuesta les dió?

Conviértanse ahora en el hombre sabio... ¿Cómo es su existencia siendo el hombre sabio?... ¿Cómo se siente y cómo es su vida?... ¿Cuál es su actitud hacia el visitante que le hace preguntas?... ¿Qué sienten hacia el visitante?... ¿Qué le dicen al visitante, ya sea mediante palabras, gestos o acciones?...

Conviértanse nuevamente en ustedes mismas y prosigan el diálogo con el hombre sabio. ¿Entienden lo que él les está diciendo?... ¿Tienen alguna otra pregunta que hacerle?... ¿Qué sienten hacia el hombre sabio?...

Ahora conviértanse nuevamente en el hombre sabio y continúen la conversación... ¿Hay alguna otra cosa que quieran decirle al visitante?...

Nuevamente sean ustedes mismas. Pronto tendrán que despedirse del hombre sabio... Digan lo que desean antes de irse... Justo cuando están por despedirse, el hombre sabio se vuelve hacia una vieja vasija de cuero que está tras de él y busca dentro algo muy especial para darle... Saca algo de la vasija y se lo entrega para que lo lleven con ustedes!.. Miren el regalo que les ha dado... ¿Qué sienten hacia el hombre sabio ahora?... Díganle a él qué sienten... y lentamente despidanse de él.

Ahora vuélvanse y comiencen a descender la montaña, llevando el regalo... Mientras caminan por el sendero, miren cuidadosamente el camino a fin de recordarlo y poder visitar al hombre sabio nuevamente cuando quieran... Tomen consciencia de los alrededores y de cómo se sienten...

Mantengan ahora los ojos cerrados y traigan su regalo cuando regresen a este cuarto... Tomen cierto tiempo para examinar más detenidamente el regalo... Tóquenlo... Huélanlo... dénle vuelta... y mírenlo cuidadosamente...

Conviertáanse ahora en el regalo. Identifíquense con él y describanse: ¿Cómo es usted siendo este regalo? ¿Cómo se sienten siendo esa cosa?... ¿Cuáles son sus cualidades?... ¿Qué es lo que hace o cómo puede ser utilizado o apreciado?...

Vuelvan a ser ustedes mismas nuevamente, miren el regalo y vean si pueden descubrir algo más respecto a él... ¿Notan ustedes algún cambio o detalle que antes no

vió?... Ahora guarden cuidadosamente este regalo en su memoria... y despidanse de él por ahora... Abran los ojos y platiquen entre ustedes.

f) Comentarios:

- ¿Cómo se sintieron al efectuar este ejercicio? ¿De qué se dieron cuenta?

Si no llegan a descubrir por sí solas el significado del hombre sabio y del regalo el terapeuta hará que tomen consciencia de que el hombre sabio es su consciencia (SYO) y el regalo son ellas mismas. Al terminar de aclarar ésto y comentar la experiencia, se harán las siguientes preguntas:

¿Se dieron cuenta del valor que se dan ustedes mismas?

¿Porqué escogieron ese regalo? ¿En que les hace pensar esto?

¿Se dieron cuenta de cómo se rigen y se manejan dependiendo el papel que tomen?

g) Despedida. Fin de la sesión" (6)

vió?... Ahora guarden cuidadosamente este regalo en su memoria... y despidanse de él por ahora... Abran los ojos y platiquen entre ustedes.

f) Comentarios:

- ¿Cómo se sintieron al efectuar este ejercicio? ¿De qué se dieron cuenta?

Si no llegan a descubrir por sí solas el significado del hombre sabio y del regalo el terapeuta hará que tomen consciencia de que el hombre sabio es su consciencia (SYO) y el regalo son ellas mismas. Al terminar de aclarar ésto y comentar la experiencia, se harán las siguientes preguntas:

¿Se dieron cuenta del valor que se dan ustedes mismas?

¿Porqué escogieron ese regalo? ¿En que les hace pensar esto?

¿Se dieron cuenta de cómo se rigen y se manejan dependiendo el papel que tomen?

g) Despedida. Fin de la sesión" (6)

DECIMOCUARTA SESION:

"a) Nombre del ejercicio: MI FAMILIA.

b) Objetivos:

Las pacientes analizarán el rol que juegan dentro de su familia. Lograrán darse cuenta cómo son sus relaciones con los demás miembros de la familia.

Se percatarán de cualidades que nunca habían observado en los miembros de su familia.

c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas. Papel y Crayolas.
Pizarrón y gises.

d) Técnicas utilizadas:

Técnicas directivas en donde se busca la concientización.

Técnicas de psicoterapia expresiva.

e) Instrucciones específicas:

El terapeuta debe explicar en forma clara los roles familiares: Asertivo, pasivo, agresivo, afectuoso e indiferente.

f) Desarrollo:

- 1) Se pide a cada una de las pacientes que dibujen a su familia central (padres, hermanos, etc...) y que se dibujen ellas mismas dentro de ella.

2) Enseguida se escribe en el pizarrón cómo se va a catalogar y a analizar la relación que existe entre los miembros. Se les indica que en su dibujo coloquen el signo o la línea que corresponda a su relación.

- Personas positivas en la familia: (+)
- Personas que me desagradan: (-)
- ¿Con quién me comunico mejor y le tengo más confianza?
- ¿Con quién me siento distanciado?
- ¿Qué papel juego dentro de mi familia? Asertivo, pasivo, agresivo o indiferente.

g) Cada miembro del grupo presenta su dibujo ante todos explicando sus relaciones familiares. (1 minuto cada quien).

h) Reflexionar sobre lo que "puedo hacer yo para mejorar la forma de relacionarme con los miembros de mi familia".

i) Comentarios:

¿Cómo se sintieron al exponer sus sentimientos familiares ante el grupo?

¿Se dieron cuenta de algún sentimiento que no habían experimentado antes?

¿Qué pueden hacer para mejorar sus relaciones familiares?

j) Despedida. Fin de la Sesión." (7)

DECIMOQUINTA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Viajes imaginarios.

- b) Objetivos: Darse cuenta de sus actitudes positivas y negativas y desechando las negativas y aumentar las positivas.

- c) Recursos materiales: Salón amplio semi-iluminado con sillas. Hojas y lápices.

- d) Técnicas utilizadas: Técnicas de terapia Gestalt.

- e) Instrucciones específicas: Echar a volar la imaginación, no poner barreras.

- f) Desarrollo:

"RESENTIMIENTO-APRECIO:

Piensen en alguien de quien realmente estén resentidos, alguien que los moleste y los irrite, o alguien con quien tengan alguna dificultad. Imaginen que esa persona está frente a ustedes, mirándolas. Visualizen detalladamente a esa persona. ¿Qué lleva puesto?... ¿Qué aspecto tiene su cara? ¿Cómo las mira a ustedes?... Ahora expresen directamente su resentimiento a esa persona: "Bob estoy resentida por..." sean muy específicas y digan exactamente de

qué están resentidas. Intenten obtener la sensación de comunicarse realmente con esa persona... tómense algún tiempo y expresen una larga lista de cosas por las que están resentidas con esta persona... (es preferible que esta lista la hagan por escrito).

Repasen ahora la misma lista de resentimientos, tachen la palabra resentir y sustitúyanla por apreciar repitan la lista efectuando dicho cambio. Hagan una pausa una vez que lo hayan hecho, como si se estuvieran probando una camisa. Noten cómo se sienten mientras dicen cada frase y vean si logran algún tipo de entendimiento. Por ejemplo si mi resentimiento es: "Estoy resentida por tu debilidad porque tengo que hacer las cosas por tí", cuando vuelvan a la frase, pueden decir, "Yo aprecio tu debilidad, me hace sentir fuerte y capaz". Empleen algunos minutos en hacer ésto y vean si pueden describir alguna apreciación en lo que les produce resentimiento. Adelante...

DEBILIDAD-FORTALEZA:

Cierren los ojos y dirijan la atención hacia adentro... Tomen contacto con su existencia física... Quiero que mantengan una conversación en silencio entre debilidad y fortaleza. Me gustaría que comiencen siendo la debilidad que le habla directamente a la fortaleza. Podrían comenzar con algo así: "soy tan débil y tú tan fuerte, puedes

hacer tantas cosas". Sean la debilidad háblenle a la fortaleza durante un ratito y tomen consciencia de cómo se sienten físicamente mientras hacen ésto. Proporcionen detalles específicos respecto de cómo es débil usted y de cómo es fuerte el otro...

Ahora cambien de roles y conviértanse en la fortaleza que responde a la debilidad... ¿Qué es lo que dicen como fortaleza y cómo lo dicen... ¿Cómo se sienten en este rol?... Y ¿Cómo se sienten respecto de la debilidad... Ahora diganle a la debilidad qué hace por ustedes ser fuerte... Y qué ganan siendo fuertes?...

Cambien de roles ahora y sean la debilidad nuevamente... ¿qué le responden a la fortaleza y cómo se sienten haciendo ésto?... Digánle ahora a la fortaleza qué hace por ustedes ser débil... ¿Qué ganan siendo débiles?... Cuéntenle de la fortaleza en su debilidad. Cuénteles todas las ventajas de ser débil, cómo pueden usar su debilidad para manejar a los otros y conseguir su ayuda, etc... Den detalles específicos acerca de la fortaleza de su debilidad...

Ahora conviértanse en la fortaleza otra vez y respondan a la debilidad... ¿Qué dicen como fortaleza y cómo se sienten ahora?... Hablen ahora acerca de la debilidad en su fortaleza. Cuéntenle respecto de las desventajas de ser fuerte, cómo otros se respaldan en ustedes y consumen sus ener-

gías, etc. Dé detalles específicos, de la debilidad de su fortaleza...

Vuelvan a ser la debilidad y respondan la fortaleza... ¿Cómo se sienten ahora y qué dicen... Continúen este diálogo durante un rato por su cuenta. Cambien de roles siempre que lo deseen pero mantega este diálogo entre debilidad y fortaleza. Veán que pueden descubrir...

g) Comentarios: El terapeuta explicará...

- Este tipo de diálogo interno puede ser inmensamente útil para señalar y clarificar la relación que existe dentro del individuo. Todas nuestras relaciones con la gente están enrarecidas por nuestras imágenes respectivas. Si ustedes pueden identificarse con la oposición entre sus propias imágenes, clarificarlas y reducirlas, entonces pueden empezar a ver gente real detrás de las imágenes de ellos."

(8)

¿Cómo se sintieron con estos diálogos?

¿Con cuál se identifican más? ¿Por qué?

¿Qué nuevas sensaciones experimentaron?

¿En que creen que les ayudó el ejercicio?

h) Despedida. Fin de la Sesión.

DECIMOSEXTA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Hacia una comunicación Positiva.
- b) Objetivos: Mejorar la comunicación familiar.
- c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas. Pizarrón y gises.
- d) Técnicas utilizadas: Reglas de comunicación.
- e) Desarrollo:

La comunicación es quizás el aspecto más importante en la conservación de la familia integrada. A través de la comunicación aprendemos lo que sabemos, los problemas en las relaciones se crean principalmente por causa de la comunicación destructiva, y tales problemas se evitan o se resuelven por medio de la comunicación constructiva.

"Empecemos por definir lo que nosotros llamamos comunicación. No falta quien piense que la comunicación se refiere sólo a hablar, discutir o a escribir. En efecto, hablar, discutir y escribir son aspectos importantes de la comunicación, pero, para el propósito del desarrollo de este tema se requiere una definición más amplia. Necesitaremos definir la comunicación como cualquier comportamiento que lleva consigo un mensaje que es percibido por otra persona. El comportamiento podrá ser o no verbal; será siempre una comunicación en tanto que

lleve consigo un mensaje. El mensaje podrá ser o no intencionado, pero desde el momento en que es percibido, ha sido de hecho comunicado. La percepción del mensaje podrá ser consciente o inconsciente, distorsionada o exacta, pero tan pronto como el mensaje alcanza a percibirse a cualquier nivel, tenemos una comunicación.

Dicho de otra manera, es posible que ustedes entren en comunicación con otra persona; sin saber que han comunicado algo. Este es el momento decisivo que hay que tener en cuenta... Supongamos que estén ustedes en casa, en compañía de su esposo y que están ustedes silbando. El silbar podrá o no construir una comunicación; eso depende de si su esposo captó en ello algún significado. Este podrá ser: "Me siento feliz", y si su esposo lo percibe de ese modo, todo estará perfectamente bien. (por otra parte, si el mensaje de "me siento feliz" lo comunica usted después de haberle dado a él un mal rato, las consecuencias podrán ser desastrosas!).

Sin embargo, podrá ser también que su esposo le ha dicho anteriormente que no soporta oírle silbar, que eso "lo saca de sus casillas". En ese caso, aunque usted no se dé cuenta de ello, el significado del silbido, podrá ser "En este instante me importa un clavo lo que te gusta o no te gusta; iyo haré lo que me dé la gana!".

Comunicación efectiva no es lo mismo que comunicación buena y constructiva. El cerrar de golpe el refrigerador podrá comunicar disgusto de una manera muy efectiva, pero éso no es una comunicación constructiva ni

vale para solucionar problema alguno.

Así pues, la comunicación puede ser positiva y constructiva pero también puede ser negativa y destructiva y también -desafortunadamente- puede llevar la intención consciente de ser positiva y con todo, ser percibida como negativa.

A continuación estudiaremos algunas reglas básicas para lograr una comunicación positiva:

I.- Recuerden que las obras dicen más que las palabras; la comunicación no verbal es más poderosa que la verbal.

No podemos dar un mensaje verbal y hacer lo contrario de lo que predicamos. Un padre no puede aconsejar a su hijo adolescente que no beba si él lo hace. Es como si invitara a su hijo a seguir su comportamiento.

En estos casos, hay que examinar primero si el caso implica una comunicación contradictoria. Si es así, entonces, se pone de manifiesto el asunto y se pide a la otra persona tomar una decisión y/o dar mensajes que no sean contradictorios. Si, por el contrario, el hecho no ofrece mensajes contradictorios, se discute el problema a fondo con la otra persona, asegurándose de escuchar con atención y haciendo las preguntas necesarias y tomando en cuenta sus sentimientos y opiniones; luego se toma la decisión particular y se manifiesta a la otra persona las razones que motivan esa decisión, teniendo cuidado de no emplear excusas.

II.- Una segunda regla es: Definir lo que es importante y hacer incapié en ello así como lo que no es importante, pasarlo por alto.

Existen personas que acostumbran criticar constantemente a los demás, quebrantando esta regla, o sea, aquellos que en todo encuentran una falta.

La crítica es parte necesaria e importante del intento de ayudar a otra persona a desarrollarse como ser humano. Sin una crítica compasiva y servicial de parte de los demás íntimos y cercanos, crítica nacida del interés y el amor, el individuo no puede en verdad desarrollarse de una manera sana, porque vive demasiado cercano a sí mismo como para ser capaz de detectar todas o ni siquiera la mayor parte de las fallas y áreas de su personalidad que necesitan rectificación y progreso. Sin embargo una crítica de tal naturaleza debe saber seleccionar y tomar en cuenta de que ningún ser humano es perfecto y de que hay muchos asuntos que tienen tan poca importancia que deberían ser pasados por alto, más que estar insistiendo sin cesar en ellos. Cuando la crítica no hace distinción, entonces se reduce aún encontrar faltas en todos y acarrea las consecuencias más destructivas, tanto en las interacciones humanas como en el desarrollo de la persona, en especial de un niño.

La crítica transmite lo siguiente:

- 1) No te acepto por imperfecto.
- 2) Hace que la persona se aparte o devuelva el ataque.
- 3) No cambia el comportamiento, se le escucha de manera

mecánica.

- 4) Induce al disgusto
- 5) El criticón proyecta sus propias ideas inconscientes.
- 6) El que recibe la crítica se forma un mal concepto de sí mismo.

III.- La tercera regla es: se refiere a tener una comunicación positiva.

Nadie se comporta mal todos los días. La conducta varía y por lo mismo puede ser alabada siempre que sea deseable, si es que se le buscan los aspectos positivos.

Además, siempre es recomendable basarse en las mejores y no en la consecución de un tipo de conducta establecida en el presente.

IV.- Hay que ser claro y específico en la comunicación. Es preciso definir y clasificar los términos y expresiones que empleamos así como pedir al compañero que a su vez haga lo mismo con sus propios términos y expresiones.

Esta regla nos dice que hay que evitar la vaguedad, si queremos evitar errores de comunicación. Es decir, cuando dé una orden a su hijo es importante que sea claro, por ejemplo, no es aconsejable decirle al niño: "¡Quiero que vengas temprano!" pues el concepto de temprano es diferente en cada persona, sino que es preferible que diga: "¡Quiero que vengas a más tardar a X hora, porque...!", o sea, siendo específicos y desde luego, explicando todos

los motivos que obligan a tomar determinados parámetros, así, evitamos que nuestros hijos nos consideren irrazonables o que tiendan a la rebelión.

V.- Sean realistas y razonables en sus afirmaciones. No exageren en sus acusaciones. Perderán tiempo y su hijo o compañero se verá obligado a probar que lo que usted dice no es cierto, por ejemplo en vez de decir: "nunca me sacas a pasear", que obliga a la otra persona a que ataque recordando las veces que sí la saco a pasear o a contestar "Bueno tú tampoco me haces buena comida" en vez del "nunca" es preferible decir simplemente "me gustaría que me sacaras a pasear más a menudo".

VI.- Comprueben verbalmente todas sus suposiciones y obtengan luz verde de su compañero antes de actuar.

La persona que pone en práctica sus decisiones sin consultar a su compañero, suele buscarse serias complicaciones. El compañero no consultado fácilmente se indignará y enojará aún cuando lo más probable era que hubiera accedido de todos modos a la decisión. La falta de consulta, el no haber logrado comprobar la suposición, es cosa ruda y ofensiva, y sólo puede tolerarse en una urgencia". (9)

f) Comentarios:

¿Con qué reglas de comunicación se identifican?

¿Qué pueden hacer para mejorarlas?

¿Qué importancia tiene para ustedes la comunicación?
Retroalimentación entre el grupo y lluvia de ideas. Se
motiva a todas las integrantes a participar.

g) Despedida. Fin de la Sesión.

DECIMOSEPTIMA SESION:

a) Nombre del ejercicio: Hacia una comunicación positiva.

(continuación)

b) Objetivos: Mejorar la comunicación familiar.

c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas. Pizarrón y gises.

d) Técnicas utilizadas: Reglas de comunicación.

e) Desarrollo:

"VII.- Reconozcan que cada suceso puede ser visto desde diferentes puntos de vista. Esto significa que en ocasiones un acontecimiento constituye algo distinto para cada uno de ciertos padres. Por ejemplo, se sienten avergonzados cuando sus hijos están en desacuerdo con ellos y los pueden considerar respondones aunque sus hijos no estén comportándose en forma irrespetuosa, ni en las palabras que emplean ni en el tono de voz. En vez de acoger con gusto un intercambio de opiniones, éstos padres se disgustan con sus hijos por expresar opiniones diferentes, en vez de analizar su comportamiento y discutir positivamente sobre el asunto, en forma tal, que sin importar cuál sea el resultado de la discusión, usted, mostrará, a través de su interés por la opinión de su hijo, que es una persona razonable, que trata de ser

justa; y le ha dado a él una lección muy buena sobre comunicación.

VIII.- Reconozcan que los miembros de su familia conocen su comportamiento, por lo que no contradiga sus palabras con sus acciones. Ni se esfuercen por ocultar sus sentimientos. Por el contrario, expóngales de manera libre y sincera pues sus familiares perciben sus enojos, tristezas y alegrías, por lo que negar ésto es imposible. Algo práctico para ésto sería: Nunca niegue algo de lo cual no puede estar seguro. En esta categoría caerían su tono de voz, expresión del rostro, gestos y, por definición, sus motivaciones inconscientes.

IX.- No permitan que las discusiones se convierten en altercados destructivos.

Una discusión es una interacción comunicativa en la que hay un intercambio de ideas y sentimientos y cuyo objetivo es alcanzar un mayor entendimiento o resolver un problema.

Hay ocasiones en que sentimos un deseo inconsciente de ofender pero negamos ésto y tratamos de convencernos a nosotros mismos que somos inocentes palomas y que es el cónyuge el que nos obliga con su actitud o comportamiento a ser destructivos, sin embargo ésto no es cierto ya que no hay una justificación para pelear. Si alguien nos invita a hacerlo es nuestra responsabilidad evitarlo o caer en el juego. A continuación citaré un ejemplo de

ésto:

Invitación

posible: Su cónyuge interpreta un comentario de usted como que implica algo siniestro u hostil.

Aceptada: Caray! Ahí estas de nuevo imaginando cosas que no son ¿Nunca acabarás por aceptar algo con la intención con la que se dice?

Invitación

declinada: Caramba! me da pena que haya parecido como si yo... Lo que quería decir era que...

Entonces declinando la invitación a pelear se evitan problemas.

X.- Manifiesten sus sentimientos abiertamente y con sinceridad. Traigan a colación todos los problemas de importancia aún cuando tema que al hacerlo incomode a su compañero. No caminen sobre las brazas.

Esto se refiere a no anticipar la reacción negativa del compañero. No utilizar excusas tales como "yo pensé que si te enterabas te enojarías", convirtiéndose en la adivina que predice el comportamiento. Esto nos hace parecer infantiles y manipuladores pues bajo este pretexto decidimos sin consultar a nuestra pareja.

El silencio es también algo que se debe tomar muy en cuenta. Tanto el compañero como la relación resultarán a la larga más lastimados por el silencio que por la manifestación abierta de los sentimientos, aún cuando éstos se expresaran de modo destructivo. Así que no hay pretexto para no expresar sus sentimientos, siempre y cuando lo haga con tacto y en forma sincera, de tal forma que su compañero no resulte lastimado.

XI.- No utilicen técnicas desleales de comunicación, no emprendan una pelea sucia. Esto se refiere a cambiar de tema cuando se esté discutiendo algo, ni formular varias acusaciones a un mismo tiempo, o sea, hablar en exceso sin escuchar a la otra parte.

No jactarse en presencia del compañero o del hijo, haciendo alarde de nuestros buenos comportamientos y exigiendo en base a esto que el conyuge responda de igual manera.

No interrumpa, intimide o amenace consecuencias fatales, como me voy a ir con mi mamá, o voy a divorciarme.

No culpe a su compañero, por algo que no puede remediar o que actualmente está fuera de su alcance o por algo que usted mismo suele cometer.

No humille a su compañero empleando insultos menos aún, hacerlo en público, ni comparar a su pareja con nadie.

No tratar de ser decepcionantes insistiendo sobre el significado de las palabras; suponer que el compañero dijo algo o acusar a la otra persona de una motivación siniestra e inconsciente.

Asimismo, es igualmente nocivo sentirse herido en sus sentimientos más íntimos, porque lo tocaron con el pétalo de una rosa o usar el llanto de manera destructiva menos aún hacer utilizar el sarcasmo y el ridículo en nuestras comunicaciones.

Algo que también es dañino a la buena comunicación es utilizar el silencio como castigo, o sea, andar taciturno, contestar lo indispensable; poner mala cara.

Lo mejor es guiarse por el efecto y no por la intención de la comunicación propia, es decir, pensar detenidamente antes de decidir comunicar algo. No abusar de las excusas ni sermonear o lloriquear, así como saber cuando usar el humor. Tenemos que aceptar que la gente tiene ciertos sentimientos que tal vez nosotros no compartimos, pero que somos capaces de entender. Claro está, que tenemos todo el derecho del mundo a no aceptar ciertas acciones pero los sentimientos son algo diferente.

Podemos discutir con nuestro compañero acerca de las diferencias, prestando mucha atención a sus palabras y escuchando activamente.

Es también muy importante el no utilizar juegos destructivos. Los humanos interactuamos por medio de transacciones que algunas veces son viciadas, es decir, que se repiten con tanta frecuencia en la vida cotidiana

a manera de juegos psicológicos, así nos encontramos con que alguien propicia una pelea en la que luego sale lastimada y éso le da facilidad para autocastigarse. Este tipo de situaciones debe ser evitada.

XII.- Tengan seguridad. No se la pasen buscando pruebas de que su conyuge no las quiere o de que los demás no están conformes con ustedes, una persona psicológicamente sana experimenta seguridad en si misma y no está formulándose pensamientos negativos acerca de su persona. Por el contrario se sabe digna y merecedora de aprobación por que no duda cuando se le ofrece ésta ni busca motivaciones inconscientes en su contra cuando su marido se comunica con ella.

XIII.- Hay que saber posponer necesidades y satisfacciones. La palabra no también implica amor. Posponer una necesidad y su satisfacción se enseña mejor por medio de ejemplos: si nosotros como padres, cedemos a los placeres inmediatos, éste hecho por sí sólo comunica al niño que los placeres inmediatos son algo muy importante de satisfacer, entonces, no podemos esperar razonablemente que sus hijos aprendan a sacrificarse para metas futuras.

Para que los hijos quieran el trabajo, los padres pueden hacer el trabajo con placer trabajando junto con el niño desde su edad más temprana. Además, pueden (más que nada por medio de su propio comportamiento) que lo

que una persona quiere para sí mismo, no es la única cosa importante en la vida.

Es verdad que comunicarse de manera positiva no es algo muy fácil que digamos, pero siguiendo estas reglas de comunicación podemos notar que al menos no estamos contribuyendo a empeorar una situación y en la mayoría de los casos, que apoyamos la armonía en nuestra vida familiar pudiendo sentirnos más satisfechos con nosotros mismos y dar más bienestar a nuestras familias".(10)

f) Comentarios:

¿Con qué reglas de comunicación se identifican?

¿Qué pueden hacer para mejorarlas?

¿Qué importancia tiene para ustedes la comunicación?

Retroalimentación entre el grupo y lluvia de ideas. Se motiva a todas las integrantes a participar.

g) Despedida. Fin de la Sesión.

DECIMOCTAVA SESION:

"a) Nombre del ejercicio: Telegramas.

b) Objetivos: Las pacientes se darán cuenta de como se distorciona la información tanto familiar como conyugal.

c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.

d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Gestalt.

e) Desarrollo:

- Siéntense frente a su compañera y díganle de que se dan cuenta respecto de ustedes mismas y de ella durante aproximadamente un minuto.
- Ahora expresen su consciencia utilizando frases muy breves durante un minuto aproximadamente. Ejemplo: Tenemos el mismo problema, ¡Tengo pena!.
- Ahora comuníquense solamente con palabras sueltas durante un minuto aproximadamente. Ejemplo: Inteligente, difícil, callada...
- No utilicen ahora palabras. Exprésense únicamente a través de sonidos durante el minuto siguiente...
- Nuevamente utilicen sonidos para expresarse a ustedes mismas en el minuto siguiente...

- Recurran nuevamente a las palabras sueltas para comunicar aquello de lo que se dan cuenta...
- Ahora usen frases muy breves durante el minuto siguiente...
- Vuelvan a utilizar ahora frases completas y empleen unos cinco minutos para compartir lo que vivenciaron expresándose de tan distinta manera.

f) Comentarios:

¿Cómo se sintieron al realizar este ejercicio?

¿Qué tanta dificultad hubo para realizarlo?

Reflexionar sobre la información distorcionada.

g) Despedida. Fin de la Sesión". (11)

DECIMONOVENA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Facultades.
- b) Objetivos: Las pacientes reconocerán los puntos fuertes que tengan en el campo de las relaciones interpersonales y reforzarán sus cualidades.
- c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas.
- d) Técnicas utilizadas: Técnicas de terapia Gestalt.
- e) Instrucciones específicas:
- El terapeuta puede explicar que un punto fuerte puede ser cualquier cualidad, habilidad, conocimiento o rasgo de carácter positivo para comunicarse con los otros, por ejemplo: la claridad, la fluidez, la habilidad para convencer, energía, tolerancia y habilidad para escuchar.
- No criticar a las compañeras, ni decirles sus defectos.
- f) Desarrollo:
- El terapeuta debe invitar a una voluntaria a que inicie la ronda, durante un minuto completo participará al grupo todos los puntos fuertes que se le

hayan ocurrido respecto a sí mismo. Aquí debe de hablar únicamente de lo positivo.

- Después otros miembros del grupo dirán los puntos fuertes que piensen que ella tiene y que no mencionó.
- Las demás hacen lo mismo. Cada una de las presentaciones dura sólo un minuto, los comentarios deben ser también breves.
- Expresar en grupo los sentimientos que se presentaron durante la realización del ejercicio.

g) Comentarios:

¿Cómo se sintieron después de realizar el ejercicio?

¿Qué creen que les ayudó?

¿Cómo se sintieron al oír las aportaciones de sus compañeras?

¿Cómo se sintieron al hablar de sus cualidades?

h) Despedida. Fin de la sesión.

VIGESIMA SESION:

- a) Nombre del ejercicio: Estableciendo metas claras.
- b) Objetivos: Que las pacientes logren establecer metas claras.
- c) Recursos materiales: Salón amplio e iluminado con sillas. Pizarrón y gises.
Hojas blancas y lápices.
- d) Técnicas utilizadas: Técnicas de Terapia Cognitivo-Conductual.
- e) Desarrollo:
- Ejercicio del periódico:
Instrucciones: Ahora cada quien va a escribir en una hoja de papel lo que les gustaría que dijeran los periódicos de ustedes dentro de siete años; imaginándose lo que más deseen.
 - Después de un tiempo favorable las pacientes participarán diciendo ante el grupo sus deseos. (No es obligatoria la participación).
 - Luego el terapeuta leerá lo siguiente:
Para establecer metas claras y reales debemos seguir ciertos pasos:

A. AUMENTANDO PENSAMIENTOS QUE PRODUCEN UN MEJOR ESTADO DE ANIMO.

Formas de aumentar el número de pensamientos saludables:

1. Aumentando en su mente el número de buenos pensamientos.

Hagan una lista de los pensamientos buenos que ustedes tengan acerca de ustedes mismas y de la vida en general.

2. Felicítense mentalmente a ustedes mismas.

La mayoría de las cosas que hacemos no lo notan las otras personas. Por lo tanto, es importante para nosotras reconocerlas y dárnos crédito por hacerlas.

3. ¡Pare todo lo que están haciendo!:

Dense mentalmente un "tiempcito". ¡Tómense una pausa!. Permitanse relajar su mente. Permitanle a su mente tomar un respiro. Póngale atención a la habilidad natural de su cuerpo de sentirse en paz.

4. Proyección al futuro:

Imaginense a ustedes mismas en el futuro, en un tiempo en que las cosas serán mejores.

B. DISMINUYENDO LOS PENSAMIENTOS QUE NOS HACEN SENTIR MAL.

5. Interrumpan sus pensamientos:

Cuando un pensamiento está arruinando nuestro estado de ánimo, nosotras podemos identificarlo y tratar de interrumpirlo.

6. Tiempo para preocuparse:

Prográmense un "tiempo para preocuparse" cada día, de tal forma que ustedes puedan concentrarse enteramente en pensamientos necesarios y dejar el resto del día libre de preocupaciones. El tiempo para preocuparse puede ser de 10 a 30 minutos de duración diariamente, no más.

7. Ríanse de los problemas exagerándolos:

Si ustedes tienen un buen sentido del humor, traten de reírse de sus mismas preocupaciones, y si no, traten de todas formas de hacerlo.

8. Considere lo peor que pueda pasar:

A menudo sucede que algunos miedos que tenemos acerca de lo que podría pasar nos hacen sentir más deprimidas, que el miedo mismo que nos causa el analizar las cosas que nos atemorizan y enfrentar las peores posibilidades o consecuencias.

C. SIENDO NUESTRO PROPIO ENTRENADOR.

Así como nosotras podemos ayudar a alguien a hacer algo difícil dándole instrucciones, también podemos ayudarnos a nosotras mismas al darnos instrucciones. Tiempo de práctica: Ahora pensemos algunos ejemplos de cómo usar estas ideas. (Si se les hace más fácil, escribanlas)

D. HABLÁNDOLES A SUS PENSAMIENTOS.

9. Cuando se sientan deprimidas, pregúntense a ustedes mismas lo que están pensando, entonces traten de hablarle al pensamiento que les está molestando e hiriendo.

f) Comentarios:

- ¿Qué es lo que ustedes pueden esperar de su esposo?
¿Qué es lo que él puede esperar de ustedes?
Reflexionar en grupo sobre el ejercicio:
¿Qué tanta dificultad hubo para realizar el ejercicio? ¿Porqué?
- Centrarnos en metas claras y reales todos nuestros pensamientos para poder llegar a ellas.
¿Qué cambios puedo lograr en mí, en mi familia y con mi esposo?

El Terapeuta explicará:

"Si ustedes ponen muy altas sus expectativas, lo más seguro es que se desilusionaran y quizás se frustrarán; y si en cambio las ponen muy bajas, sus expectativas, entonces no se estarán dando ni le estarán dando a él una buena oportunidad".

g) Despedida. Fin de la Sesión.

2a. FASE

SESIONES POSTERIORES PARA EL SEGUIMIENTO:

Terminando las veinte sesiones anteriores se les dirá a las integrantes del grupo que la primera parte del programa ha terminado, pero que tendrán sesiones de seguimiento cada tercer día para evaluar su nuevo comportamiento y corroborar que sus conductas sean las adecuadas.

No hay límite de tiempo sobre cuántas sesiones se van a necesitar, ya que éstas dependerán de las integrantes del grupo y sus necesidades.

Dependiendo de las necesidades del grupo se podrá trabajar grupal o individualmente.

Todo esto con el fin de llevar un control sobre el buen funcionamiento del Programa y sobre las integrantes ya que muchas de ellas necesitan (después de haber terminado el programa) un apoyo para clarificar sus dudas, errores y temores.

Dichas sesiones no serán estructuradas, se trabajará con las dudas de las integrantes, se cuestionará sobre cómo se han manejado en el hogar, si han habido golpes, cómo han reaccionado ellas ante esto, si han logrado sus

metas trazadas, por qué medios las han logrado, etc.

La participación es voluntaria, aunque se alentará a todo el grupo a participar y a que expongan sus experiencias.

En los casos que no se presenten cambios favorables en la relación de pareja, se sugirá a las participantes que acudan a una terapia de pareja o familiar (contando con la colaboración del marido, si éste estuviera de acuerdo).

Si esto llegara a suceder, para mayores logros, se recomienda que esta segunda fase del programa, sea paralela a la terapia de pareja y/o familiar.

5.2. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1) Fiorini, Héctor. (1987)
Teoría y Técnica de Psicoterapias.
México. Ed. Nueva Visión. p.145-146.

- (2) Stevens, John O. (1978)
El Darse Cuenta.
Chile. Ed. Cuatro Vientos. 2a. Edición. p.21-23.

- (3) Rodríguez Estrada, Mauro Dr. (1988)
Serie de Capacitación Integral.
México. Ed. Manual Moderno. p.34.

- (4) Stevens, John O. (1978)
Op. Cit. p.107-112.

- (5) Rodríguez Estrada, Mauro Dr. (1988)
Op. Cit. p.41.

- (6) Stevens, John O. (1978)
Op. Cit. p.163-164.

- (7) Rodríguez Estrada, Mauro Dr. (1988)
Op. Cit. p.43.

- (8) Stevens, John O. (1978)
Op. Cit. p.43.

(9) Wahlroos, Sven. (1978)

La comunicación en la Familia.

México. Ed. Diana. p.21-63.

(10) Ibidem. p.72-106, 276-293.

(11) Stevens, John O. (1978)

op. Cit. p.176.

CAPITULO VI

6.0 CONCLUSIONES GENERALES

6.1 CONCLUSIONES.

Por medio de este programa se pretende aliviar el funcionamiento perturbado de la relación de pareja, consolidar los recursos compartidos para solucionar el Problema del Maltrato, reducir el conflicto, acrecentar la complementariedad de las relaciones en el nivel sexual, emocional y social. Promover el crecimiento de la relación y así adaptar el patrón del matrimonio a las necesidades de un ulterior crecimiento de la familia.

Las relaciones de las mujeres víctimas de maltrato conyugal no son meramente restauradas, sino que un patrón terapéutico las conduce a mejorar sus relaciones humanas y así evolucionar hasta alcanzar una nueva forma de vida; para ésto es fundamental abrirle camino a la paciente para que haga una distinción. Sencillamente, no podrá avanzar y desarrollarse hasta que sepa algo acerca de como determinar qué es ella misma y qué no es ella, y hasta que pueda descubrir la diferencia entre lo que existe y lo que ella crea en su fantasía.

El fenómeno del Maltrato -como se ha visto a lo largo de los capítulos contenidos en este trabajo- es un problema multifacético, pero cuando aparece, sólo es estudiado desde un ángulo muy reducido, mientras debiera ser examinado en un contexto más amplio, dentro del cual varios factores o conjuntos de factores, sean tomados en

cuenta.

Para cada caso particular, el peso de cada uno de los factores y sus posibles interacciones; es decir, diversas circunstancias o conjuntos de circunstancias pueden llevar, por diferentes razones, a un mismo resultado. El hecho de que el acto terminal (El Maltrato) sea el mismo no se puede pensar que las causas sean siempre las mismas.

Por otro lado, no todas las características estudiadas parecen tener la misma relevancia y explicar con el mismo grado de eficiencia el fenómeno.

En opinión personal, el estudio de las características, los factores de personalidad, los rasgos psicopatológicos, etc., no dan sino sólo una pauta, mientras que si estudian en conjunto con la interacción esposo-esposa, las expectativas y sentimientos de ambos, pueden ser puntos de principal interés, proporcionarían información valiosa y fructífera para la mayor preocupación que es: el manejo preventivo y remedial del problema.

La experiencia ha demostrado, que el llegar a obtener un conocimiento más amplio respecto a su área emocional y sentimental, posee una relación muy estrecha con sus actividades personales y familiares; ya que éstas ayudarán a que la persona logre un crecimiento integral.

6.2 SUGERENCIAS.

Este programa no sólo puede ser aplicado a casos de Maltrato Conyugal; sino, que debido a lo multifacético de éste problema, varias de las sesiones incluidas en el Programa pueden ser utilizadas para resolver, mejorar, etc., una variedad de problemas diferentes, por ejemplo: La autoestima no sólo la tienen baja estas mujeres víctimas de maltrato conyugal, sino que se encontrará en un sin fin de personas, con diferentes características de edad, sexo y nivel social-económico-cultural.

Al igual que la necesidad de un manejo positivo de la agresividad. -estas sesiones, las dedicadas a este problema en particular, dan muy buenos resultados en el trabajo con adolescentes.

Las sesiones en las cuales se maneja la interacción del Pensar-Actuar-Sentir; son muy útiles en el manejo de la depresión, la ansiedad, las fobias y los problemas relacionados con el dolor.

Y así, se encontrará una aplicabilidad ilimitada de estas sesiones del programa a casos varios, ya que también queda la posibilidad de adaptarlos a nuestras necesidades profesionales particulares.

En lo referente a futuras investigaciones, este trabajo da nuevas pautas para realizar investigaciones como: ¿Qué tipos de problema ocasiona el Maltrato Conyugal a los demás miembros de la familia?; conocer que porcentaje existe entre los esposos maltratadores que también maltratan a sus hijos.

Así como también investigar qué tanta eficiencia tiene este programa al llevarlo a la práctica, ¿Cuántas mujeres desertan del programa y Por qué? ¿Cuántas lo terminan? ¿Si hubieron cambios favorables en relación al problema del maltrato? ¿Se disminuyó, se extinguió o siguió igual?

Y también, el conocer la relevancia de factores tales como el abuso de alcohol y/o drogas, nivel socio-económico bajo y la pobre educación; con respecto al Maltrato Conyugal aquí en México, ya que la mayor parte de las estadísticas se obtienen de países extranjeros y sería de gran utilidad y apoyo para los estudiosos de este problema, el contar con información valiosa y cierta de todo el país mexicano.

6.3 LECTURAS RECOMENDADAS A LAS PARTICIPANTES DEL

PROGRAMA:

- Asertividad.

Sé tu mismo sin sentirte culpable.

Eduardo Aguilar Kubli.

Ed. Pax México.

6.4 GLOSARIO:

- ACTITUD:** Es el grado de afecto positivo o negativo que se tiene hacia un objeto o persona.
- ASERTIVO:** Es el manejo positivo de la agresividad, entendiéndose esta fuerza, valor, empuje, intención como un impulso a obtener lo que se desea, necesita, anhela, sueña, sin agredirse o lastimarse a sí mismo o a los demás.
- AUTOACEPTACION:** Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir.
- AUTOCONCEPTO:** Es una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta.
- AUTOESTIMA:** Es la síntesis de la aceptación de sí mismo: valores, capacidades y se respeta como persona.
- CDMUNICACION:** Acción de comunicar, trato o correspondencia entre personas. Es la transmisión de una impresión de un individuo a otro.
- DINAMICA DE GRUFOS:** Se define como un campo de investigación dedicado a incrementar los conocimientos sobre la naturaleza de los

grupos, las leyes de su desarrollo y sus interrelaciones con los individuos, otros grupos e instituciones superiores. Puede identificarse por cuatro características distintivas: A) Su hincapié en la investigación empírica teóricamente significativa; B) Su interés por la dinámica y la interdependencia entre fenómenos; C) Por dar importancia a todas las ciencias sociales, y D) La aplicabilidad potencial de sus hallazgos a los esfuerzos por mejorar el funcionamiento de los grupos y sus consecuencias sobre los individuos y la sociedad.

FAMILIA:

Grupo organizado de personas originado en el matrimonio y que incluye a los padres y sus hijos y, a veces, a otras personas relacionadas o no por lazos sanguíneos.

MASOQUISMO:

Perversión sexual que consiste en el placer de verse humillado o maltratado por una persona del sexo opuesto.

MATRIMONIO:

Institución social por la cual personas de sexo distinto se unen, bajo consenso social, al objeto de constituir una familia.

SALUD MENTAL: (OMS) La salud es un estado completo de bienestar, tanto físico, mental y social y no tan sólo la ausencia de enfermedades y dolencias.

VIOLENCIA: Acción violenta o contra el natural modo de proceder, haciendo uso excesivo de la fuerza física. La violencia ejercida puede ser física y/o moral.

Acción injusta con que se ofende o perjudica a alguien.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1.- Ackerman, Nathan W.
Psicoterapia de la Familia Neurótica.
Buenos Aires, Argentina. Ed. Home 1969

- 2.- Beck, Aaron T. Dr.
Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión.
Internacional USA. Ed. Merk Sharp & Dohome. 1976.

- 3.- Beck, Aaron R. Dr.
Terapia Cognitiva de la Depresión.
España. Ed. Desclee de Brouwer, S.A. 1983.

- 4.- Bergaman, Bo. K.; Larson, Gunilla E.; Brismar,
Bo. G.; Klang, Marie E.
Scandinava Journal Social Medicine: Las mujeres
maltratadas son susceptibles al tratamiento.
Suecia 1988. No.16.

- 5.- Cartwright, Dorwin y Zander, Alvin.
Dinámica de Grupos. Investigación y Teoría.
México. Ed. Trillas 1975.

- 6.- Delgado, Dora.
Selecciones Reader's Digest: Urge ayudar a
las mujeres golpeadas.
México. Mayo de 1990.

7.- Espasa - Calpes.

Enciclopedia Universal Ilustrada.

Europeo-Americana. Madrid-Barcelona, España.

Espasa-Calpes Editores 1978. Tomo XXXII

8.- Fiorini, Héctor.

Teoría y Técnica de Psicoterapias.

México. Ed. Nueva Visión 1987.

9.- Flaherty, Joseph A.M.D.; Channon, Robert A.M.D.;

Davis, John M.M.D.

A Lange Clinical Manual Psychiatry.

USA Diagnosis & Therapy 88/89

10.-García Ramón Pelayo y Griss.

Gran Enciclopedia Larousse.

México. Librairie Larousse 1982.

11.-Giraldo, Octavio.

Revista Latinoamericana de Psicología: El machismo
como fenómeno psico-cultural.

Bogotá, Colombia 1972. Vol.4 No.3

12.-Gómez, Sabrina.

Revista Latinoamericana de Psicología: Maltrato
Infantil: Un problema multifacético.

Bogotá, Colombia 1988. Vol.20 No.2

13.-Guerra Aguilera, José Carlos.

Código Penal Federal.

México. Ed. Pac 1988.

14.-Horney, Karen.

Psicología Femenina.

Buenos Aires, Argentina. Ed. Psique 1976.

15.-Kemp, Jerrold.

Planeamiento didáctico: Plan de desarrollo para unidades y cursos.

Centro Regional de ayuda técnica 1972.

16.-Mcleer, Susan V.M.D. y Anwar, Rebecca PHD.

Public Health Briefs (AJPH): Un estudio sobre mujeres golpeadas presentadas en el Departamento de Emergencias de Kentucky, Pennsylvania y Texas. Bostón, USA. Enero 1989. Vol.79 No.1.

17.-Morrison, Laurie J. BA.MD.

The Journal of Emergency Medicine: Síndrome de Maltrato Conyugal: Un pobre record de detección en el Departamento de Emergencias de Canada y USA. Denver, USA. 1988. Vol.6.

18.-Nathan, Fernand.

Enciclopedia de Psicología: Psicología General. Barcelona, España. Plaza & Janes Editores 1978.

19.-O'Donnel, Pancho.

Teoría y Técnica de la Psicoterapia Grupal.

Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores 1984.

20.-Perls, Fritz.

Teoría y práctica. Terapia Gestalt.

México. Ed. Concepto S.A. 1987.

21.-Rodríguez Estrada, Mauro; Fellicer de Flores,

Georina y Dominguez Eyssautier, Magdalena.

Autoestima: Clave del éxito personal.

México. Ed. Manual Moderno. 2a.Edición 1988.

22.-Rodríguez Estrada, Mauro Dr.

Serie de Capacitación Integral.

México. Ed. Manual Moderno 1988.

23.-Rosenbaum, Alan PH.D; Hoge, Steveun K.MD.

American Journal Psychiatry: Daño cerebral y

Agresión marital. New York, USA. Agosto 1989.

24.-Salama, Héctor y Villareal Rosario.

El enfoque Gestalt: Una Psicoterapia Humanista.

México. Ed. Manual Moderno 1988.

25.-Salvat, Juan.

Diccionario Enciclopédico Salvat Universal.

España. Salvat Editores, S.A. 1976. Tomo 20.

26.-Schawart, Ivy; MD.

JAMA: Alcohol y Violencia Familiar.

Chicago, USA. Julio 21 de 1989. Vol.263 No.3.

27.-Stevens, John O.

El Darse Cuenta.

Chile. Ed. Cuatro Vientos. 2a. Edición 1978.

28.-UTEHA.

Diccionario Enciclopédico UTEHA.

México. Unión Tipográfica Editores Hispano

Americana 1968. Tomo VII.

29.-Wahlroos, Sven.

La Comunicación en la Familia.

México, Ed. Diana 1978.

30.-Warren, Howard C.

Diccionario de Psicología.

México. Ed. Fondo de Cultura Económica 1984.

31.-Wolpe, Joseph.

Práctica de la Terapia de la Conducta.

México. Ed. Trillas 1988.

32.-Younghusband, Eileen.

Servicio Social Familiar.

Madrid, España. Ed. Católica 1971.

ANEXOS

ENTREVISTA INDIVIDUAL

- ¿Porqué te interesa formar parte de este programa?
- ¿Qué esperas de él?
- Platicame acerca de tu problema...
- ¿Qué piensas acerca de eso?
- ¿Qué es lo que te preocupa o más te preocupa de tu situación?
- ¿Qué rol cumples en esta relación?.
- ¿Que rol se espera de tí?
- ¿Es esa la relación que siempre soñaste llevar?
- ¿Piensas que tu relación ya no tiene solución?
- ¿Crees que tienes responsabilidad en que tu relación esté funcionando mal?

+ Esto es sólo una pauta de las preguntas que se pueden hacer para lograr la información deseada, pero ya está en manos del terapeuta el utilizarlas o utilizar sus propias preguntas, mientras el fin sea el mismo.