



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL.

**“GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
PARA MUJERES CO-DEPENDIENTES
CON TÉCNICAS DE TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA: LISETH SARMIENTO MARTÍNEZ

ASESOR: PSIC. MARTHA VERÓNICA HURTADO BALBUENA

ORIZABA, VER.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas, amistades y familiares e instituciones a quien les debo este resultado de satisfacción. Sin embargo, existe alguien que las ha elegido para mí desde antes de nacer, y quien me ha guiado para haberlas conocido, a Él debo absolutamente todo y cuanto tengo, no sería tan feliz sin su presencia en cada una de las personas que amo y me rodean, así como en las cosas que hago. Por todo y más, estas palabras de agradecimiento son para Él:

“Te alabo Señor porque me libraste, y no dejaste que a costa mía se alegraran mis enemigos. Señor Dios mío, haz tenido compasión de mí, haz venido en mi socorro. Cambiaste mi luto en danzas, me desataste el sayal y me has vestido de fiesta. Te cantará mi alma sin callarse, Señor, Dios mío, te daré gracias por siempre”.

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
Introducción	VI
Antecedentes	X
CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del Problema	
1.2 Formulación del Problema	17
1.3 Justificación	19
1.4 Formulación de Hipótesis	19
1.4.1 Determinación de las variables	21
1.4.2 Operacionalización de las variables	22
1.5 Delimitación de objetivos	23
1.5.1 Objetivo general	23
1.5.2Objetos específicos	23
1.6 Marco conceptual	24
CAPÍTULO 2 MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA	
2.1 Antecedentes de Ubicación	27
2.2 Ubicación geográfica	28
CAPÍTULO 3 MARCO TEORICO	
3.1 Terapia breve	29

3.2 Historia de la terapia estratégica	31
3.2.1 Terapia breve de urgencia	31
3.2.2 Terapia Breve sistémica	33
3.2.3 Terapia breve basada en soluciones	35
3.2.4 Terapia Breve estratégica	40
3.3 Diferencias entre Psicoterapia Breve y Psicoterapia tradicional	46
3.3.1 lógica	46
3.3.2 Uso del lenguaje	52
3.3.3 Resistencia	55
3.3.4 Terminología	58
3.3.5 Eficacia	60
3.4 concepción de Co-dependencia	63
3.4.1 Origen de la codependencia	63
3.4.2 Características de los codependientes	63
3.4.3 Caras de la co-dependencia	66
3.5La co-dependencia vista desde la Terapia Breve Estratégica	69

CAPÍTULO 4 PROPUESTA DE TESIS

4.1 contextualización de la propuesta: “ Guía de Intervención Psicológica para Mujeres co-dependientes con Técnicas de Terapia Breve Estratégica ”	72
4.2. Desarrollo de la propuesta	79

CAPÍTULO 5 DISEÑO METOLOGICO

5.1 Enfoque de la investigación	95
5.2 Alcances de la investigación	95
5.3 Diseño de la investigación	96
5.4 Tipo de investigación	96
5.5 Delimitación de la población o universo	97
5.6 Selección de la muestra	97
5.7 Instrumento de prueba	97
5.8 Tipo de método	99

CAPÍTULO 6 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

6.1 Tabulación	100
6.2 Interpretación de resultados gráficos	101
6.3 Conclusiones del tratamiento estadístico	107
Conclusiones de la investigación	108
Referencias	111
Glosario	114
Anexos	116

INTRODUCCIÓN

Ver pasar por la calle a una pareja, tomados de la mano, besándose, abrazándose o teniéndose atenciones, podría ser una escena muy común y que a nadie incluso llama la atención. Tener una relación funcional, sería muy deseable para cualquiera. Sin embargo, no es lo más común, incluso ni siquiera en la pareja que acabo de describir, si estas atenciones están mediadas por una co-dependencia.

A menudo, los co-dependientes ya sean hombres o mujeres parecen amables y serviciales, sin embargo, un examen más atento revela en ellos una poderosa necesidad de controlar, manipular y conseguir la aprobación que creen necesaria en su lucha con ciertos sentimientos abrumadores, nacidos por supuesto en el seno familiar cohabitada por un codependiente emocional o de sustancias.

En dichas familias, la mayor parte de sus miembros tienen la expectativa delirante de que si ellos son perfectos en su “relación” con el alcohólico, por ejemplo y en la “ayuda” a él, éste permanecería sobrio y por tanto los miembros de la familia, se librarían de su terrible vergüenza, dolor, miedo e ira.

Lo curioso es que, esta estrategia nunca resulta e incluso cuando el alcohólico permanece sobrio, la familia suele seguir enferma y experimentar

resentimiento por esa sobriedad, que con frecuencia sabotea. Esta misma estrategia parece ser un guion femenino sentimental que ponen en marcha centenares de mujeres en sus relaciones de pareja y que las lleva a continuas decepciones y fracasos amorosos, a este guion amoroso se le denomina en el presente trabajo como “enfermera de guardia”, y es en la que se centra su esfuerzo la presente investigación al trabajar con el personal femenino de 20 a 30 años de edad pertenecientes al movimiento “Cáritas”.

Es muy común que en una relación, el codependiente no pueda poner límites y sencillamente todo lo perdona, a pesar de que la otra persona llegue a herirlo de manera deliberada, esto es simplemente porque el codependiente confunde la "obsesión" y "adicción" que siente por el otro con un inmenso amor que todo lo puede. Por ende, el codependiente es incapaz de alejarse por sí mismo de una relación enfermiza, por más insana que ésta sea.

Al tratar el tema de co-dependencia es indudable que nos encontramos frente un fenómeno psicológico intrapersonal e interpersonal novedoso que afecta el bienestar emocional, físico y profesional de millares de personas, además de ser una enfermedad peligrosa pues suele ser silenciosa, progresiva y difícil de detectar ya que las personas que la padecen llevan una máscara de adecuación y éxito.

Algunos psicólogos interesados en el tema sostienen de modo análogo que, esta enfermedad no es como una gripe o una neumonía, que se curan y desaparecen, sino que, la recuperación de la co-dependencia se parece más a la remisión de un trastorno como la diabetes (2004). Mientras el diabético siga el tratamiento prescrito de dieta, ejercicio y quizás dosis de insulina, está en condiciones de llevar una vida tan activa como la de una persona sana. Pero de no llevar el régimen está expuesta a recaídas en cualquier momento. El presente trabajo pretende rectificar este supuesto, mostrando que basta con algunas maniobras estratégicas para desencadenar la solución a la co-dependencia sin probabilidad de recaídas.

Además, por todo lo antes mencionado, el presente trabajo busca la recuperación y la integridad de centenares de personas que padecen las agonías de la co-dependencia, alertando la necesidad de clarificar alternativas de solución a este problema psicológico e indicar un modelo práctico para reducir significativamente los síntomas, en tiempo y costos reducidos pero eficaces a fin de estar al alcance de cualquier persona que padeciera esta problemática psicológica.

El presente trabajo se encuentra dividido por 6 capítulos, el primero indica de forma concreta los objetivos, límites y razones de esta investigación. El segundo refiere la ubicación geográfica de la población elegida para la investigación así como sus antecedentes. El tercero busca dar a conocer la

terapia brece estratégica y delimitar diferencias y semejanzas que tiene con respecto a la terapia tradicional. El cuarto capítulo señala la propuesta de trabajo, el quinto capítulo define el diseño metodológico y el último los resultados.

ANTECEDENTES

A pesar que el concepto de co-dependencia se concretizó alrededor de los años 70's la psiquiatra Karen Horney en 1950 expone su idea de neurosis así como sus causas las cuales son análogos a las descripciones de los síntomas de la co-dependencia, aunque nunca se desarrollaron en la dirección que gobierna el presente trabajo.

Para Horney la neurosis lleva a buscar en otras personas la satisfacción y un sentido de uno mismo, así, relacionarse con otros se vuelve una necesidad cada vez más compulsiva, a esta estructura caracterológica Horney denominó "la solución de borrarse a sí mismo" en su libro *Neurosis in human Growth*, en esta solución la parte de uno mismo sometida y desamparada se experimenta como la verdadera esencia y la posibilidad de ser querido, el sacrificio por amor y sobre todo el sufrimiento, toman el carácter de justificaciones para exigir a cambio de una devoción total. Así lo que en la mayoría de las personas normales es un deseo de ser amadas, en este tipo de neuróticos se convierte en un impulso y un reclamo desesperados, a esta etapa final del auto borramiento Horney la llama a este conjunto de síntomas *dependencia morbosa*. (Mellody1994)

No obstante el término co-dependencia (CD) tiene su origen en el campo de las adicciones químicas, cuando la persona alcohólica o drogadicta pasó a ser definida por los profesionales de los centros de tratamiento químico como *dependiente de sustancia química*. En contrapartida, esos profesionales de la salud pasaron a referirse a los compañeros del *dependiente* por el término *codependiente*. En estudios posteriores se detectó que, los familiares co-dependiente procedían de hogares disfuncionales (no necesariamente alcohólicos) y se habían convertido prematuramente en *cuidadores* de sus *cuidadores*, puesto que los adultos que debían ejercer este rol estaban incapacitados de ejercerlo a causa de sus propias patologías.

Las investigaciones han puesto en evidencia que las personas que vivieron o viven en una familia disfuncional o con alguien discapacitado, neurótico o enfermo, también presentan conductas y síntomas codependientes. De esta forma, diversas investigaciones empíricas confirmaron las hipótesis de los expertos en CD y de los profesionales de la salud, indicando poco o ninguna relación entre la CD y la dependencia química o alcohólica en el entorno familiar en la infancia o la adultez.

Cabe mencionar que, desde su “descubrimiento” a la fecha existe una carencia de investigaciones científicas para el desarrollo de una teoría y el diagnóstico de signos y síntomas de la co-dependencia, aunque a la par ha

crecido el interés popular por el tema, situación que ha provocado poca claridad sobre si la co-dependencia es un desorden psicológico, un rasgo de personalidad o una condición social. En ese sentido, un actual estudio bibliométrico sobre la producción científica publicada sobre co-dependencia en PsycINFO, comprobó el empeño de los estudiosos en investigar empíricamente el constructo para aportar datos fiables a su teoría es insuficiente.

Tal vez quien más ha ofrecido informes sobre esta enfermedad sea la psiquiatra Timmon Cermak, quien en 1986 sostuvo que la co-dependencia podía definirse con criterios del DSM-III para el trastorno mixto de la personalidad y propuso criterios diagnósticos. Según Cermak entre los rasgos esenciales de la co-dependencia se encuentran una continua fundamentación de la autoestima en la capacidad de influir y controlar los sentimientos y conductas de un mismo y los demás; se asume la responsabilidad de satisfacer las necesidades de otro hasta excluir las propias; angustia y distorsión de los límites en las situaciones de intimidad y separación y hay constricción de las emociones con o sin estallidos dramáticos, depresión, hipervigilancia, compulsiones, recurso excesivo a la renegación, abuso de sustancias químicas, abuso recurrentes físico o sexual, relación con el estrés por lo menos durante dos años, sin búsqueda de un apoyo externo. (Melody 1994)

Es importante señalar que las investigaciones de la ciencia desde años arcaicos se han basado en el método analítico, el cual se apoya en el principio matemático “todo es igual a la suma de sus partes” con lo cual marca una tendencia individual más que grupal de los hechos. Además de creer en una verdad única que se auxilia de las creencias: que lo que se observa es la realidad pura y que el sujeto es capaz de observarla de forma objetiva, por tanto considera que el lenguaje es una mera representación de esa realidad observada.

Lo antes dicho es el antecedente fiel de la terapia breve estratégica, pues la práctica terapéutica se vio impregnada históricamente de este tipo de epistemología lineal y secuencial, en donde imperaba el principio explicativo. Años más tarde, en el siglo XX surge la cibernética, la teoría de los sistemas y el constructivismo, los cuales irrumpen a la ciencia clásica para crear una nueva concepción del ser humano. (Coren 2003)

Fue así como se comenzó a cuestionar al paradigma imperante, cuando una nueva epistemología comenzó a responder los interrogantes que el paradigma vigente indicaba como una anomalía en la forma de conocimiento, pues el principio de la explicación de la ciencia clásica veía en la aparición de

una contradicción el signo de un error de pensamiento, suponiendo con esto que el universo obedecía a la lógica aristotélica.

A partir de la aparición de la cibernética y la teoría de los sistemas el lenguaje ya no se concibe como una representación de la “realidad” sino más bien como lo que construye la realidad en la pragmática. Conjuntamente sostiene que el efecto tiene efecto sobre la causa, estableciendo el concepto (XII “interacción”.

Estas ideas innovadoras dieron pie a una nueva concepción de la realidad, pues aquello que la ciencia tradicional denomina como “datos” bajo esta nueva concepción se llamaría “captos” ya que en un sentido real son seleccionados arbitrariamente por la índole de las hipótesis ya formadas. De estas deducciones surge el constructivismo, el cual es una concepción filosófica que reafirma la nueva epistemología, y plantea que el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano, esta construcción se realiza con los esquemas que la persona ya posee.

Estas nuevas reflexiones son la antesala de las ciencias modernas en donde se sitúa la terapia breve estratégica, la cual se basa en el constructivismo

y desecha el modelo de conocimiento que da cuenta del auto referencialidad en la observación, es decir, la ciencia clásica.

En medio de esta revolución del conocimiento se desarrolla la psicoterapia sistémica o familiar, poniendo en juego el análisis del todo en cambio de la fragmentación reduccionista de las partes. En esta psicoterapia el síntoma cobra sentido en función del contexto donde se desenvuelve y no como producto causal de un trauma pasado. Con los años esta idea de vivir en XIII presente más que en el pasado concibe una nueva percepción terapéutica: terapia basada en las soluciones, que en unión a las técnicas sistematizadas de Erikson junto con las exigencias del mundo actual dan a luz a la terapia breve estratégica, la cual entiende que no hay verdades absolutas y que la realidad es una particular construcción de cada ser humano.

En el último decenio, debido al impulso de la enorme demanda social y al éxito en la aplicación de las terapias breves y estratégicas, el enfoque de la terapia breve ha alcanzado una gran expansión en lo que se refiere a la investigación aplicada y a la producción de bibliografía específica. (Nardone, Watzlawick 1999)

Todo esto deja entrever, una realidad en la que el enfoque estratégico de la terapia breve, por su demostrada eficacia y eficiencia respecto a los restantes modelos terapéuticos, tendrá cada vez mayor expansión debida no tanto a una evolución interna del campo de la psicoterapia, donde persisten verdaderamente tremendas rigideces y resistencias al cambio, sino al empuje de la ley del mercado, cada vez más orientadas a la demandas de intervención terapéutica concretas capaces de responder a corto plazo las necesidades específicas de los clientes.

CAPITULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema:

La propuesta del presente trabajo consiste en poner en prácticas técnicas y herramientas de las que hace uso la terapia breve estratégica al problema psicológico de la codependencia. Dichas técnicas son principalmente las estratagemas y la concepción de que lo que mantiene el problema es la aplicación continuada de intentos de solución “erróneos” o frustrados, que se convierten en el problema en sí, pues las personas suelen persistir en acciones que inadvertidamente mantiene los problemas y a menudo lo hacen con la mejor de las intenciones. Desde luego, esta misma concepción se aplica en la propia terapia, cuando “más del mismo” enfoque terapéutico o “más de las mismas” técnicas derivadas de un cierto marco o modelo generan “más del mismo” problema, etc. (Cade 1995)

Ahora bien, para poner en práctica dichas técnicas es necesario entender el término y situación de la co-dependencia. Advirtiéndose que, en la década de los setenta se introdujo en el área de la salud mental el término comorbilidad, el cual implica que se establece más de un diagnóstico en el mismo individuo. De ahí que en la co-dependencia, se habla también de comorbilidad asociada a depresión, ansiedad, angustia, sociotropía y más.

Es por esto que la co-dependencia podría confundirse con un síntoma pero en realidad se trata de una enfermedad, pues va deteriorando las relaciones del codependiente con los demás hasta presentarse el rompimiento o el abandono de las personas cercanas. La co-dependencia es un concepto multidisciplinario y, desde su aparición hace aproximadamente cuatro décadas, está recibiendo una atención sistemática en el ámbito científico.

Sin embargo, esta atención por parte de la ciencia no ha sido capaz de dar remedios infalibles para contrarrestar o extinguir la co-dependencia, sino solo controlarla mediante grupos de ayuda. Ante esta situación, el presente trabajo busca comprobar la funcionalidad de las técnicas que ofrece la terapia breve estratégica a fin de dar soluciones concretas para las personas que padecen esta enfermedad a través de una guía de intervención psicoterapéutica puesta a prueba en un grupo control de mujeres, teniendo como primer objetivo terapéutico producir una experiencia perceptivo-emocional correctiva, es decir, la sensación turbadora de que la realidad ya no es la de antes, y para obtener esto es necesario evitar resistencias al cambio, recurriendo a técnicas capaces de hacer cumplir primero una experiencia concreta que evoque precisamente sensaciones nuevas. De esta manera se pasa de soluciones que no funcionan y que alimentan el problema, a soluciones que funcionan. Esta sustitución, sin embargo, no se sugiere ni prescribe, sino que se induce.

1.2 Formulación del problema:

¿Las técnicas de terapia breve estratégica son funcionales en la intervención psicoterapéutica a situaciones de co-dependencia identificadas en el personal femenino beneficiado de 20 a 30 años del movimiento “Cáritas” de Rio Blanco, Ver?

1.3 Justificación del problema

En la actualidad, una de las problemáticas más frecuentes en la salud emocional de las personas y que afecta de manera significativa las relaciones amistosas, amorosas, familiares, de trabajo y la calidad de vida estas es la co-dependencia. La cual pasa inadvertida convirtiéndola en peligrosa, para las presentes y futuras generaciones, pues es una enfermedad silenciosa y progresiva, que se transmite de padre a hijos que junto con sus vínculos con las diversas formas de abuso infantil es realmente un tema complejo de abordar.

Es cierto que, a pesar de los esfuerzos hechos por parte de la psicología durante siglos para erradicar o al menos disminuir este padecimiento psicológico, la co-dependencia se ha extendido alarmantemente. Ya que la codependencia abarca tanto a los a los que se relacionan con los que usan cualquier tipo de sustancia tóxica al organismo, como a los que se vinculan afectivamente con personas que presentan algunas tendencias obsesiva-

Capítulo 1: Planteamiento del problema

compulsivas al trabajo, al juego, a las compras, al sexo, a la comida y/o aquellos que tienden a relacionarse con los "adictos" a las relaciones destructivas.

Ahora bien, la co-dependencia es una dependencia paradójica, ya que parece que los demás dependen de los codependientes pero en realidad son estos últimos que dependen, los que padecen la codependencia parecen fuertes pero se sienten desamparados y parecen controladores pero en realidad ellos son los controlados por ellos mismos. Caracterizándose *por* estar tan preocupados y absortos en tratar de rescatar, proteger o curar a otro, que en el proceso encaminan sus propias vidas hacia el caos. La conducta co-dependiente se caracteriza por tener un efecto contraproducente lesionado tanto al "ayudador" como al ayudado.

La más común de las soluciones para esta enfermedad son, las terapias grupales de 12 pasos y las psicoterapias tradicionales, estas últimas tienen a ocupar la racionalidad para ayudar a pacientes con codependencia sin darse cuenta que la irracionalidad del problema crea una fortaleza y que cualquier tipo de argumento la refuerza más, conjuntamente los tiempos tan prolongados en los que resuelven los problemas los psicólogos tradicionalistas vuelven al paciente dependiente del programa de ayuda, frustrando el intento de dismantelar la problemática del codependiente.

Ante esta situación, la terapia breve estratégica provee otro punto de partida para la solución de la co-dependencia y al ser una terapia de corto plazo disminuye significativamente la posibilidad de que el paciente se vuelva dependiente de la terapia. El presente trabajo busca revelar cómo es que funciona y cuales son algunas técnicas de las que se apoya la terapia breve estratégica que la hace más competitiva que la terapia tradicional en la resolución de la co-dependencia, enfocada en la población femenina puesto que las mujeres con respecto a los hombre, son más proclives a la autocrítica y por tanto en cualquier intento de resolución de un problema adopta el rol de colaboradora y dispuesta al cambio; además de ser éstas las que más se quejan de insatisfacciones sentimentales.

1.4 Formulación de hipótesis

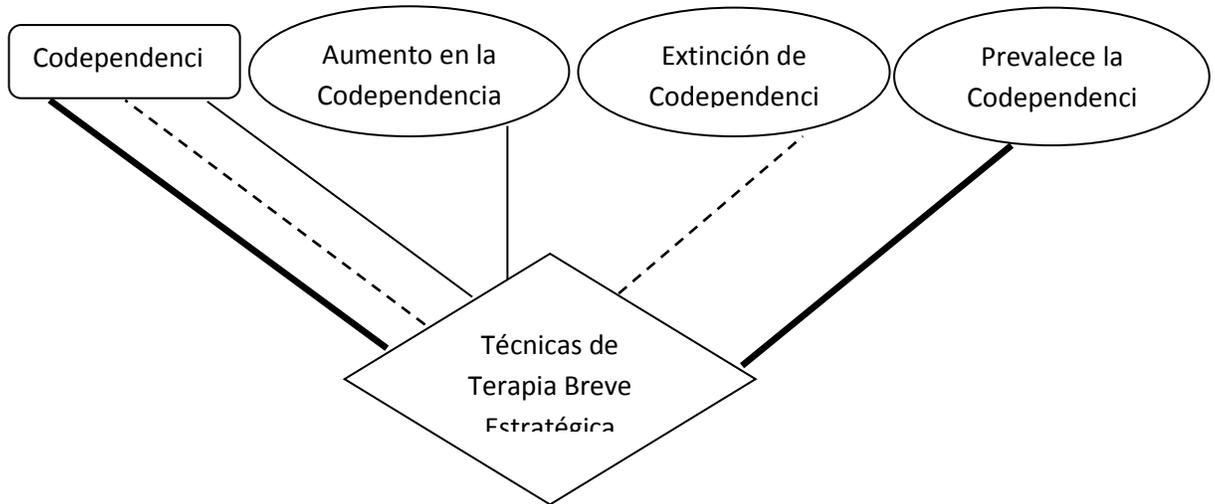
Hipótesis nula: Las técnicas de terapia breve estratégica aplicadas a la co-dependencia en el personal femenino de 20 a 30 años de edad beneficiado por el movimiento “Cáritas “de Rio Blanco son funcionales.

1.4.1 Determinación de variables

Variable dependiente: técnicas de la terapia breve estratégica

Variable independiente: codependencia en el personal femenino beneficiado del movimiento “Cáritas “de Rio Blanco.

1.4.2 Operalización de variables



Como se muestra, la co-dependencia es la constante pues es la variable dependiente, sin embargo según las técnicas de la TBE que se apliquen a la co-dependencia se obtendrán diferentes resultados, ya sea un aumento, prevalencia o en el mejor de los casos extinción de la co-dependencia.

1.5 Delimitación de objetivos

1.5.1 Objetivo general:

Conocer y aplicar técnicas de la terapia breve estratégica en situaciones de co-dependencia en el personal femenino de 20-30 años de edad beneficiado del movimiento “Cáritas”.

1.5.2 Objetivo específico:

1. Identificar comportamientos co-dependientes en el grupo femenino de “Cáritas” a fin de realizar un buen diagnóstico.
2. Aplicar Técnicas de la terapia breve estratégica en las personas identificadas como co-dependientes.
3. Identificar posterior a la aplicación de las Técnicas una disminución significativa en conductas codependientes en dicho grupo.

1.6 Marco conceptual

Terapia: La asociación americana que rige a los psicólogos define a la terapia como “término genérico para cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente específicamente distinto de tratamientos electro físicos, farmacológicos o quirúrgicos”. No obstante, esta investigación descansa en un término más amplio y específico de terapia concibiéndola como, todo tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano promueve cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicología y el bienestar bio-sico-social de las personas y grupos tales como la pareja a la familia. (Feixas 1997)

Técnicas o tareas terapéuticas: Son propuestas que un terapeuta hace a sus consultantes para el tiempo entre sesiones o sesión que tiene por objetivo solucionar el problema que le aqueja al paciente. Desde el punto de vista del terapeuta, las tareas constituyen una manera de concretar determinada estrategia terapéutica. Desde la perspectiva de los consultantes, las tareas son oportunidades de seguir activando sus propios recursos y participar más activamente en el proceso terapéutico. En este sentido, las tareas son un punto de encuentro en el que confluyen las posiciones de los clientes y del terapeuta. (Beyebach 2010)

Psicoterapia breve: De alguna forma u otra, todos los terapeutas han desarrollado alguna forma de psicoterapia breve en el sentido de resolver algunos problemas psicológicos en un número relativamente bajo de sesiones, por lo que es necesario establecer una primera diferencia entre lo que denomina una psicoterapia breve “natural” y la psicoterapia breve “por diseño”. La psicoterapia breve natural se refiere a tratamientos programados inicialmente a largo plazo, pero que son interrumpidos antes de los plazos estimados por los terapeutas, con frecuencias por el abandono de la psicoterapia por parte de los pacientes. En la psicoterapia breve por diseño, se trata de aprovechar al máximo el limitado tiempo, lo que plantea la necesidad de desarrollar técnicas específicas para el tratamiento. Es ésta última la que se compara con la psicoterapia tradicional en el presente trabajo.

Terapia breve estratégica (TBE): No es una concepción o una teoría particular, sino un nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas. Y es una intervención normalmente breve, orientada a la extinción de los síntomas y la resolución de problemas presentados por el paciente (s), mediante una estructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de las reacciones comportamentales derivadas del paciente o pacientes.

Co-dependencia (CD): Una definición aceptada por la APA es la que da Earnie Larsen, especialista en codependencia y pionero en la materia, quien la define como “esas conductas aprendidas, auto-derrotantes, o defectos del carácter que producen una disminución en la capacidad de iniciar o participar en relaciones amorosas”. (Melody 2003)

Sin embargo, para fines del presente trabajo la definición de codependencia la basamos en las ideas de Giorgio Nardone, creador de la terapia breve estratégica, quien define a la persona que sufre de codependencia como “prostituta relacional” (2011) concibiéndola como una persona que al apoyar continuamente a los demás cree que obtiene con mucha más facilidad su aprobación. En palabras del autor, esta persona ocupa el estratagema: “salir después para llegar antes”, el problema, en este caso es que el guion del que siempre dice que sí se estructura y una vez estructurado y manifestado a los demás, es fácil que dicha persona quede sujeta por el temor a poderse mostrar de manera distinta, tanto que la persona queda prisionera del rol que se ha construido, por tanto, en realidad, sale después pero no llega.

CAPITULO 2

MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

2.1 Antecedentes de la ubicación

El movimiento Cáritas fue fundada en 1867 en la ciudad alemana de Friburgo y se dedica esencialmente al combate contra la pobreza, la exclusión, la intolerancia y la discriminación. Sin embargo, aun con los esfuerzos internacionales “Cáritas” logro establecerse en Rio Blanco hasta 1995, para 1998 ya contaba con un grupo de bajos recursos conformado por 60 mujeres principalmente. A continuación se explica las actividades, objetivos, métodos y más que contempla esta agrupación reconocida internacionalmente.

El movimiento de “Cáritas” cuenta con tres niveles de acción: asistencia social, acciones de transformación social y promoción humana, siendo este último nivel la razón por el cual las beneficiadas de dicho grupo se prestaron a esta investigación, ya que la atención psicológica es parte de sus actividades apiladas en este nivel.

Respecto al nivel de acción de promoción humana que compete al presente trabajo, el movimiento “Cáritas” tiene por objetivo el desarrollo de las personas y grupos, mediante actividades tales como: becas para estudiantes,

alfabetización, caja de ahorro, guardería, atención psicológica, talleres vivenciales, clubes deportivos, clases de manualidades, clases de corte y confección etc. Este nivel de acción tiene por método la motivación, integración, organización de grupos, métodos pedagógicos, administración y evaluación constante.

2.2 Ubicación geográfica

El presente investigación se construye con la participación de un grupo de mujeres de bajos recursos que son beneficiarias del movimiento “*Cáritas*” o mejor conocido como “Pastoral Social”. Dicho grupo se encuentra ubicado en Av. Veracruz S/N entre Norte 6 y 8 en la colonia Centro de la Ciudad de Rio Blanco, Veracruz, la cual colinda con la ciudad de Nogales y Orizaba.

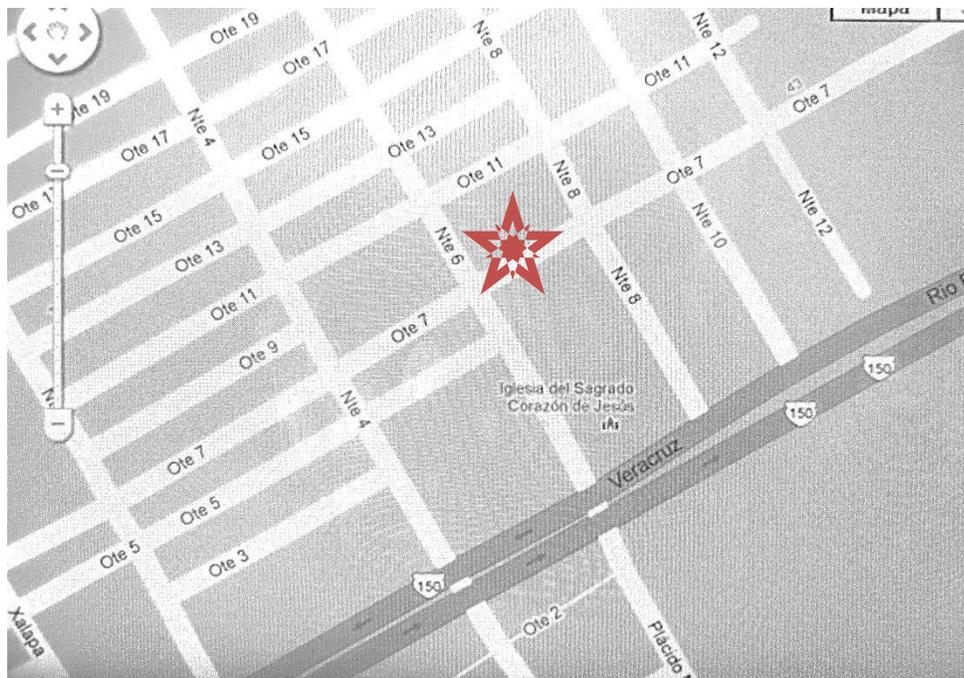


Figura 1 Fuente: maps.google.com.mx

CAPITULO 3

MARCO TEÓRICO

3.1 Terapia breve

La “Psicoterapia breve” se concretiza en el año 1993 y esta definición viene en relación a un punto de referencia del que ella parte: el psicoanálisis clásico. Con el nombre de “psicoterapia breve” se denominando, en realidad, a un grupo de modalidades terapéuticas que, en distintos grados, comparten fundamentos teóricos con los conceptos psicodinámico.

Es importante señalar que, el acortamiento del proceso terapéutico se acentúa cada vez más con la aparición de nuevos modelos terapéuticos, por ejemplo los enfoques sistémicos no sobrepasan las 25 sesiones y algunos modelos cognitivos defienden la corta duración de sus tratamientos en torno al límite de 25 sesiones. Esta tendencia supone a un sano ejercicio de ajuste a la realidad de la motivación o disponibilidad de los clientes. Sin embargo este apartado entiende a la psicoterapia breve aquella que no sobrepasa las 10 sesiones psicoterapéuticas.

Con respecto a la duración de las sesiones en este tipo de terapias, estas no tiene porqué circunscribirse a los clásicos 50 minutos, y debe adecuarse a las necesidades del terapeuta, del paciente y del tratamiento. Hay veces donde una sesión termina por ejemplo a los 25 minutos de común acuerdo, o por que sea

llegado a un punto elaborativo importante, que en caso de continuar la sesión hubiera sido forzarla. El tiempo de sesión depende de su contenido y la vivencia transferencial-contratransferencial del proceso terapéutico.

En la terapia breve, el terapeuta asume la responsabilidad de trabajar más activamente con el cliente con el fin de tratar las condiciones clínicas y subjetivas más rápido. Así mismo, un terapeuta breve no se adhiere a un "correcto" enfoque, sino aceptar que hay muchos caminos que, cualquiera de los cuales pueden o no en combinación resultar ser beneficioso.

De esta forma, la terapia breve es resultado del desarrollo del movimiento integrador, puesto que trata de integrar conceptos procedentes de distintas teorías seleccionando las técnicas y procedimientos de orígenes diversos de acuerdo con criterios sistemáticos sin necesidad de aceptar el marco de referencia, reformulando los conceptos de una teoría en términos de otra y articulando elementos teóricos compatibles. La terapia breve se basa en la idea de que los problemas complejos no necesariamente requieren de soluciones complejas, ya que un cambio sencillo hace la diferencia.

La terapia breve es a menudo altamente estratégica, de carácter exploratorio, se preocupa poco por cómo se planteó un problema a comparación

de que factores actuales podrían dar el mantenimiento y prevención de un cambio. De esta forma este enfoque permite que el paciente trabaje con sus propios recursos, habilidades y logros personales enfocándolos y orientándolos hacia la construcción de las soluciones, profundiza en la causa de la solución y no del problema, trabaja con aquellos que forman parte de la solución y no solamente parte del problema, en su práctica genera esperanza y la utiliza para alcanzar un cambio.

Se puede afirmar que Milton Erickson es el “Abuelo” de la terapia breve, ya que a partir de sus prácticas terapéuticas y las observaciones distintivas de sus alumnos, surgieron diversos enfoques de terapia breve, que con el paso del tiempo han ido cristalizado en una: terapia breve estratégica.

3.2 Historia de la terapia breve estratégica

3.2.1 Psicoterapia breve de urgencias

Se desarrolló en 1946, en respuesta pragmática a necesidades existentes, después de la segunda guerra mundial, cuando L. Bellak ayudó a los veteranos de guerra en periodos limitados de 3 a 6 sesiones como lo permitía la administración. Él creía que la psicoterapia breve se tenía que orientar hacia los síntomas y tratar de mejorar la situación psicodinámica del individuo en la

medida de lo suficiente para que continuara funcionando y “la naturaleza pudiera completar el proceso de curación” (Small1978).

Tiempo después Bellack pasó a ser director de la primera clínica psiquiátrica en Estados Unidos transfiriendo así su enfoque de atención de urgencias, ya que era la única con la que disponían para dos millones de habitantes. Posteriormente el presidente John F. Kennedy hizo de su enfoque un patrón a seguir en la mayoría de los centros.

Dicho enfoque identifica como medular la ejemplificación del problema para facilitar el aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje en la terapia, de forma concreta, vivido y vistoso, por ejemplo, la ambivalencia se puede explicar cómo ese sentimiento mezclado que alguien siente cuando ve a su suegra dentro de su nuevo Cadillac cayendo por un acantilado; o bien para ilustrar una conducta narcisista egodistónica relatando la historia (1986) de “un pordiosero que va a ver a un hombre rico y le cuenta su desafortunada historia, al parecer logra causar compasión porque las lágrimas ruedan por las mejillas del multimillonario, toma una campana y llama al mayordomo, el pordiosero piensa que lo va ayudar. El mayordomo llega y el multimillonario le dice: echa al pordiosero, me está rompiendo el corazón”.

Una razón importante por la que la terapia de corto plazo se extendió a la asistencia psiquiátrica, fue las limitaciones económicas de muchos de los que acuden en busca de ayuda terapéutica, llegando a ser más accesible para las personas de pocos recursos. Así es como de inicio, los fines terapéuticos se centran en la superación de síntomas y episodios agudos o situaciones perturbadoras actuales que se presentaban como prioritarias por su urgencia y/o importancia dando soluciones eficaces en tiempo favorablemente cortos.

Esta práctica inicial de la terapia breve marcó la percepción de este modelo integrador en la mayoría de los psicólogos, que lo distinguen sólo por emplearse en centros de salud social, donde el personal ciertamente no se interesa en el paciente, ni se es capaz profundizar en el problema del paciente, obteniendo soluciones de corto alcance en la medida que la subsidia la administración.

3.2.2 Psicoterapia breve sistémica

En el año 1959 en la localidad de Palo Alto, se funda el Mental Research Institute (MRI), grupo pionero compuesto por Donal Jackson, Jule Rikin y Virginia Satir, Este grupo comenzó estudiando las paradojas de la comunicación trabajando con familias, explorando las dinámicas comunicativas, dicho trabajo concluyó que las conductas humanas no podían pensarse como individuales

sino como recursivas, imponiéndose así la noción de feed back, pasando de las acciones simples a las interacciones.(Nardone 1999)

De esta forma nació la terapia familiar, en honor a la ruptura del trabajo individual con el paciente que proponía el psicoanálisis, dicha terapia es también llamada sistémica ya que es posible aplicarla a organizaciones, familia, grupos, parejas y de forma individual.

El surgimiento del constructivismo hizo sentir a los terapeutas familiares sistémicos que lo que ellos buscaban en las familias no era algo que se encontraba fuera sino más bien algo relacionado con sus supuestos personales o premisas sobre la gente, familia, problemas, proceso similar que sufren los sujetos que acuden al psicólogo en cuanto que tenían también sus propios supuestos, que pueden ser vistos no solo como resistencia, sino como fuente de posibilidades durante el tratamiento.

Ciertamente el grupo de Palo Alto fue quien desarrolló un enfoque sistémico interaccional, y sistematizó las ingeniosas técnicas terapéuticas de Milton Erickson y con esto empezó a delinear un modelo de trabajo terapéutico centrado en la resolución del problema, un modelo poblado de técnicas que

buscan cambiar la realidad del consultante y en tiempo breve mermar el sufrimiento humano.

Aun con la muerte y abandono de los pioneros de estas investigaciones sus aportaciones construyeron las bases de lo que hoy llamamos Soluciones Focales. Este enfoque se desarrolló en el Capítulo 3: Marco Teórico. Se llamaría Terapia basada en soluciones y en combinación con sus contribuciones acerca de la comunicación como el uso de metáforas, relatos, analogías, las prescripciones de comportamiento, entre otras, son las que conforman los recursos de la terapia estratégica.

3.2.3 Psicoterapia breve basada en soluciones

El título de terapia breve basada en soluciones, y los pasos específicos implicados en su práctica, se atribuyen a Steve de Shazer en 1978 y su equipo en el Centro de terapia Familiar Breve en Milwaukee, Estados Unidos. En sus inicios este enfoque estuvo influido por el trabajo del MRI de Palo Alto, sin embargo, se fue apartando con el tiempo al ir enfatizando la búsqueda de excepciones con cimientos Ericksorianos que forjan una visión despatologizante de la terapia, un énfasis en los recursos de los consultantes y en la orientación al futuro.

La TBS parte del constructivismo según el cual la realidad sólo se conoce cuando uno se tropieza con ella, el resto son construcciones de la realidad. Concibe el sufrimiento psíquico como algo generado por una deformada construcción de la realidad. Basta cambiar la misma, para que uno tenga una mejor percepción de sí mismo. Quien se consideraba inepto o incapaz, descubre aptitudes y habilidades y esto le hace pasar de considerarse un fracasado a un ser exitoso. Sin embargo, la tradición pragmática y la filosofía de la estratagema como clave de solución de problemas poseen una historia más antigua, por ejemplo, en el arte de la persuasión de los sofistas.

A diferencia del enfoque centrado en el problema que se limita a explorar el problema y en descubrir que sostienen el problema, el enfoque centrado en la solución se explaya en todos aquellos momentos (excepciones) en los que no se presenta el problema o cuando la situación problemática la logra controlar el consultante, identificando con ello aquellas pautas de solución, poniendo énfasis en su desarrollo y establecimiento.

La terapia breve basada en soluciones es una serie de sesiones, no más de diez, donde el Equipo y el/los consultantes se ocupan fundamentalmente de los momentos y las maneras en que se ha resuelto la dificultad que les trae a consulta. Rechaza la Teoría empírica que afirma que el experimentador no afecta al experimento considerando que el experimentador y el experimento se

influyen mutuamente, con este postulado deduce la necesidad de un acoplamiento entre el terapeuta y paciente para que la terapia tenga resultados satisfactorios. (Cade 1995)

Durante la primera sesión no es necesario hablar mucho del problema que lleva a los consultantes a solicitar la terapia, con una breve descripción basta para empezar el trabajo terapéutico. Posterior a esta descripción los esfuerzos del terapeuta deben concentrarse en la búsqueda de soluciones eficaces a través de las excepciones, es decir, las ocasiones en que no ocurre el problema. El objetivo que busca la terapia es ampliar las excepciones y para ello se requiere una descripción minuciosa de éstas por parte del consultante, encontrando con ello las pautas de solución que al ampliarse comienzan a generar el cambio deseado.

La diferencia más notable con las entrevistas clásicas es que la TBS ocupa casi todo su tiempo en construir imaginariamente cómo será la vida sin el problema. Se hace de una forma detallada y concreta, de tal manera que esa descripción haga palpable, posible y muy cercana su realización, justo lo contrario de la relación tradicional, que se entretiene en describir detalladamente el problema, indagar sus causas y resaltar los efectos negativos que genera; lo que aumenta la percepción de la gravedad del mismo.

En esta etapa de la entrevista se puede utilizar la técnica de la pregunta del milagro (2010) ¿qué pasaría si al despertar ya no estuviera milagrosamente el problema?, la cual permite definir los objetivos terapéuticos y va a marcar el camino de la terapia y la técnica “sin hablar de problema”, técnica que resulta útil para la identificación de recursos para ayudar a la persona a relajarse, o ser más asertivo. El terapeuta también puede recopilar información sobre los valores del cliente y las creencias y sus puntos fuertes, para luego utilizar estos puntos fuertes y los recursos para mover el tratamiento a seguir.

En oposición a la idea de que las personas deben comprender la forma como su historia contribuye a su problema del presente, los terapeutas que aplican la TBS han descubierto que no es necesario hurgar el pasado y que además rara vez sirve para cambiar las cosas. En su lugar, estos psicoterapeutas generan soluciones para los problemas que se están experimentando en el momento.

De esta forma la TBS funciona con mucha rapidez porque omite el proceso de hurgar el pasado en búsqueda de explicaciones. Simultáneamente la investigación indica que los intentos por ayudar a otros a comprender y manejar sus estados de ánimo instalándolos a hablar sobre los sucesos relevantes de su pasado también pueden contribuir involuntariamente a consolidar y perpetuar los estados anímicos del presente.

Los terapeutas focales o breves, no creen que eliminar un síntoma sin comprender su causa o significado desembocaría en una substitución de síntoma, es decir, un síntoma nuevo tomaría el lugar del viejo o el síntoma original reaparecería posteriormente. Aunque la substitución de síntoma es una creencia generalizada, la TBS no se basa en dicho supuesto.

Este enfoque niega la existencia del concepto conocido como "resistencia", a cambio de ello, el terapeuta tiene el deber de identificar el modo de cooperar del consultante, para lograr esto Steve de Shazer propone que durante la segunda sesión después de habersele encomendado una tarea el consultante o familia, su manera de responder a esta nos da un indicador del tipo de cooperación que proporciona el consultante, a modo de ejemplo, se puede mencionar que si el consultante responde a una tarea haciendo lo contrario a lo que se le pidió, es necesario que el diseño de las tareas siguientes estén hechas para que el consultante haga exactamente lo contrario.

Dentro del trabajo terapéutico de la sesión, se hace énfasis así mismo en la evocación de recursos del consultante, siendo que esto contribuye a ir generando la solución, también el lenguaje del terapeuta debe dirigir al consultante a un cambio perceptivo y conductual. También se hace uso de preguntas presuposicionales durante la sesión, éstas preguntas básicamente

consisten en que el terapeuta presupone la existencia de una solución que ya existe en el consultante, produciendo con ello cambios.

La Terapia Basada en Soluciones (TBS), es un modelo de terapia breve con base sistémico- estratégico, cuyos resultados presentados en lo que refiere a eficacia y eficiencia parecen ser todavía más significativos que los de MRI.

3.2.4 Psicoterapia breve estratégica

Un año después de fundación del Mental Research Institute en Palo Alto se incorporó al equipo de investigadores Paul Watzlawick, que contribuyó al fin de dicho instituto: la sistematización de los principios teórico-aplicativos de la comunicación en sus aspectos pragmáticos y terapéuticos. No obstante en 1990 Paul Watzlawick y Giorgio Nardone iniciaron investigaciones que ha conducido a las modernas evoluciones de la terapia breve llamada estratégica a través de una avanzada tecnología terapéutica que ha demostrado sorprendente eficacia y eficiencia en su aplicación a las formas de patología más invalidantes y persistentes.

A la muerte de Paul Watzlawick, Giorgio Nardone actualmente contribuye con los protocolos específicos de tratamiento, diseñados para problemas clínicos determinados como pánico, fobias, obsesiones y compulsiones,

trastornos de la alimentación, etc. y con la teoría relativa a su formación y persistencia.

La Terapia Breve Estratégica se trata de una intervención terapéutica breve que se ocupa por un lado de eliminar el síntoma o el comportamiento disfuncional que ha llevado a la persona a la terapia y por otro lado de producir un cambio en la forma que esta persona construye su particular realidad personal e interpersonal. No obstante, no se trata de una simple teoría y una práctica en el terreno de la psicoterapia, sino una verdadera y auténtica escuela de pensamiento.

En la Terapia Breve Estratégica el diagnóstico se realiza en base al sistema perceptivo-reactivo que tiene cada persona, esto significa que no todos percibimos la realidad de la misma forma. Cada persona tiene un particular modo de percibir las cosas y esta percepción particular se construye en base a lo que cada uno siente y cree.

Por lo tanto el método que permitirá que la persona consiga el cambio será una intervención por parte del terapeuta que provoque experiencias perceptivas concretas que pongan a la persona en condiciones de sentir algo distinto con relación a la realidad que debe cambiar. Una vez que la persona

sienta y perciba la realidad de una forma distinta a como lo hacía hasta el momento llegaran de forma inevitable los cambios tanto a nivel emocional como comportamental.

Considera que recurrir a información sobre el pasado o historia clínica del sujeto representa solo un medio para disponer de mejores estrategias de resolución de problemas actuales y no un procedimiento terapéutico como suele ser en las formas tradicionales de psicoterapia. Además cree que saber cómo se ha creado o cómo se ha originado un problema no significa que sepa cómo resolverlo.

Desde un punto de vista estratégico, para resolver un problema no es necesario desvelar las causas originales, cuando existen, dirigiéndonos al pasado (que por otra parte no puede ser cambiado), por tanto se trabaja sobre cómo el problema se mantiene en el presente, gracias a las redundantes repeticiones de las soluciones intentadas.

Por este motivo el primer objetivo de una terapia estratégica consiste en provocar una ruptura del círculo vicioso creado entre las soluciones intentadas y la persistencia del problema, trabajando en el presente en vez de sobre el

pasado, sobre “cómo funciona” el problema, en vez de sobre el “porqué existe”, sobre la investigación de las “soluciones” en vez de sobre las “causas”. Una vez interrumpido este círculo vicioso se fractura el equilibrio surgiendo inevitablemente la necesidad de establecer un nuevo equilibrio que esté basado en las nuevas percepciones. Precisamente porque la repetición redundante de nuestras soluciones produce el problema, suspender los intentos disfuncionales para resolver el problema ya produce cambios positivos.

La herramienta que utiliza la Terapia Breve Estratégica para llevar a cabo el tratamiento son las prescripciones o tareas que el terapeuta manda al paciente y que son revisadas en cada sesión, y el diálogo estratégico. En la Terapia Breve Estratégica los cambios no son producto de las directrices que el “experto” da al “inexperto”, sino el fruto de descubrimientos conjuntos tras un diálogo sabiamente estructurado para este fin.

Desde la primera sesión el diálogo es en sí mismo la herramienta terapéutica. Las preguntas estratégicas son el vehículo que lleva al paciente a “sentir” las cosas de un modo diferente y en consecuencia, a cambiar reacciones, descubriendo recursos que estaban bloqueados por las percepciones anteriores, rígidas y patógenas en muchas ocasiones. El arte persuasivo está en el proceder con una serie de preguntas que, como un embudo, hacen que la persona confluya, a través de sus respuestas al punto

clave respecto a sus creencias precedentes. Todo de tal forma que llegue a sentir la exigencia de cambiarlas, gracias a las nuevas percepciones descubiertas dentro del diálogo, y sustituirlas por las nuevas.

Regularmente las sesiones de una terapia estratégica se realizan quincenalmente. Una vez avanzada la terapia las sesiones se irán espaciando progresivamente en el tiempo, el tratamiento se dirige y se focaliza en el problema que trae el paciente. No se analizan si no son necesarios otros aspectos de la persona que no estén directamente relacionados con el motivo de consulta. En terapia se realiza la valoración centrando el interés y estudiando: cómo la persona se relaciona consigo misma, con los demás y con el mundo, cómo funciona el problema asimismo cómo la persona lo ha intentado resolver hasta el momento y finalmente cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

En la última sesión en terapeuta se dedica a internalizar las soluciones establecidas en el paciente o por todos los miembros de una familia, tomando lista de todos los recursos con los disponen para erradicar el problema o enumerando todas las posibilidades de hacer de nuevo peor las cosas. Un terapeuta estratégico atribuye la responsabilidad del éxito al paciente, mientras que el paciente por su parte, asume la responsabilidad de un fracaso eventual

el cual lo ha llevado a terapia, dejando a la persona la posibilidad de hacer frente al problema con otra terapia en caso de necesitarlo.

Con respecto a los cambios que se producen a raíz de la intervención terapéutica son cambios profundos y duraderos. Para que un tratamiento estratégico se pueda decir que es efectivo los cambios o la reducción de los síntomas se deben observar desde la primera o segunda sesión.

Por tanto la terapia Breve Estratégica representa una intervención radical y duradera cuya finalidad es substituir una espontaneidad disfuncional por una nueva espontaneidad funcional. Cuando nosotros reaccionamos a un estímulo externo lo hacemos espontáneamente por eso tendremos que cambiar la espontaneidad con el fin que las personas no solo cambien su modalidad de ver las cosas sino también su modalidad de reaccionar a la realidad que antes se ha construido.

La Terapia Breve Estratégica ha gozado desde sus inicios con una eficacia contrastada en los contextos clínicos y socio-educativos, presentando una evolución constante en ajuste a las necesidades socio-culturales emergentes. Alcanzado una gran expansión en la última década gracias a Nardone y Paul Watzlawick, que enfocaron sus esfuerzos en realizar una

síntesis, presentado formulaciones específicas, maniobras concretas, cuidadas y repetibles, capaces de producir el cambio en cada una de las específicas y redundantes formas de persistencia de las más relevantes formas de patología. Es decir, tipologías específicas de tratamiento para formas concretas de patología. (Nardone, Balbi 2009)

De esta manera la Terapia Breve en sus últimas formas, Estratégica, sus principales bases en las que se cimienta son: la Teoría General de Sistemas, la Cibernética (metáforas razonables) de las acciones humanas y el Constructivismo. Las primeras dos manifestadas en la desestructuración de circuitos de acciones y retroacciones fallidas del paciente, es decir los intentos de solución fracasados que sostiene al problema. Y la última da cuerpo a la comprensión de las atribuciones de significado sobre las cosas que exterioriza el paciente a través de su lenguaje. (Nardone 1999)

3.3 Diferencias entre psicoterapia breve y psicoterapia tradicional

3.3.1 La lógica

Una de las principales diferencias que sostiene la terapia breve y la terapia tradicional es el uso de la "lógica", puesto que, la terapia tradicional se rige por la lógica **hipótesis-deductivo**, mientras que, la terapia breve opta por una lógica **constitutivo-deductivo**, veamos qué significa esto. La primera forma

de lógica supone causa y efecto concibiendo al mundo lineal, mientras que la segunda lógica considera la realidad circular es decir tanto el sujeto modifica la realidad como esta última al sujeto, considerando un mundo no lineal.

En ésta última afirmación se basa la forma en la que resuelve un problema la Terapia Breve Estratégica o TBE (como última actualización de la terapia breve) sosteniendo que no existe ninguna conexión lineal entre cómo un problema se crea y cómo éste persiste y que sobre todo no existe ningún nexo lógico entre cómo el problema se crea y cómo puede ser cambiado y resuelto.

Por tanto la terapia breve se sitúa en contra de principios aristotélicos que son: coherencia y no contradicción, que descansa en la distinción de falso Vs verdadero, es decir en la lógica hipotética –deductivo que se basa en verdades no comprobadas.

El ejemplo de una verdad no comprobada es la cuestión sobre el origen del universo, algunos sostienen que se trató de un acto de creación hace 4000 o 5000 años, otros dicen que nunca tuvo comienzo y que tampoco tiene fin ya que el universos es un sistema en perpetuo equilibrio, también están los que afirman que hace aproximadamente 10 o 20 mil millones de años el universo comenzó a existir después de un *Big Bag*. Sea cual fuere la verdad nadie estuvo allí para

verlo, por tanto, se trata de basar todo un sistema en una verdad no comprobada, como pasa de igual manera en la teoría de la evolución humana de Darwin; y es que un principio indecidible tiene como característica principal sus innumerables respuestas distintas a un enigma.

De esta forma, los principios aristotélicos ha llevado a considerar verídicos los marcos conceptuales construidos por psicólogos tradicionales, cuando no son más que el resultado de una decisión sobre una cuestión en principio indecidible.

En esta línea, la necesidad de indagar en el pasado del cliente de las terapias tradicionales, surge de la premisa aristotélica: correcto Vs incorrecto, orientando el trabajo terapéutico en ir “hasta el fondo” y subir a la “superficie” hasta que sea posible captar el “verdadero” sentido o el significado “correcto” mediante reglas de transformación en las que supuestamente descansa la teoría terapéutica. Marcando uno de los errores epistemológicos más común en las terapias tradicionales, la búsqueda de los cimientos de un determinado acontecimiento, como si dicha búsqueda fuese el pasaporte a la primera verdad. (Nardone 1999)

En contra parte, en la terapia breve estratégica el trabajo terapéutico consiste, en contar de nuevo la historia cambiando el significado de su contenido, precisando que el punto crucial de una terapia es la persistencia de un problema más que el origen del mismo. Con esto, la labor terapéutica no consiste en buscar la verdad ni en dirigir la terapia hacia lo que se considera “correcto” sino, únicamente en crear condiciones de aprendizaje en las que algo distinto, factible y adecuado a la idiosincrasia del cliente pueda ocupar el lugar de esos síntomas y sufrimiento que lo acoge.

Ahora bien, el psicoanálisis y el conductismo son modelos teóricos-aplicativos basados en teorías rígidamente deterministas, ciertamente escuelas con pensamientos opuestos pero con igual epistemología de fondo. Estos enfoques y todos sus derivados aplican una lógica tradicional de carácter racionalista-aristotélico basada en conceptos de objetividad científica, coherencia, principio de no contradicción, conceptos que reducen el conocimiento de la mente y la conducta humana, mediante la aplicación rígida de la lógica “hipotético-deductivo” que funda sus hipótesis en “*a priori*” construyendo así un sistema autorreferente.

El conjunto del carácter “racionalista-aristotélico” y la lógica “hipotético-deductivo” exhibe un círculo virtual en el que, las hipótesis se confirman desde una teoría no confirmada y la teoría se confirma mediante deducciones lógicas

que ella misma ha construido. En resumen, una especie de circularidad causal en el seno de la cual se verifican unas a otras verdades no comprobadas.

La psicoterapia cognitiva es una de las formulaciones más innovadoras de la psicología sin embargo presenta la situación anteriormente descrita. La teoría y la epistemología cognitiva son en efecto realmente modernas, pero si se analizan los modelos aplicativos se descubre que los principios aristotélicos de coherencia y no contradicción se aplican todavía mucho. Por ejemplo, la lógica que orienta la intervención terapéutica en la psicología cognitiva va dirigida a la resolución de las contradicciones en el interior de los constructos cognitivo-emocional del individuo para llevarlo a una propia coherencia interna; como si la ausencia de contradicciones internas fuera equivalente a una ausencia de problemas psicológicos.

En contraste la lógica “constitutivo-deductivo” que utiliza la terapia breve garantiza la adaptación de soluciones al problema, pues durante el proceso interactivo entre solución y problema existe una autocorrección constante del modelo de intervención a partir de efectos detectados, antes que la persistencia de soluciones que no producen resultados positivos y que a menudo aumentan la gravedad del problema que deberían resolver, solo por el hecho de ser coherentes y congruentes con el modelo teórico-aplicativo adoptado.

Así, contrario a la coherencia y principio de la no contradicción, la terapia breve estratégica se basa en el autoengaño, sugestión, estratagema, la paradoja, la creencia y la contradicción, es decir la lógica estratégica, que se lleva a cabo con procesos no ordinarios. Seleccionando su tipología más idónea de acuerdo con las características del problema y del objetivo que se pretende conseguir. Por tanto, la construcción de una sola prescripción se planifica partiendo del supuesto lógica estratégica, regulada por el objetivo por conseguir que tengamos adelante y no por la teoría por confirmar que tenemos atrás.

Un ejemplo claro de lo antes dicho es la utilización de la racionalidad para intentar convencer a un paciente obsesivo-compulsivo de que ha de interrumpir sus rituales patológicos, sin duda, no se consigue ningún efecto. Si, en cambio, se recurre a una *estratagema*, se podría prescribir al paciente (1999): “cada vez que llegue a realizar un acto de su ritual deberá repetirlo cinco veces, ni una más ni una menos; puede no hacerlo..., pero si lo hace una vez, deberá hacerlo cinco veces más, ni una menos ni una más.” La prescripción utiliza la misma lógica de la persistencia de la patología, pero invierte su sentido, de modo que la misma fuerza del síntoma se dirige contra el trastorno, con la consecuencia de que rompe su perverso equilibrio.

La imposición de una repetición ritualizada de los rituales, lleva a la persona a una construcción de una realidad distinta, que remiten las

compulsiones irrefrenables, en el interior de la cual se abre la nueva posibilidad de no llevar a cabo ningún ritual, ya que en la nueva realidad el ritual no es ya irrefrenable espontáneo, sino impuesto y voluntario. Así, controlamos el síntoma construyendo otro síntoma nuevo, estructuralmente isomorfo, que anula el primero, pero, puesto que se trata este nuevo síntoma de una construcción deliberada, puede ser rechazado de forma voluntaria. Igual como dice la antigua estratagema china (1981): “obliga al enemigo a subir al tejado y luego quítale la escalera”.

De esta forma se lleva a cabo una técnica menos compleja en su articulación lógica y lingüística, por tanto, más fácilmente utilizable, incluso por quien no posea notables capacidades retóricas, competencia indispensable para recurrir a las maniobras de modelos teóricos-aplicativos anteriormente descritos. La técnica de la terapia breve estratégica por su simple adaptabilidad es, además, aplicable a una lista amplia de problemas psicológicos y psiquiátricos.

3.3.2 Uso del lenguaje

Cabe mencionar que, en la evolución de la psicoterapia tradicional han excluido durante casi un siglo todo aquello que pudiera ser entendido como persuasión o manipulación, sosteniendo que la relación terapeuta-paciente debe tener connotaciones propias de una retórica platónico-aristotélica basada en postulados de “verdad, sinceridad, lealtad, honestidad y compasión emotivo”

(1985). Como si fuera posible ayudar a alguien sin influir en él, o como si la influencia personal deliberada fuera un pecado original del que debieran liberarse los terapeutas.

Los terapeutas breves por su parte consideran la comunicación persuasoria no como un comportamiento “no ético” del terapeuta, sino más bien como una competencia terapéutica útil y profesional. Convirtiendo el lenguaje, en otra diferencia entre la terapia tradicional y la terapia breve, ya que la mientras la primera emplea el lenguaje **racionalista-demostrativo** la segunda es de tipo **sugestivo-imperativo**, en donde el lenguaje permite dar vuelta a la inevitable resistencia al cambio, con ayuda de la utilización retórica e hipnótica de la comunicación, que lleva al paciente y terapeuta a la *reestructuración*, que no mas que, una construcción mediante artificios comunicativos de una realidad que lleva al paciente a la adquisición de una perspectiva distinta de su problema, como efecto de una forma sutil de persuasión.

Los artificios comunicativos ocupados en TBE son paradojas, metáforas, chistes, así como las analogías, pues ejercen poderosos efectos a través del mecanismo de activas pautas asociativas inconscientes y tendencias de respuesta que de pronto se suman para presentar ante la conciencia un dato o respuesta conductual aparentemente “nuevo”.(Cade 1995)

Capítulo 3: Marco Teórico

La terapia tradicional sostiene una posición retórica racionalista y por tanto ocupa el lenguaje en psicoterapia para llegar a una demostración intelectual racional, considerando que, cuando la persona está en condiciones de conocer lo “verdadero”, evita las contradicciones y es coherente refleja que ha llegado a su término el proceso “persuasorio” psicoterapéutico con el lenguaje demostrativo. En cambio adoptando una posición sugestiva no racionalista Pascal (1984) dice: “cuando se quiere corregir con provecho a otro y mostrarle que yerra, conviene ante todo observar de qué lado considera él la cosa, porque suele ser verdadera por ese lado, al mismo tiempo mostrarle el lado por el que puede ser falsa. De ello quedará contento porque verá que no se engañaba y que su error estaba solo en no ver todos los lados de la cosa...”

La diferencia entre ambos modelos de lenguaje está en considerar, en el racionalista-demostrativo que, el cambio es efecto de un proceso gradual basado en el aumento directo o indirecto de conciencia durante el tratamiento definido y conocido como *insight* y en el sugestivo-imperativo por lo contrario, la conciencia es el efecto del cambio, por lo que el efecto sugestivo de las estrategias retóricas está en inducir al sujeto a ponerlas en práctica o bien a adherirse a ellas en el momento en que es obligado hacerlas operativas.

En otras palabras, la terapia tradicional tiene por indispensable que sea la conciencia modificada y ampliada la que dé vida al cambio; mientras que, en la

terapia breve la transformación de las convicciones y de la conducta es efecto de estrategias que aluden a los sistemas de representación del paciente, llamados por los tradicionalistas “resistencias”, y consiguen que el paciente construya sin darse cuenta de la contradicción, acciones y percepciones y conocimientos que desencadenan el cambio.

3.3.3 Resistencia

Durante años se ha manejado la noción de “resistencia” en terapia como un obstáculo para alcanzar el objetivo terapéutico, en la terapia estratégica al se considera que todos los clientes buscan cambiar y ven a la “resistencia” como la manera que el cliente tiene para hacer saber cómo pueden ayudarle, pues recordemos que, toda conducta puede ser contemplada desde muchos puntos de vista y el significado que se le da a la conducta depende de la construcción mental o interpretación del observador.

De hecho, la resistencia ha de ser respetada, en vez de considerarla como una intención activa y deliberada o también inconsciente, de oponerse al terapeuta. La resistencia habrá de aceptarse abiertamente, más bien aceptada cortésmente, dado que se trata de una comunicación esencialmente importante. (Nardone 2008)

Para minimizar las posibles resistencias la terapia breve utiliza el lenguaje a su favor, es decir, realiza cumplidos y su propósito es ayudar a orientarse hacia la solución; el mensaje terapéutico se diseña de forma que el cliente sepa que el terapeuta ve las cosas como él y está de acuerdo con él. Esto, hace que el cliente esté más fácilmente de acuerdo con el terapeuta, así el cliente posee el marco mental adecuado para aceptar indicaciones sobre soluciones nuevas y diferentes.

En la perspectiva de Ericksoniana el abuelo de la psicoterapia breve los terapeutas que desean ayudar a sus pacientes no deberían nunca despreciar, condenar o rechazar ningún aspecto de la conducta del paciente simplemente porque sea obstructivo, poco razonable o incluso irracional. La conducta del paciente forma parte del problema presentado en el consultorio.

De modo que todo en cuanto el paciente trae al consultorio es de alguna manera parte suya y de su problema. Los terapeutas no deberían limitarse a tener en cuenta sólo lo que es bueno y razonable en cuanto ofrece un posible punto en que apoyar los procedimientos terapéuticos, a veces, de hecho, muchas veces más de lo que se supone, la terapia solo puede establecerse de una manera firme utilizando manifestaciones tontas, absurdas, irracionales y contradictorias. No es que esté en juego la dignidad profesional de uno, sino la misma competencia profesional.

En esta línea, los cambios terapéuticos, si han de burlar las resistencias, deben producirse inicialmente sin que el paciente sea consciente de ellos. Erikson sostenía además que, la resistencia del paciente no debe interpretarse, sino que debe utilizarse en clave estratégica poniendo en práctica la utilización, que no es más que la disponibilidad del terapeuta a responder estratégicamente a todos y cada uno de los aspectos del paciente o del entorno, es decir, tomar cosas de la situación inmediata y aprovecharlas orientándolas constructivamente.

En la psicoterapia tradicional, el profesional a menudo interpreta la conducta simbólica y las locuciones propias del paciente. Si el paciente afirma “me hace daño el cuello”, el terapeuta podría interpretar el simbolismo de afirmación preguntando al paciente: “¿Qué es lo que te causa dolor en el cuello?”. Las interpretaciones de este tipo ensalzan la importancia de la comprensión consciente en la que se basa la terapia tradicional. No obstante, el terapeuta puede aplicar la utilización descansando en el supuesto que si un paciente puede comunicar simbólicamente, también el terapeuta puede ser igualmente inteligente y comunicarse simbólicamente con el paciente, de esta forma, en vez de interpretar el simbolismo, puede usar los procesos simbólicos constructivamente y crear símbolos terapéuticos. (Nardone 1999)

Además de ocupar la utilización, la terapia breve estratégica suministra indicaciones sugestivas al paciente, que no son más que directrices acerca de otro tipo de cosas que el cliente puede hacer y que probablemente le han de beneficiar y llevar en dirección a la solución, por esto y más se considera que el lenguaje ocupado por la terapia breve es de tipo sugestivo-imperativo, sin pasar por alto que todas las técnicas ocupadas deben ser valoradas por la respuesta del paciente, no por la ingeniosidad de su estructura. De tal forma que, si no se sigue una respuesta positiva a la insinuación, el terapeuta actuará con otra técnica.

3.3.4 Terminología

Una diferencia más entre la terapia tradicional y breve estratégica, es que esta última no utiliza ni realiza ninguna teoría sobre la naturaleza humana y por lo tanto no construye ninguna definición relativa a la "normalidad" o "patología" psíquica, teniendo esto en común con la TBS. Por lo tanto en la Terapia Breve Estratégica se concilian estos términos como comportamientos o formas de relacionarse funcionales o disfuncionales. El objetivo terapéutico se centrará en modificar esos comportamientos o esa forma de relacionarse con su propia realidad que es disfuncional para la persona y que le llevan a solicitar ayuda psicológica.

La orientación de la terapia tradicionalista se basa en el adoctrinamiento teórico-conductual y en el etiquetado diagnóstico propio del modelo asumido,

poniendo en práctica la codificación o conceptos, términos a los trastornos, síntomas o situaciones problemáticos de los pacientes, situación que no lleva a cabo la terapia breve estratégica pues si se define a una persona como deprimida, en realidad comenzara a considerarse y comportarse como deprimida, siendo el efecto final que la profecía realiza.

La terapeutas breves se ha percatado que la mayoría de los psicólogos tradicionales olvidan que “el nombre no es la cosa, o bien, el mapa no es el país, despeñando en el mismo error del esquizofrénico, que se come la carta de los menús en vez de los platos anotados en ella, y luego se queja del mal sabor de boca, y termina por suponer que se le quiere envenenar.” (Watzlawick 1995)

De manera general, un error que con mayor frecuencia se presenta entre los psicólogos es, suponer que un gran problema complejo sólo puede ser abordado mediante complejas estrategias de solución de similares proporciones.

Después de muchos años de estudiar el trabajo terapéutico Erickson (1980) escribió: "Es más fácil de curar una fobia en diez minutos que en cinco años ... no me di cuenta que la velocidad con la que hacer las cosas las hace por última vez ... me enseñó a la gente la cura la fobia. Harían parte de ella una semana, parte de ella la siguiente, y parte de ella la semana siguiente. Luego vendría y me dice "No funciona!" Sin embargo, si usted lo hace en cinco minutos, y repetir hasta que pasa muy rápido, el cerebro comprende. Eso es

parte de cómo el cerebro aprende... he descubierto que la mente humana no aprende lentamente. Aprende rápidamente. No lo sabía."

3.3.5 Eficacia

Con lo dicho anteriormente, la psicoterapia breve estratégica no pretende ser un sucedáneo inferior a la psicoterapia a largo plazo, sino un tratamiento de primera opción que responde tanto ante las exigencias contextuales como a las expectativas de los pacientes. Demostrando su eficacia en numerosos estudios, como se demuestra en los estudios realizados por Shazer donde se observó que en 500 casos evaluados con la terapia breve, alcanza una media de 4,7 sesiones para solucionar una problemática psicológica. De los cuales se han logrado los objetivos un 82% de los casos tratados a los 6 meses de finalizada la terapia, que se mantienen e incluso mejoran con el paso del tiempo, ya que a los 18 meses un 86% manifiesta haber logrado los objetivos.

Otros estudios que vale la pena mencionar, son los hechos por el grupo Mental Research Institute (MRI), en el cual muestra que, en principio sus trabajos se llevaron a cabo dentro del límite expresamente establecido de 10 sesiones, y en el 72 de sus casos alcanzó el objetivo del tratamiento o bien mejoró de manera significativa con siete sesiones por término medio. De forma similar, el grupo Milwaukee señala una tasa semejante de éxito en terapia, sin embargo este grupo no estableció ningún límite de sesiones solo sugerían las

menos posibles, descendiendo el número promedio de sesiones por cliente de 6 sesiones para 1600 casos entre los años 1978 a 1983, hasta menos de 5 sesiones para 500 casos en 1984.

En los trabajos de diseño de protocolos específicos realizados por Nardone, se ha puesto en evidencia que, se han obtenido resultados verdaderamente sorprendentes, tales como el 87% de casos de fobia y obsesión resueltos en un promedio de 11 sesiones, en donde el 81% de los casos se detecta el bloqueo sistemático y, el 27% de ellos atestiguan la desaparición de los síntomas acabadas la primera sesión. En los casos de agorafobia, se han conseguido una eficacia evidentemente asombrosa ya que el 93% de los casos se han resuelto en un promedio de 7 sesiones. Los resultados obtenidos persisten, superando el examen de control efectuado tiempo después de haber cesado la terapia. Afirmando que el modelo es eficaz, no sólo como maquillaje terapéutico sino como terapia efectiva que garantiza 10 años de bien estar.

Cabe mencionar que, la medición de los resultados obtenidos, usando los protocolos específicos de tratamiento por más de 50 terapeutas distintos, muestran una eficacia y eficiencia no muy lejanas de los resultados obtenidos por el autor, lo cual pone de manifiesto la mayor transmisibilidad didáctica de los modelos estructurados de tratamiento específico respecto de los modelos general no específicos, como el psicoanálisis.

Esto, en términos de modelo de intervención, representa el paso de una fase artesanal a otra tecnológica ya que, los resultados muestran visiblemente que el cambio de modelos terapéuticos generales por protocolos específicos de terapia breve torna al modelo eficaz, eficiente y predecible. De este modo la psicoterapia puede convertirse en una auténtica disciplina científica más allá de una simple serie de técnicas terapéuticas que se basan en teorías que hay que demostrar.

Capítulo 3: Marco Teórico

Dichos estudios, práctica y teoría terapéutica ponen de manifiesto que, la terapia breve estratégica es simplemente el perfeccionamiento de la psicoterapia arcaica que se añejo durante siglos, gracias a los avances científico y aportaciones de incontables autores interesados en garantizar la satisfacción del cliente y su demanda en tiempo y forma, trasladando así a la psicoterapia de una pseudo-ciencia a una evidente ciencia competente, verificable en resultados eficaces.

3.4 Concepción de co-dependencia

3.4.1 Origen de la co-dependencia

La codependencia generalmente se origina en la niñez (pero puede aparecer a cualquier edad), dentro de un ambiente familiar (o grupal) no sano. El rasgo más distintivo de una familia generadora de adicción, es que deja sin satisfacer las necesidades de dependencia de sus hijos. Estas necesidades normales en la niñez no se ven satisfechas debido a que los padres no pueden hacerse cargo de ellos por distintos motivos (enfermedad física, mental, adicciones, ausencia física). En esta situación, los niños se ven obligados a depender y cuidar de sí mismos, hacerse cargo muchas veces de sus hermanos, cuando no de sus padres.

De esta manera se genera un personaje niño-adulto, prematuramente enfrentado con responsabilidades que superan sus posibilidades emocionales. Este Niño-adulto recurre a algunos mecanismos que son los que luego definen el perfil codependiente: negación (de sus propias necesidades emocionales) omnipotencia, perfeccionismo, control, etc. Cuando este niño llega a la vida adulta, nos encontramos con el Adulto-niño que ha desarrollado una cantidad de recursos para hacerse cargo, satisfacer las necesidades, y/o controlar la vida de los otros, mientras permanece enajenado de sí mismo.

3.4.2 Características de los co-dependientes

Los niños son por naturalezas inocentes, inexpertos ingenuos y con la creencia que sus cuidadores no pueden equivocarse. Y Sin embargo, en

realidad muchos de los cuidadores a menudo atacan o maltratan al niño por tener los rasgos normales de la imperfección, la dependencia y la inmadurez. Como resultado, el niño pierde su propia sensación de ser valioso (puesto que no ve que la falta está en el cuidador). Además, el hecho de que haya abuso significa que los progenitores no están mostrando que tienen límites, por lo cual el niño no puede desarrollar adecuadamente los suyos propios.

Cuando los cuidadores ignoran o atacan las características naturales del niño, este desarrolla rasgos disfuncionales de supervivencia para no desmoronarse y seguir creyendo que los cuidadores siempre tienen la razón. Adoptan y reforman su mundo mental para que no los anonaden los sentimientos de falta de valía y vergüenza que genera en ellos el abuso. Los rasgos disfuncionales de supervivencia hacia los que se han extraviado sus características naturales se convierten en los síntomas nucleares de la codependencia cuando el niño llega a la adultez.

Lo anterior se expone en la siguiente figura tomada del libro “Sentirse libre es ser feliz, como vencer las dependencias y recuperar la autoestima” de MellodyPia y Millar Andradre.

<i>Características naturales del niño</i>	<i>Rasgos disfuncionales e supervivencia</i>	<i>Síntomas nucleares de la codependencia</i>	<i>Efectos sobre los hijos de los codependientes</i>
	Cuando hay abuso pasan a ser	Que se convierten en	
valioso	Menos que o mejor que	Dificultad para experimentar niveles adecuados de autoestima	Incapacidad para valorar adecuadamente a nuestros niños
Vulnerable	Demasiado vulnerable o invulnerable	Dificultad para establecer límites funcionales	Incapacidad para no violar los límites de sus hijos
Imperfecto	Malo/rebelde/ o bueno/perfecto	Dificultad para expresar y asumir la propia realidad e imperfección	Incapacidad para que permitan que sus hijos tengan su realidad u sean imperfectos
Dependientes: con necesidades y deseos	Demasiado dependiente o anti-dependiente. No percibe necesidades/deseos	Dificultad para atender las propias necesidades y deseos adultos	Incapacidad para nutrir adecuadamente a sus hijos y enseñarles a satisfacer sus propias necesidades y deseos
Inmaduro	Extremadamente inmaduro (caótico) o maduro en exceso (controlador)	Dificultad para experimentar y expresar la realidad con moderación	Incapacidad para proporcionarles a sus hijos un ambiente estable.

Figura 2 (1994)

Sin lugar a dudas, en estos casos el factor nocivo básico es, sin excepción, la falta de auténtico afecto y cariño. Pues un niño puede soportar muchísimas de las vivencias usualmente conceptuadas traumáticas (el destete repentino, algunos castigos corporales, experiencias sexuales), siempre que en su intimidad se sienta querido y amado. (Horney 1937)

En resumen las características fundamentales de los codependientes son:

1. Olvidarse de sí mismo para centrarse en los problemas del otro (su pareja, un familiar, un amigo, etc.), es por eso que es muy común que se relacione con gente problemática, justamente para poder rescatarla y crear de este modo un lazo que los una.
2. Manifestar una inapropiada preocupación por las dificultades de alguien más.
3. El co-dependiente busca generar, en el otro, la necesidad de su presencia, y al sentirse necesitado cree que de este modo nunca lo van a abandonar, por tanto no pone límites y sencillamente todo lo perdona, cuando no reaccionan del modo esperado se esfuerza por controlarlo aún más.

3.4.3 Caras de la co-dependencia

El ser humano dispone de cuatro recursos fundamentales, a fin de escudarse de la angustia que sobreviene con la codependencia: el cariño, la sumisión, el poderío y el aislamiento, mismas que son las diferentes caras con las que se presenta la codependencia.

El primer mecanismo le cuadra el lema: Si me quieres, no me harás mal. El segundo término, el sometimiento, puede ser a instituciones, en este caso la obediencia a reglas o el acatamiento de las demandas dadas por estas instituciones se convertirán en motivos determinantes de la conducta volcando a una actitud susceptible de asumir la forma de sentirse obligado a «ser bueno».

En cambio, si la actitud de docilidad o sometimiento no concierne a ninguna institución y adopta la forma más general de complacencia con los posibles deseos de todos, en semejantes casos, el individuo reprime toda exigencia y crítica para con los demás, mostrándose dispuesto a dejar abusar de él, sin defensa alguna, y prestándose siempre a ayudar al prójimo sin discriminaciones.

A veces se percata de que sus actos se motivan en la angustia, pero comúnmente no lo reconoce y está persuadido, por el contrario, de que obra impulsado por un ideal de altruismo y de abnegación que llega hasta la renuncia de sus propios deseos. Tanto en la forma definida cuanto en la general de la sumisión, el lema rector es: si cedo en algo, no me harán mal.

La tercera tentativa consiste en recurrir al poderío, en tratar de arribar al sentimiento de seguridad conquistando poderío o éxito real, posesiones, la admiración de los demás o superioridad intelectual. El lema que gobierna estos intentos de protección es: Si soy poderoso, nadie podrá dañarme.

Hasta ahora los tres mecanismos anteriores tiene en común la disposición a lidiar con el mundo para superarlo de una u otra manera, no obstante el último: el aislamiento busca lograr sentimientos de protección retirándose

totalmente de él. Su lema director es: si me aílo, nada puede dañarme. Ello no implica recluirse en un desierto o vivir en radical soledad, sino independizarse de los demás en el grado en que sean capaces de afectar las propias necesidades exteriores o interiores.

Así, la emancipación frente a las necesidades exteriores puede alcanzarse de 2 formas: acumulando posesiones o restringiendo al mínimo las necesidades personales. Cabe aclarar que esta posesión difiere por completo de la que busca ganar influencia o poderío, pues esta acumulación de posesiones busca la “independencia” y hace sentir al sujeto excesivamente angustiado para gozar de ellos, atesorándolos con avaricia, pues el único objetivo que busca es prevenirse contra todas las eventualidades.(Horney 1937)

Cabe explicar que el presente trabajo se centra en dos formas de estos recursos: el de cariño y la sumisión. Si bien es cierto que estos cuatro recursos (cariño, sumisión, poderío, aislamiento) los poseen todos los seres humanos co-dependientes o no, la diferencia entre unos y otros es que, los libres de co-dependencia los ponen en marcha motivados por el deseo de satisfacer un anhelo de goce o felicidad y no por el impulso de alcanzar el sentimiento de seguridad.

3.5 La co-dependencia vista desde la terapia breve estratégica

Existen según el psicólogo Nardone, algunos patrones de actuación en las mujeres, que podrían corresponder a conductas codependientes, patrones que, en un primer momento responden a las exigencias de estas de manera eficaz y por tal motivo se van estructurando como mecanismos automáticos, para luego convertirse en modalidades rígidas que de ser funcionales pasan a ser su contrario disfuncional. De esta forma una buena solución se transforma en un error y en fuentes de problemas.

Algunas de estas modalidades de mujeres codependientes son: la *besadora de sapos*, la cual su dinámica se basa en la obstinada tendencia de la mujer a querer cambiar a la pareja, *la camaleónica* la cual se muestra siempre felices y entusiastas por la total sumisión en sus relaciones delegando conscientemente en la pareja toda la responsabilidad de manera natural y *la enfermera de guardia* en la que nos enfocaremos en este trabajo. (Nardone 2011)

La modalidad de la enfermera de guardia, hace referencia a una persona profundamente altruista y dispuesta a ayudar a los demás como rasgo esencial de su existencia, por tanto necesita continuamente a un enfermo de quien ocuparse. En general, la relación amorosa se establece en la tipología enfermera-enfermo, por tanto, cuando la misión de cuidar al enfermo alcanza su

objetivo, todo debería parecer perfecto, lo que haría pensar que la dinámica amorosa podría salir felizmente reforzada, sin embargo ocurre lo contrario, pues una vez terminada la dolencia, termina su función y la mujer enfermera pierde su rol, encontrándonos en una paradoja aparente, es decir, al alcanzar el anhelado fin, el éxito se transforma en desgracia. Para no caer en esta tragedia, la mujer enfermera puede cuidar a alguien que con el fin de que se mantenga la dinámica amorosa, ha de mejorar pero no sanar, de hecho buscara a un sujeto que recaiga una y otra vez en su dolencia de modo que permita a la enfermera de guardia reforzar periódicamente sus arrebatos amorosos y compasivos.

De esta forma, la terapia breve estratégica entiende a los problemas como soluciones intentadas disfuncionales que en un principio dieron resultados efectivos y que con el tiempo, se volvieron rígidas, convirtiéndolas en un problema mayor que el que intentaban solucionar, por tanto, para dar solución a cualquier problema psicológico es necesario identificar que mantiene el problema más que el por qué se originó, y proponer al paciente soluciones funcionales flexibles.

Por tanto la propuesta del presente trabajo es crear un cambio drástico en las conductas codependientes en las mujeres, a raíz de una ruptura de pensamiento y acción es decir, de la interrupción de las secuencias que se repiten en estos guiones sentimentales femeninos. En este supuesto se basa

las siguientes soluciones o estructura del programa de intervención, siempre abierto a la auto -corrección.

CAPITULO 4

PROPUESTA DE TESIS

4.1 Contextualización de la propuesta

Nombre de la propuesta

“**Guía de Intervención Psicológica para Mujeres co-dependientes con Técnicas de Terapia Breve Estratégica**”

Requisitos previos a la propuesta

Para llevar a cabo la presente propuesta así como lograr los mismos resultados de investigación es necesario que el terapeuta o aquel que debe crear y gestionar el cambio entienda y cuente en su persona con dos estrategias explicadas a continuación.

Estrategia: “*cambiar siempre permaneciendo los mismos*”, esta estrategia obedece a una lógica de la contradictoria al referirse a la capacidad de fluctuar de un punto de vista a su opuesto, a la flexibilidad que permite ser duro y después suave, primero cercano y después lejano. Es decir, de una habilidad a adquirir y mantener que precisa de un ejercicio constante con el fin de que la mente se mantenga elástica y libre de la necesidad de poner puntos fijos.

Se trata de la dosis de flexibilidad permita al terapeuta cambiar continuamente pero siendo siempre la misma persona, creando un equilibrio.

Esta capacidad de mutar constantemente hace que el punto de vista o comportamiento del terapeuta más funcional, con lo que se logra la habilidad de sintonizarse a las exigencias del interlocutor para luego guiar a través de artificios retóricos anulando posibles resistencias, pues como todas las cosas, cuando estas se vuelven rígidas se vuelven frágiles y por ende pueden romperse, así la personalidad del terapeuta al hacerse rígida es víctima de su propia fragilidad.

La segunda estratagema es: *“circular contra lineal, lineal contra circular”*, esto es, si se quiere intervenir sobre una fuerza lineal se utiliza una fuerza circular y viceversa, por ejemplo si se quiere detener un tronco que rueda ensartar y un perno entre el tronco y la superficie de rotación es la mejor solución gracias a que el perno brinda una fuerza lineal. Por tanto, esta estratagema consiste en que el terapeuta se sintonice, es decir, asuma una posición complementaria no al paciente sino a aquello que hace posible el cambio.

La lógica que subyace en las estratagemas es la que permite utilizarlas y traducirlas a cada una de ellas en maniobras cada vez más funcionales con el fin alcanzar el objetivo prefijado, es decir, son aplicables a realidades completamente diferentes unas de otras, pues se concentran únicamente sobre lo que es necesario para producir los cambios deseados.

Justificación de la propuesta de tesis

Resulta que a menudo, los pacientes se dan cuenta de que sus estrategias, por ejemplo para combatir el miedo, acaban por hacerlo aumentar, pero no están en condiciones de cambiarlas. Un ejemplo de lo antes dicho sería explicándolo de la siguiente manera (2007): Un psiquiatra le pregunta a un paciente que batía continuamente las manos-¿por qué sigues batiendo las manos? El enfermo responde -Para echar a los elefantes, el psiquiatra rebate:- ¡pero si aquí no hay elefantes!, a lo que el enfermo replica, mientras continua batiendo las manos:-¡ves cómo funciona!

Como se muestra en el ejemplo, tratar de modificar una conducta mediante una charla racionalista sería difícil y por demás lento, por tanto la terapia breve estratégica no está de acuerdo en el supuesto que para cambiar un comportamiento erróneo o una situación problemática, hay que cambiar primero la manera de pensar del paciente (insight) y solo después es posible

cambiar su manera de obrar. Más bien, desde el punto estratégico, que en definitiva es el del constructivismo radical, este proceso se invierte, siendo su objetivo producir cuanto antes el cambio de la percepción, pues modifica la reacción, que a su vez modificara también el comportamiento y la cognición, de esta forma el insight es el efecto del cambio no su causa.

En la co-dependencia, esta postura favorece a su solución exitosa, debido a que el cambio no resulta causal sino predictivo, esto significa que, el psicólogo tiene a disposición una estrategia que es capaz no solo es capaz de alcanzar el objetivo sino que, en sus partes está compuesta por una serie de maniobras tácticas que en cada fase, mientras actúa indica al terapeuta lo que está produciendo. Esto permite medir el fallo de la acción no solo desde el principio hasta el final, sino fase por fase. El modelo, en consecuencia se convierte en auto-correctivo y maneja protocolos de trabajo.

Estos protocolos de trabajo que propone la terapia breve estratégica se ponen en marcha según la lógica que sostiene el problema, las cuales pueden ser de lógica paradójica, lógica de contradicción y de creencia. De este modo, el protocolo resulta formal y riguroso, aunque mantiene aspectos de flexibilidad, porque después se ha adaptar a cada situación individual, cualquier adaptación sin embargo, no encajaría si antes no se tiene claros todos los pasos del

protocolo formalizado, ya que el rigor por sí solo es la muerte por asfixia, la creatividad por si sola es pura locura.

Tener este tipo de “mapa” de la estructura recurrente de la patología es tener un recorrido predecible, no limitante y que deja espacio a una flexibilidad y que a su vez permite inventar siempre algo nuevo, como se puede observar, esto representa el salto de nivel entre la terapia breve tradicional y la terapia estratégica evolucionada.

No solo es imprudente no contar con una guía que lleve de la mano a los terapeutas para tratar problemas emocionales, también sería necio querer exponer razones al corazón humano cuando de antemano se sabe que: “el corazón tiene razones que la razón ignora”(1984). Lo antes dicho pone en evidencia que es necesario implementar en el caso de la codependencia una lógica no ordinaria, misma que distingue a la terapia breve estratégica, ya que mientras más alerta a la persona de la posibilidad de cambiar, mas ésta se resistirá al cambio, no por no querer colaborar sino por una tendencia intrínseca a mantener su propio equilibrio, aunque este sea disfuncional o patógeno.

Así se puede sospechar que la única manera de conseguir su solución es utilizar la misma fuerza de las pasiones y emociones oponiéndolas, es decir, crear sensaciones contrarias cuando se radicalicen las modalidades de relación con la pareja, aplicando el *autoengaño estratégico*, es decir la capacidad de provocarnos reacciones viscerales e involuntarias mediante la creación de imágenes con el resultado de producir la aversión o la intensificación de nuestras sensaciones ante un fenómeno. Se trata de una vía indirecta que permite evitar las adversidades y los posibles efectos paradójicos que se producen cuando con la racionalidad y voluntad se quiere contener directamente los sentimientos afectivos y emotivos comprobando, que como toda forma de rebelión, reforzamos lo que deseamos destruir.

Objetivos de la propuesta

Objetivo General

Disminuir o extinguir conductas co-dependientes el grupo femenino de 20 a 30 años de edad que pertenece al de beneficiadas de “Cáritas”.

Objetivo Especifico

1- Romper el ciclo vicioso que sostiene la enfermedad del paciente, lo cual desencadenara cambios que nos llevaran a la solución.

2-Que el paciente reconozca sus deseos y necesidades y logre cubrirlas por sí solo.

3-Que el paciente restaure sus límites y recupere la autoestima.

Población

Se tratara a un grupo homogéneo, no por las causas que originaron la codependencia, sino por las soluciones intentadas que hacen que persista la enfermedad. La población a la cual se le aplico esta guía de intervención psicoterapéutica es un grupo femenino entre edades de 20 a 30 años de edad que son beneficiadas del movimiento “Cáritas”.

4.2 Desarrollo de la propuesta

Sesión 1	Objetivo	Tiempo
Definición del problema psicológico: “co-dependencia”	<ul style="list-style-type: none"> a) Obtener confianza y colaboración. b) Construir una idea de cambio. c) Producir un primer cambio pequeño concreto. 	50 minutos
Sesión 2	Objetivo	Tiempo
Romper el hechizo (circulo viciosos que mantiene la co-dependencia)	<ul style="list-style-type: none"> a) Incentivos y refuerzo del primer pequeño cambio concreto. b) Extinguir resistencia. c) Producir una experiencia correctiva (romper el “hechizo”) mediante más cambios pequeños concretos. 	40 minutos
Sesión 3	Objetivo	Tiempo
Crear una nueva autoestima	<ul style="list-style-type: none"> a) Reedición de la percepción de sí mismo, de los demás y del mundo. b) Que el paciente <i>reconozca sus deseos, límites y necesidades y sepa cubrirlas por sí solo.</i> c) Consolidación progresiva de la capacidad de no recaer. 	45 minutos
Sesión 4	Objetivo	Tiempo
Re-definición Conclusiva	<ul style="list-style-type: none"> a) Explicación detallada del trabajo realizado. b) Re-definición conclusiva de la decisión y capacidad demostrada por el paciente. c) Evaluar los cambios y mejorías de los pacientes con respecto a la co-dependencia. 	60 minutos

Las estrategias destinadas a la solución de la codependencia en la TBE que se encuentran presentes en las todas sesiones puede dividirse en dos grandes categoría orientadas a la intervención: *la comunicación terapéutica*, como sería ocupar y emplear el mismo lenguaje del paciente o el arma sutil de la duda, y *las acciones*, que son las prescripciones de la conducta.

En la comunicación terapéutica las técnicas estratégicas que se aplican en la presente investigación son principios de comunicación, lenguaje, constructivismo, paradojas, etc. explicados en el apartado anterior, siendo una de las principales estrategias la aplicación de estratagemas específicas seleccionadas y puestas a punto con un procedimiento emperico y experimental para que encajen en las características específicas de la una rígida modalidad de percibir y reaccionar frente a la realidad, en este caso la codependencia.

PRIMERA SESION				
Definición del problema psicológico: "co-dependencia"				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Presentación	"Nombre +Vivencia presente"	5 minutos	Salón y sillas	Rompe hielo
Introducción al taller	Encontrar semejanzas entre ellos. Definir prostituta relacional.	10 minutos	encuestas	Explicar el taller y su selección
"círculos"	Dibujar círculos que representan las actividades y roles que comúnmente hacen	10 minutos	Hoja blanca y colores	Identificar su postura codependiente
Establecer objetivos	¿Cómo sabrán que el problema se ha ido?	5 minutos	Hojas blancas, lapiceros	Clarificar el sentido de la terapia
Reencuadre	Reconstruir su realidad	15 minutos	Pizarrón, gis	Crear la idea de cambio
Prescripción	estimar su disponibilidad "RECHAZO" "DISCULPA"	5 minutos		Romper resistencias

Descripción de la primera sesión.

Al dar inicio al taller para codependientes la presentación más apta es de tipo Gestalt(2005) pues ayuda al psicoterapeuta a valorar las exceptivas y estados de ánimo de los presentes, éstos últimos se presentan de una forma personal y actualizada, diciendo por ejemplo: "Soy Ana. Tengo frío. En este momento me encuentro en tensión por la prisa por llegar temprano y no me gusta estar así. Ahora tengo ganas de conocerte a ti... señalando a alguien con la mirada que iniciara...yo soy Paty...".

Al entrar de lleno al taller, se les pide a los integrantes del grupo que comparen sus respuestas de las encuestas previamente contestadas con sus respectivos argumentos a fin de que encuentren semejanzas en su forma de vivir y relacionarse con los demás. El que dirige el taller concluirá que lo que las

hace parecidas es que todas las presentes se muestran como prostitutas relacionales, las cuales venden sus servicios (regalos, trabajo extra, atenciones, tiempo etc.) para obtener el cariño y aprecio de los demás; y concluye esta parte diciendo: “pareciera increíble sin embargo ahora nos daremos cuenta de esta situación”.

Posteriormente se realiza la segunda dinámica: “círculos” en la cual se le pide a los asistentes que en una hoja blanca dibujen 7 círculos que represente en tamaño el tiempo que dedican y esfuerzan en ser: madre, esposa, hija, en el trabajo, ser estudiante, amiga y a sí mismas.

Ya que han identificado y reconocido el problema de la co-dependencia en su vida pues el círculo “a sí mismas” es apenas visible, a partir de este momento el terapeuta tratará de crear en ellas una idea de cambio con ayuda de la pregunta: ¿Cómo sabrán que el problema se ha ido? La cual ayudara a definir los objetivos individuales de los participantes en el taller, quienes escribirán la respuesta en otra hoja blanca.

En el re-encuadre se busca revelar a las asistentes el “truco” que sostiene los problemas, es decir, el terapeuta propone la idea, empezando a insinuar que...”cuando tengo una creencia falsa que creo que es cierta y llevo a cabo el ritual (las características de los codependientes), la vuelvo cierta. El problema no es tanto el hecho de tener una creencia, sino el ritual que la hace cierta.

Tenemos que romper la secuencia, y para hacerlo tenemos que intervenir sobre el ritual”.

Inmediatamente después de estas afirmaciones el terapeuta sugiere por a las mujeres que se les imparte el taller, que se han dado cuenta en seguida de cómo funciona su problema, que haga un “experimento”, se les pide que cada día a lo largo de dos semanas realice una pequeña violación del ritual, esto es la prescripción de “rechazo” (que es el síntoma en común) la cual tiene como fin perderle miedo al rechazo y consiste en argumentarle al paciente que se si se ha de inmunizar de un veneno ha de tomar pequeñas dosis diarias, por tanto: todos los días, salga a una tienda, una cualquiera y pida una cosa banal, mínima, con la clara intención de que le digan que no, incluso, cuando salga a la calle y vea a alguien que no lleva reloj, preguntarle qué hora es.

Esta prescripción se sufraga de la estratagema “*la estrategia develada*”, en donde se acaba diciendo:” ahora sólo tenemos que descubrir si aplicado en usted tendrá el mismo efecto “, pues de esta forma, una lógica del truco escondido en una lógica del truco develado, o una profecía que se autorrealiza.

Amanera de conclusión de la primera sesión antes de la prescripción el que dirige la sesión dirá: “así que eres prostituta para que todos te digan te queremos mucho, pero en realidad la mala jugada es que todos te quieren por lo que haces, no por lo que eres. Y dentro de ti permanece la idea de que si

supieran exactamente como soy, todos me rechazarían. Esto finalmente, te hace sentir aún más sola, dado que tienes amor, estima, pero solo por lo que haces, no por lo que eres. Por tanto, esto que te ha ayudado a proteger, en realidad te ha hundido y continúa haciéndolo, porque confirma todavía más tu incapacidad y tu soledad”.

Después se pasa dar la prescripción del disculpa: por tanto le pido que para la semanas siguiente, empiece a comportarse como si no temiese la opinión de los demás y entre las cosas que se le pasen por la cabeza, que diga a quien le haga una petición y empezando por las pequeñas, al menos una vez al día: “Disculpa, me gustaría pero no puedo”.

SEGUNDA SESION Romper el hechizo (círculo viciosos que mantiene la co-dependencia)				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludo de beso	Entre los participantes del taller se saludan de beso en la mejilla	5 minutos	Salón y sillas	Aprender a recibir y dar cariño
Analizar los Resultados de la prescripción	Compartir los efectos de la prescripción	10 minutos	Salón y sillas	Identificar resistencias y obstáculos en el proceso
Reconocer las excepciones	Entre los participantes Dan a conocer las ocasiones en que no se presente el problema	10 minutos	Salón y sillas	Conocer el funcionamiento del problema
Carta de despedida	Escribir una carta de despedida al problema	10 minutos	Hojas blancas, lapiceros	Destruir la ambivalencia de cambiar
Prescripción	“COMO SI”	5 minutos		Romper el hechizo de codependencia

Descripción de la segunda sesión.

Se inicia la segunda sesión del taller con un saludo de beso en la mejilla entre todos los presentes a fin de comenzar a recibir y dar cariño sin motivo aparente. Inmediatamente después se sentaran los presentes en círculo y compartirán los efectos obtenidos con las primeras prescripciones, en este periodo el terapeuta que guía la sesión analizara los resultados pues de ser negativos cambiara las prescripciones según le acomode a cada participante, además de valorar el grado de resistencia y conocer características particulares de cada integrante.

Posteriormente el guía explicara que todos los problemas rara vez están presentes todo el tiempo todos los días de las personas que lo padecen, con

frecuencia existen excepciones en donde no se manifiesta ese problema, en este caso conductas co-dependientes, por tanto se les pedirá que recuerden alguna ocasión en la que no se hayan mostrado co-dependientes, la externalicen y compartan con los demás. Estas excepciones serán anotadas por el especialista y utilizadas a favor de las participantes, ayudando a identificar las razones por las que no se manifiesta el problema, para luego procesar éstas razones o factores como herramientas que hay que multiplicar a fin de extinguir el problema.

Al finalizar con la actividad anterior se pasa a la actividad de “La carta de despedida” en donde el terapeuta solicita a los presentes que escriban una carta de despedida a su problema en la que, tras agradecer los servicios prestados, detalle las razones por las que prescindir de él. La finalidad de esta tarea es para motivar al paciente para el cambio, ya que se encuentra el paciente en una situación ambivalente, por un lado desea superar su problema pero por otro, teme las consecuencias negativas de enfrentarse a él. Para esta tarea es necesario que durante la sesión se haya externalizado el problema convirtiéndolo en un enemigo extremo contra el que luchar.

Finalmente se receta la prescripción del “*como si*” que es la segunda versión de la prescripción “*disculpa*”. En ésta nueva prescripción se le pide al

paciente que diga a quien le haga una petición: disculpa, me gustaría pero tengo algo más importante que hacer”, una vez al día por una semana.

TERCERA SESION Crear una nueva autoestima				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos de abrazo	Uno a uno de integrantes del grupo se abrazan por al menos 3 segundos	5 minutos	Salón y sillas	Aprender a recibir cariño
Reconocer las mejorías	Cada paciente menciona cambios importantes entre la sesión pasada y la actual	10 minutos	Salón y sillas	Evaluar el proceso terapéutico
Indagar los resultados de la prescripción	Compartir las consecuencias de la última tarea	10 minutos	Salón y sillas	Reconocer posibles resistencias
PNL	Fantasía guiada para suavizar el altruismo compulsivo	15 minutos	Grabadora, colchonetas	Controlarse de forma autónoma
Prescripción	"POST IT" "ME GUSTARIA"	5 minutos	Post it	Emancipación de la codependencia

Descripción de la tercera sesión

Se da inicio a la tercera sesión grupal con un saludo de abrazo que deberán darse uno a uno los integrantes del grupo, con una duración mínima de 3 segundos. Consecutivamente se sentaran los presentes nuevamente en círculo y compartirán los efectos de las prescripciones y mejorías obtenidas en la última semana. En donde como la primera vez, el terapeuta dará reforzamiento positivo para quienes hayan llevado a cabo las prescripciones y para las personas que no las pudieron llevar a cabo solo se mencionara que no era un buen momento para habérselo pedido.

Al finalizar con la actividad anterior se llevara una fantasía guiada auxiliada de la programación neurolingüística a la que recurre con frecuencia la

terapia breve estratégica. Esta fantasía busca crear una nueva imagen y autoestima al paciente y suavizar el altruismo compulsivo.

En la fantasía guiada se le pide al paciente que acueste sobre la colchoneta y se relaje con ayuda de música, una vez alcanzada la relajación, con los ojos cerrados se le sugiere al paciente (A) que piense en alguna persona cuyas exigencias satisfaga con excesiva complacencia, ignorando al mismo tiempo sus propias necesidades. Posteriormente (A) debe observar detalladamente su representación mental de los deseos de aquella persona, después (A) deberá alejar la imagen mental, oscurecerla, quitarle brillo, color etc. (Mohl 2010)

En la fase siguiente se dedica a entrenar la representación de las necesidades propias, visualizándolas en una imagen adicional a la anterior, de modo que pueda compararlas con las necesidades ajenas, para que (A) vaya equilibrando las proporciones de ambas imágenes, modificando colores, tamaño, brillo etc. hasta que el resultado le transmita una sensación positiva.

Finalmente el terapeuta pedirá al paciente que se visualice en una situación futura en la que la otra persona vuelva a solicitarle el cumplimiento de sus deseos y la forma en que (A) se niega a sus peticiones para satisfacer las

suyas, se concluye la fantasía en el momento que el paciente informe al terapeuta que la resolución ha sido un éxito.

Una vez puesto fuera de la fantasía guiada y ser conscientes de la realidad a los participantes de les encomendará la prescripción "*me gusta*", la cual es la última fase de emancipación de la prostituta relaciona, pidiéndole al paciente que a quien le haga una petición, algunas veces al día, de forma voluntaria y cuando apetezca, conteste: "me gustaría, pero no quiero". Esta prescripción se fortalece con la otra "*post-it*", que consiste en que todos los días, antes de acostarse la persona piense en alguna cosa positiva que le gustaría hacer al día siguiente, algo que implique "cuidarse o tener un detalle consigo mismo" (dar un pasea, comprarse un libro, darse un baño con aceites), la escribirá en un post-it y la pondrá en un sitio en que el día siguiente lo vea al levantarse.

A menudo el problema es tan absorbente que la persona no le queda energías ni ganas para emprender actividades agradables, esto a su vez la debilita y deja más espacio al problema, por tanto la prescripción de post-it pretende revertir este proceso.

Para finalizar el terapeuta hace una sugestión deliberadamente como M. Erickson (2008) lo hacía con sus pacientes que sufrían alguna fobia, solo que en este caso el terapeuta dirá: "Usted sufre dependencia, pero se quedará

sorprendida cuando experimente la sensación de verse liberado de ella, en algún momento de la próxima semana, durante un par de horas, quizá entre la una y las dos, quizás entre las once y las doce. Se quedará asombrada. No sé cuánto podrá durar. Naturalmente la dependencia regresará, pero usted habrá tenido esa sensación de libertad".

CUARTA SESION Re-definición Conclusiva				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos	Rapport	5 minutos	Salón y sillas	Introducir a la terapia
Reconocer las mejorías	Compartir avances significativos	10 minutos		Reconocer avances
Amuleto	Crear un amuleto	10 minutos	Cintas y plumones	Tener un recordatorio
Indagar los resultados de la prescripción	Compartir los efectos de la última tarea	10 minutos	Salón y sillas	Identificar el nivel de cambio perceptivo
plan de emergencia	Identificar actividades contra el bajón	10 minutos	Cartulina y colores	Tener una herramienta contra recaídas
Cuestionario	Contestar cuestionario de forma individual	5 minutos	cuestionario	Evaluar el proceso de intervención
Convivio	Convivencia final	10 minutos	Comida y bebida	Cerrar círculo de experiencia

Descripción de la cuarta sesión

Al comienzo de esta última sesión se dará a libre albedrío la forma del saludo, esperado que sea lo más afectiva entre los integrantes del grupo a modo de verificar un cambio conductual importante en ellos.

Como en la sesión anterior después del saludo los presentes se sentaran nuevamente en círculo y las mejorías obtenidas en las últimas semanas. Nuevamente el terapeuta reforzará a los participantes por su valentía, desempeño y colaboración, no solo al inicio sino a lo largo de toda la sesión de forma constante.

A continuación las mujeres que integran el taller realizarán la actividad del “amuleto” la cual es una forma de reforzar la apuesta por el cambio en personas con una larga historia de convivencia con el problema, además que puede ser un verdadero salvavidas en los momentos difíciles. En esta actividad el terapeuta le pide a los integrantes que reciben el tratamiento que construyan un amuleto que les recuerde la nueva persona que quieren ser (o volver a ser), este amuleto lo tendrán que llevar de forma particular como un recordatorio de sus objetivos y avances de la terapia.

En seguida compartirán los presentes los efectos de las últimas prescripciones en donde el terapeuta se le facilitará identificar el nivel de cambio perceptivo que hubo en cada mujer del taller. Para finalizar se realiza la última actividad que lleva por nombre “plan de emergencia” .

Para esta actividad es necesario analizar con el grupo de codependientes qué pueden hacer ante un momento malo o de bajón, a fin de evitar que se produzca una recaída, a través de la identificación de conductas o pensamientos concretos que puedan ayudarlas en los momentos de riesgo. Una vez elaborado el plan de acción, pedimos que a cada persona que lo resuma en una serie de puntos por escrito en pedazo de cartulina que se platicara y llevara siempre encima.

Cabe mencionar que para llevar a cabo esta actividad el trabajo previo en la sesión por parte del terapeuta es interpretar el papel de “abogado del diablo”, es decir, poner problemas y dificultades para que los clientes tengan que resolverlos.

Una vez terminada la actividad de “plan de emergencia”, el terapeuta resumirá las prescripciones dadas y dará una explicación del cómo y por qué funcionaron, así como los avances, mejorías, cambios y procesos que se dieron en el taller, develando que todo el trabajo lo han hecho con sus propios méritos y esfuerzo sin casi ayuda externa. Una vez explicado esto se dará por concluido el taller, sin antes mencionar que las puertas de la psicoterapia están siempre abiertas y a disposición de ellas.

Como actividades extra-taller las personas que participaron en el taller contestarán el cuestionario que se encuentra en anexos, el cual tiene como fin evaluar los resultados de la aplicación de las técnicas de Terapia Breve Estratégica en situaciones de codependencia. Y se despedirán con un convivio.

CAPITULO 5

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque de la investigación: mixto

El enfoque de la presente investigación es mixto, por tanto representa el más alto grado de integración entre los enfoques cualitativo y cuantitativo, pues ambos se combinan en todo el proceso de investigación, convirtiéndola a l en una investigación más dinámica ya que oscila entre los esquemas de pensamiento inductivo y deductivo. Debido a que se contabilizara el número de personas que han mejorado o empeorado mediante el taller presencial para reducir la codependencia en codependencia en el personal femenino de 20 a 40años que es beneficiado por acciones de la Pastoral Social con ayuda de la terapia breve estratégica, al a par que se trabaja en un fenómeno cualitativo pues no es palpable la codependencia ya que corresponde a un estado de ánimo que repercute en la personalidad del individuo que la padece.(Sampieri 2003)

5.2 Alcances de la investigación: exploratorio

El alcance de la presente investigación es de tipo exploratorio debido a que se busca comprobar que las técnicas ocupadas en la terapia breve estratégica son funcionales para eliminar la codependencia.

5.3 Diseño de la investigación: experimental

La investigación presente se basa en el diseño experimental debido a que la variable dependiente del fenómeno de estudio es manipulada por el investigador, lo que hace posibles realizar una terapia breve estratégica bajo cierto control en un tiempo limitado a fin de decretar la eficacia de la terapia breve en contraparte de la terapia tradicional, haciendo posible utilizar las mismas técnicas de la terapia breve estratégica en situaciones de codependencia.

5.4 Tipo de investigación: empírica-operacional

El presente trabajo corresponde a una investigación empírica-operacional, empírica debido a que se trata de una indagación de campo o de laboratorio, en la que las preguntas de investigación se responden fundamentalmente por la vía de la confrontación directa de los hechos. Y operacional pues estudia los medios para proporcionar atención de salud de manera más adecuada, analizando los medios, el proceso y los resultados de la atención que se proporciona a los pacientes, buscando la forma de hacerlos más eficientes, efectivos y útiles. (García 1999)

5.5 Delimitación de la población o universo

Por lo antes dicho esta investigación es de campo, pues se prueba en un grupo control las técnicas de las que dispone la terapia breve estratégica para reducir o eliminar los síntomas y signos de la codependencia, a fin de valorarlos resultados dicho experimento. Este grupo control está compuesto por mujeres de 20 a 30 años de edad que muestran conductas codependientes, que pertenecen al grupo de beneficiadas del movimiento “Cáritas” de la ciudad de Rio Blanco Veracruz.

5.6 Selección de la muestra: no probabilística

Dicha investigación utiliza una muestra no probabilística dirigida, ya que se selecciona los sujetos por que tiene un o varios atributos que ayudan a desarrollar la investigación, con el propósito de generalizar los resultados obtenidos del presente trabajo.

5.7 Instrumento de prueba

Los instrumentos de prueba que se seleccionó para fundamentar la presente investigación es la encuesta, el cuestionario y la sesiones de profundidad. La encuesta es de tipo exploratoria, pues su propósito es tener un primer acercamiento con sujetos codependientes, identificando la dimensión de su problema que ayuden a establecer alternativas de técnicas terapéuticas.

Dicha encuesta consta de 26 preguntas con respuestas de opción múltiple donde se plasman con facilidad y de forma práctica las ideas y soluciones intentadas más comunes en los codependientes.

Tanto la encuesta como el cuestionario son auto-administradas, pues se proporciona directamente a los respondientes, quienes lo contestan, es decir, no hay intermediarios y las respuestas las marcan ellos (2003). En el cuestionario se manejan preguntas cerradas y su fin es valorar la mejoría de los pacientes identificados como codependientes inmediatamente al concluir la sesión profunda.

Otro método de recolección de datos es la sesión profunda, que toma como sinónimo en la investigación: Terapia Grupal, esta sesión profunda es conducida por el investigador y su fin es poner en práctica las técnicas y herramientas de Terapia Breve Estratégica. La sesión de profundidad, se aplica a 10 mujeres de 20 a 30 años de edad que padecen la codependencia, se proporciona las primeras tres sesiones cada 8 y la última 15 días después de la tercera, con una duración de 40 minutos aproximadamente por un mes

5.8 Tipo de método

Como se expone en todo este capítulo el presente trabajo se basa en un método teórico y práctico, ya que se basa en una concepción de conocimiento nuevo, la terapia breve estratégica y a su vez las técnicas que ocupa esta nueva terapia se ponen en práctica, ya que se aplican directamente sobre el grupo control para verificar su eficacia, eficiencia y funcionalidad.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

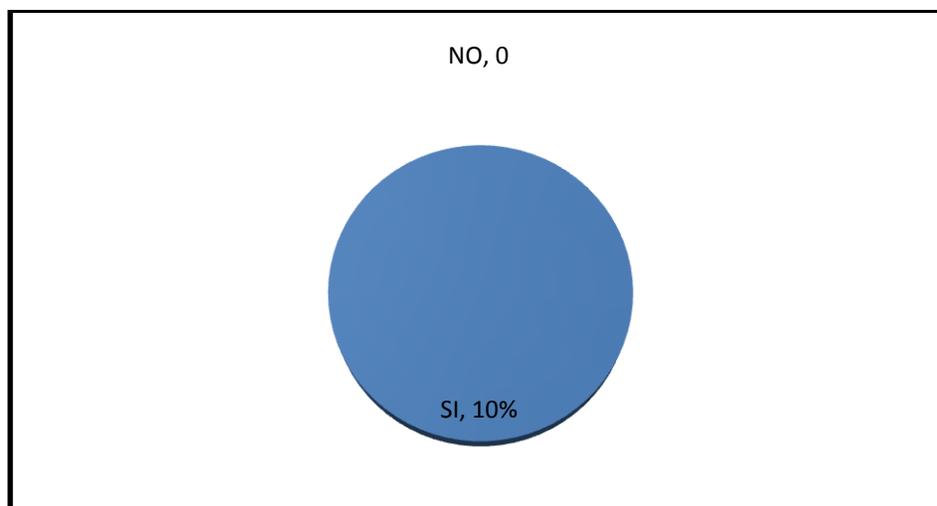
6.1 Tabulación

Preguntas del cuestionario	Respuestas	
	Si	No
1.- ¿Ha habido cambios en su vida?	10	0
2.- ¿Ha sentido una mejoría?	10	0
3.- ¿Se ha resuelto su problema?	7	3
4.- ¿Se ha sentido más libre e independiente?	9	1
5.- ¿Ha reconocido sus necesidades y las ha cubierto?	8	2
6.- ¿Se ha culpado y/o criticado por su manera de pensar d sentir o de actuar?	8	2
7.- ¿Ha dejado de tener miedo al rechazo y/o abandono?	8	2
8.- ¿Cree que alguien es responsable de cuidarla y hacerla feliz?	9	1
9.- ¿Siente culpa si se niega a hacer un favor?	8	2
10.- ¿Se ha olvidado de sí misma?	9	1

6.2 Interpretaciones de resultados gráficos

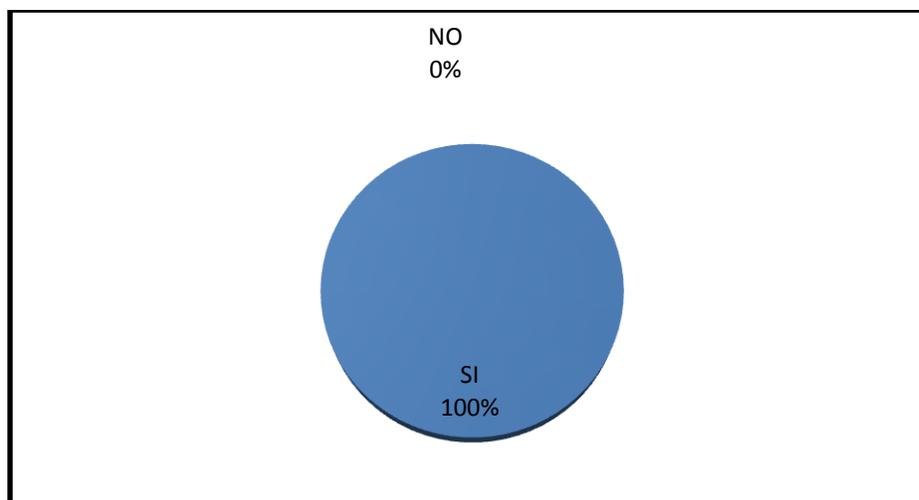
Estos fueron los resultados a las preguntas del cuestionario que se les aplico a las mujeres de 20 a 30 años de edad consideradas como codependientes, dicho cuestionario se realizó al finalizar la intervención terapéutica.

Con respecto a la pregunta número uno del cuestionario, la cual indaga sobre la existencia de cambios en la vida de la mujeres co-dependientes de 20 a 30 años de edad, las respuesta de éstas fue unánime al afirmar que si habían existido cambios en su respectivas vidas posteriores al taller.

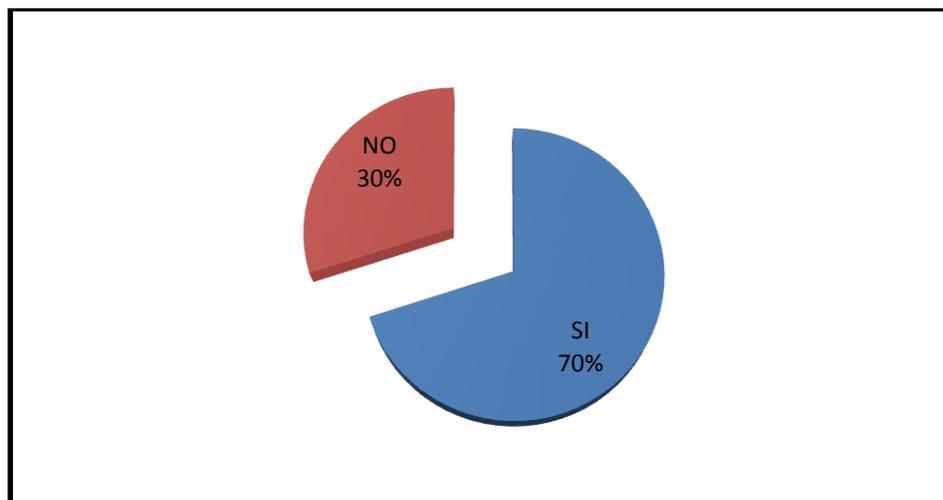


En la segunda pregunta que examina el grado de mejoría que han percibido las mujeres al concluir el taller con respecto al problema que las aquejaba: co-dependencia, éstas al igual que la pregunta anterior afirmaron que sí en su totalidad.

Capítulo 6: Resultados de la Investigación

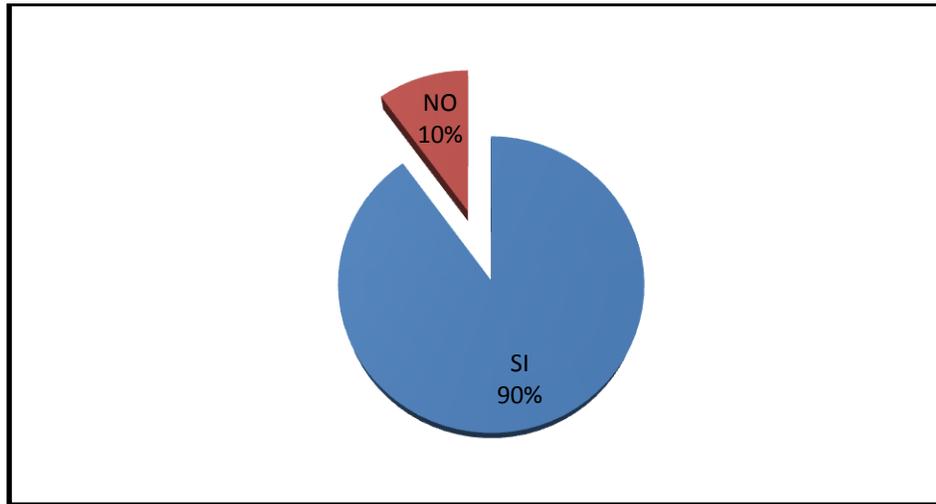


Las respuestas de la tercera pregunta son alentadoras, pues un 70% de las mujeres consideran que se han resuelto su problema de co-dependencia, siendo tan solo el 30% las que opinan lo contrario, resaltando que, estos resultados fueron solo efecto de 4 sesiones con técnicas de terapia breve estratégica.

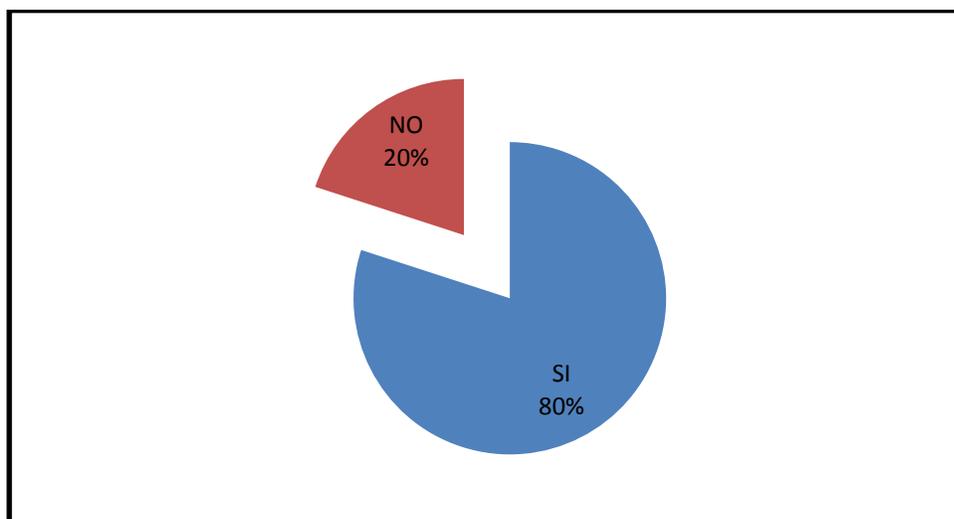


Capítulo 6: Resultados de la Investigación

Concerniente a la cuarta pregunta donde se cuestiona a las mujeres si se han sentido libres e independientes, éstas en su mayoría contestaron afirmativamente, con excepción de una que negó sentirse de esta manera.

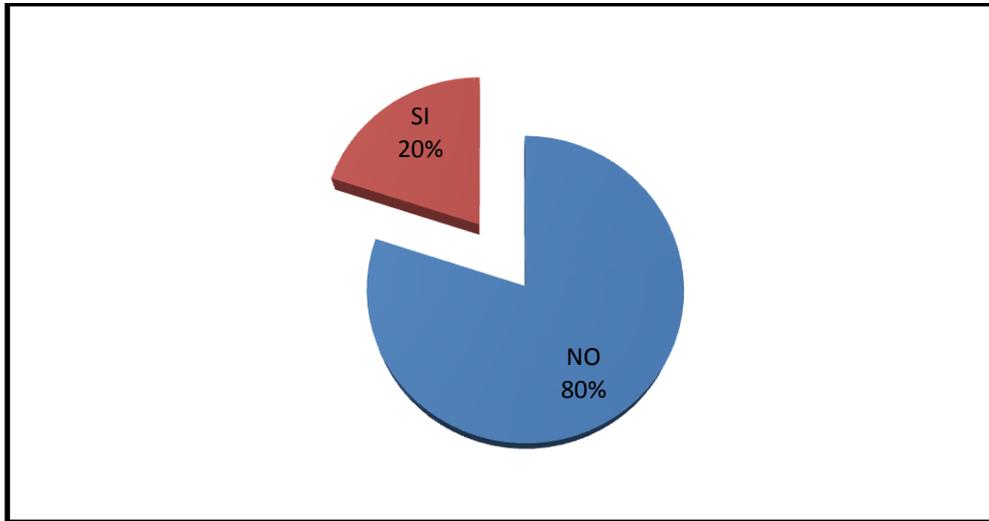


Las respuestas referentes de la quinta pregunta, son muy interesantes, pues el 80% de las mujeres cree haber adquirido la habilidad de reconocer y cubrir sus necesidades, siendo solo el 20% las que no.

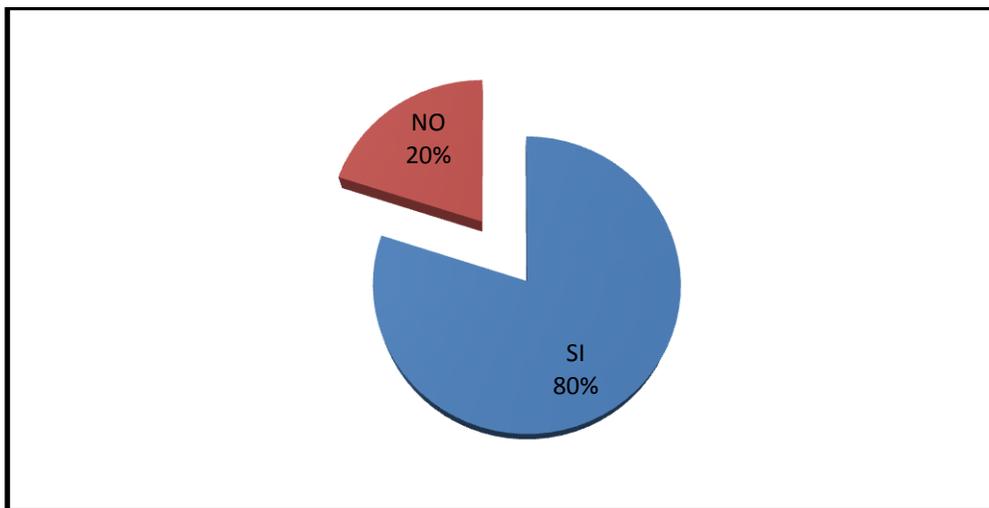


Capítulo 6: Resultados de la Investigación

Respecto a la sexta pregunta de que si se han culpado y/o criticado por su manera de pensar de sentir o de actuar, las mujeres del taller contestaron en su 80% que no se han criticado y/o culpado por estas razones mientras que el porcentaje restante indica que sí.

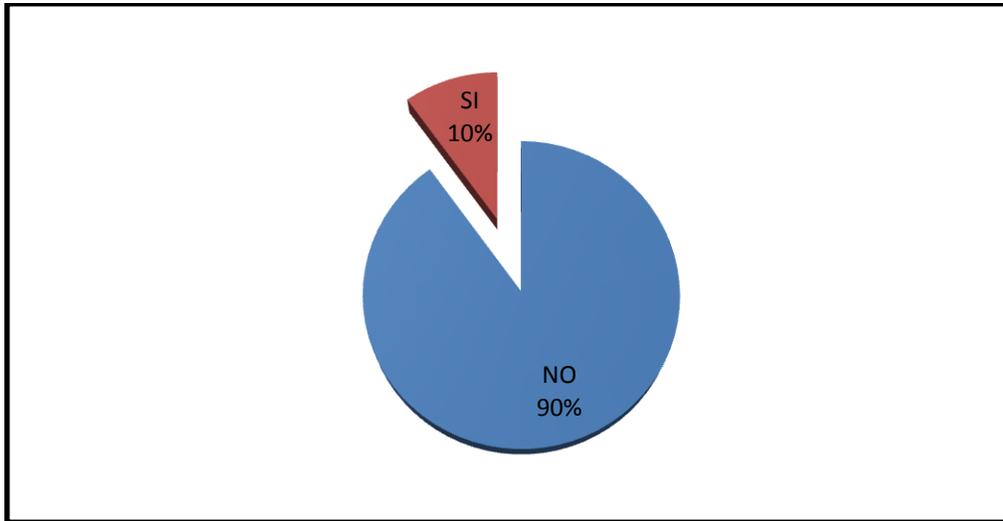


En la séptima pregunta que cuestiona la extinción del miedo al rechazo y/o abandono por parte de las mujeres que asistieron al taller, las respuestas de éstas fueron un ochenta por ciento afirmativas y un veinte por ciento negativas.

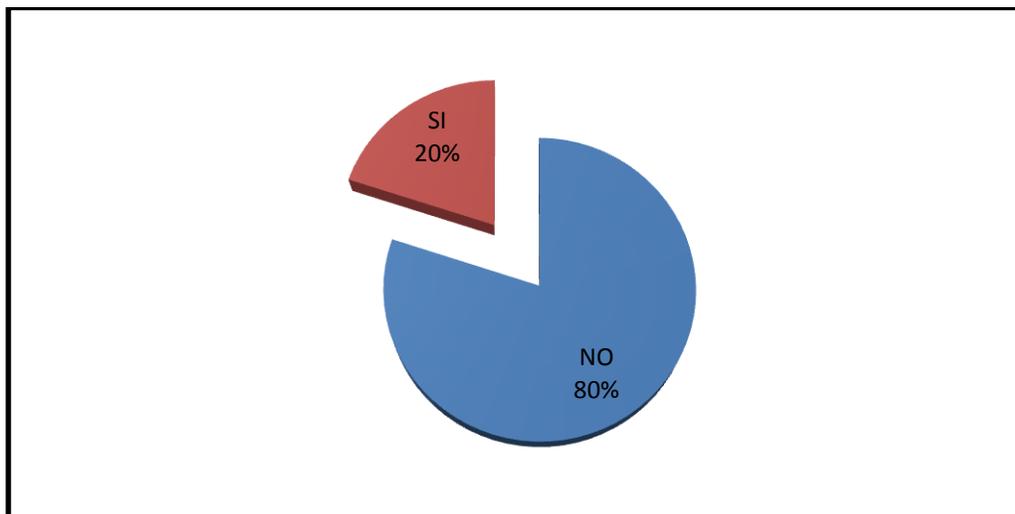


Capítulo 6: Resultados de la Investigación

Los resultados de la pregunta ocho en la que se pregunta si creen que alguien es responsable de cuidarlas y hacerlas felices, las mujeres en su mayoría dieron respuestas negativas, excepto una que aún cree que otra persona ajena a ella es responsable de cuidarla y hacerla feliz.

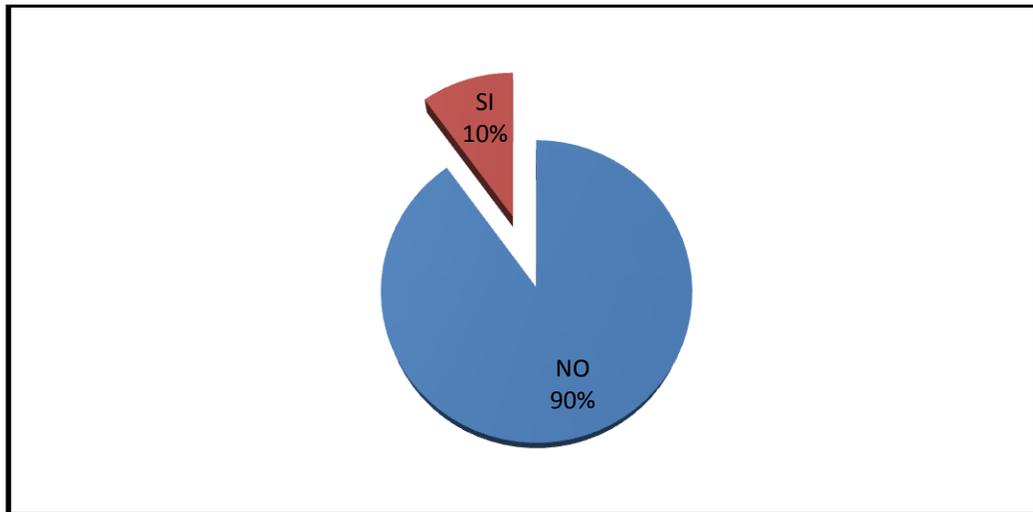


En la penúltima pregunta que indaga si aun sientes culpa si se niegan a hacer un favor dichas mujeres, las respuestas dadas por éstas fueron “no” el 80% y “si” el 20por ciento restante.



Capítulo 6: Resultados de la Investigación

Referente a la última pregunta, la décima, que cuestiona el olvido de sí mismas, las mujeres dieron respuestas satisfactorias para sus vidas y para la presente investigación, las cuales fueron casi en su totalidad respuestas negativas pues solo una mujer contesto afirmativa a esta pregunta, señalando que todavía se olvida de ella y sus necesidades en ocasiones.



6.3 Conclusión del tratamiento estadístico

En el 100% de los casos tratados mostraron una mejoría con respecto al problema de la codependencia y por arriba del 80% en la restructuración de las conductas co-dependientes y consigo una extinción del 80% de la codependencia y una disminución significativa del 20 %.

Como estos resultados en otros trabajos también la terapia breve estratégica presenta interesantes desarrollos técnicos y un incremento a un notable incremento de la eficacia y la eficiencia terapéuticas, comparadas con los resultados ya satisfactorios mostrados por modelos históricos. Este incremento puede ser cuantificado, por lo que se refiere a la eficacia, en cerca del 10%, en realidad se pasa de una eficacia media del 70-75% calculada hasta los años ochenta, a la 80-95% comprobada en el último decenio, con picos de eficacia por encima del 90% para formas particulares de patología. Por lo que se refiere a eficiencia, el número de sesiones necesarias para obtener la solución del problema del paciente descienden a 5-6 sesiones con un aumento en el número de situaciones de desbloqueo sintomático desde la primera sesión.

Si se compara estos resultados con los obtenidos en diversas formas de psicoterapia se llega a la inequívoca conclusión que la TBE muestra mayor capacidad para resolver efectivamente y con menos costos, tanto económicos como existenciales, la mayoría de patologías psíquicas y comportamentales.

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Es importante aclarar que nada de lo que diga en favor de la psicoterapia breve estratégica debe interpretarse como negación del lugar y de las funciones propias de tratamientos más prolongados, entre ellos el psicoanálisis clásico.

La modalidad de intervención psicología corto-multimodal, o llamada en el presente trabajo Terapia Breve Estratégica resulta ventajosa y novedosa debido a:

1. Se centra en Identificar y modificar los factores que están manteniendo el problema en el presente, en las excepciones del mismo a fin de orientarse a las soluciones.
2. El objetivo es desencadenar el proceso de solución más que detener la pauta de la queja, pues contempla la idea que por horrorosa y compleja que sea la situación, un pequeño cambio en la conducta de una persona puede llevar a profundas diferencias de largo alcance en la conducta de todas las personas involucradas.
3. Durante el proceso terapéutico maneja un lenguaje imperativo-persuasivo y se guía por una lógica constitutivo-deductivo
4. Utiliza las resistencias a favor de la psicoterapia.

5. No impone un modelo de normalidad o postura no-normativa, e ignora las concepciones de “verdad” y/o “correcto”.

Estos puntos revelan que mientras la terapia tradicional busca un conocimiento o solución que corresponda con la realidad del problema, es decir una equivalencia, en la terapia breve estratégica plantea una solución que “encaje” dentro de las limitaciones del problema.

Dichas ventajas cualitativas de la terapia breve estratégica se muestran en los resultados obtenidos y expuestos en el capítulo anterior de forma cuantitativa. En esta unión de enfoques (cuantitativo y cualitativo) se pone en evidencia concreta la eficacia y eficiencia de las técnicas empleadas por la terapia breve estratégica, aceptando por consiguiente la hipótesis nula planteada desde un inicio en esta investigación, concluyendo que, las técnicas de terapia breve estratégica aplicadas a la codependencia femenina de 20 a 30 años son funcionales. Añadiendo que la aplicabilidad de la terapia breve estratégico es muy amplia debido a que diseña un plan específico para cada problema y por tanto no hay ninguna reclamación en cuanto a la elección de los pacientes.

Por lo antes dicho, el presente trabajo busca que los psicoterapeutas conozcan cada vez mejor la existencia de estas técnicas terapéuticas tan económicas como efectivas y que además se interesen en el desarrollo de su propia capacidad para manejar y emplear los métodos breves para lograr el bienestar de mayor número de personas. Así como, fomentar su aceptación, ayudar a la terapia breve estratégica a ponerla cada vez más al alcance de una sociedad que insiste en la dignidad, el bienestar y la salud de sus ciudadanos.

REFERENCIAS

Bellak Leopoldo y Small Leonard (1986) *Terapia breve de emergencia y de urgencia* México. Editorial el Manual Moderno.

Beyebach Mark y Herrero de Vega Marga (2010) *200 Tereas en terapia breve* Barcelona: Herder Editorial S.L.

Cade Brian, Ohanlon William Hudson (1995) *Guía breve de terapia breve* Editorial Paidós,

Coren Alex (2003) *Psicoterapia a corto plazo, un enfoque psicodinámico* México D.F. Editorial el manual moderno

Erikson H. Milton (1980) *The collected paper of the Milton H. Erikson on hypnosis Vol.3* Estados Unidos Editorial: E. Rossi

Feixas Guillem (1997) *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos* Barcelona Editorial: Paidós

García Romero, García Barios (1999) *Metodología de la investigación en salud* México Ed. Mc GRw Hill

Horney Karen (1987) *La personalidad neurótica de nuestros tiempos* Barcelona. Editorial: Paidós

Li Bing Yan (1981) *Nuevas compilaciones de 36 estrategias* República Popular de China. Editorial: Ejército Popular de Liberación

MellodyPia y Millar Andrea (1994) *Sentirse libre es ser feliz, como vencer las dependencias y recuperar la autoestima*. Estados Unidos Editorial Paidós

Mellody, P., Miller, A. & Miller, J. (2004). *La codependencia – qué es, de dónde procede, cómo sabotea nuestras vidas, aprende a hacerle frente*. Barcelona: Paidós.

Melody Beatti (2003) *Ya no seas codependiente, como dejar de contralar a los demás y empezar a ocuparse de uno mismo*. México Editorial Grupo Patria cultural.

Mohl Alexa (2010) *El aprendiz de brujo, manual de ejercicios prácticos de programación neurolingüística (7ma Ed.)* España. Editorial Sirio

Moreau A. (2005) *Ejercicios y técnicas creativas de Gestalt terapia* España. Editorial Sirio España

Nardone Giorgio (2008) *Hipnosis y terapias hipnóticas* Barcelona Editorial Auto Ayuda

Nardone Giorgio (2011) *Los errores de las mujeres en el amor* Barcelona: Paidós

Nardone Giorgio y Balbi Elisa (2009) *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa* Barcelona Editorial Herder

Nardone Giorgio, Watzlawick Paul (1999) *Terapia breve el arte y filosofía*
Barcelona editorial Herder

Nardone Giorgio, Watzlawick Paul (2007) *El arte del cambio* Barcelona
Editorial Herder

Pascal Blaise, Traductor: Domínguez Berruta Juan (1984) *Pensamientos
sobre la religión y otros temas* (1ra ed.) Barcelona Editorial: Orbi

Paul Watzlawick (1995) *El sin sentido del sentido o el sentido del sinsentido*
Barcelona Editorial Herder

Sampieri Hernández, R., Collado Fernández, C. y Lucio Baptista, P. (2003).
Metodología de la investigación. (3ra Ed.) México: McGraw-Hill.

Small Leonard (1978) *Psicoterapias breves* (1ra edición) España, Editorial
Granica

Watzlawick Paul (1984) *El arte de amargarse la vida* Valencia, Barcelona
Editorial Herder S. A.

GLOSARIO

Autoestima: Es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo.

Cibernética (von Foerster y von Glasersfeld). Es una teoría que abandona el concepto de "*causalidad lineal*" y se introduce el constructo de "*causalidad circular*", constructo que defiende que cada evento influye sobre otro evento y a su vez queda influenciado por él.

Comorbilidad: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad como la coexistencia temporal o permanente de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad.

Eficacia: Es la capacidad de alcanzar el **efecto** que espera o se desea tras la realización de una **acción**.

Eficiente: Cumplir un objetivo con el mínimo de recursos disponibles y tiempo.

Epistemología Constructivista: Que parte del presupuesto de que no existe una única realidad, la realidad varía según el punto de vista que escojamos para observarla.

Estratagema: Truco o trampa para obtener un objetivo de otro modo inalcanzable, rápidamente y con los menores costos posibles.

Funcional: Se aplica a la cosa que está pensada y creada para tener una utilidad práctica, y no estética.

Insight: Palabra inglesa que en su traducción literal comprende los términos entendimiento profundo, comprensión, compenetración; En una traducción contextual con la psicoterapia es la acción del "darse cuenta" o tomar conciencia por parte del paciente, es decir, la comprensión de la propia conducta.

Interacción: Es una acción que se ejerce de forma recíproca entre dos o más sujetos, objetos, agentes, fuerzas o funciones.

Pragmática: Disciplina que se interesa por analizar cómo los hablantes producen e interpretan enunciados en contexto.

Psicoterapia tradicional: Se entiende como toda aquella terapia que se basa en la psicoterapia freudiana y las demás que en busca de objetividad la han corregido, contradicho o perfeccionado con el fin de lograr resultados significativos basados en una lógica hipotética-deductiva vista desde el cristal aristotélico. Las terapias entendidas como tradicionales en el presente trabajo son: la psicoanalítica, la conductista y la cognitivista.

Sociotropía: Dimensión de personalidad que incluye actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia emocional de los demás. Tales como dependencia interpersonal, la necesidad imperiosa de afecto, o el temor y la sobrevaloración del rechazo.

ANEXOS



ENCUESTA

Dirigido a: mujeres de 20-30 años

INDICACIONES: Lea atentamente los enunciados y tache el recuadro que corresponda sinceramente a su situación personal. Su respuesta es confidencial.

ENUNCIADOS	NUNCA	A VECES	PRECUEMENTEMENTE
1. Me siento incómoda cuando me alaban, alagan o hacen cumplidos			
2. Me gusta sentirme necesitada por los demás			
3. Necesito la opinión y consejo de los demás para tomar alguna decisión			
4. Tengo miedo al rechazo			
5. Creo que alguien es responsable de cuidarme y hacerme feliz			
6. Deseo que los demás me amen y estimen			
7. Siento culpa si me niego a hacer un favor			
8. Siempre busco compañía			
9. Mi pareja me humilla, pega y/o amenaza			
10. Mi pareja me compera con otras personas			
11. Pienso que mi pareja debe hacerme feliz			
12. Soy yo quien busca a las personas			
13. Es fácil que me convencen de algo			
14. Me esfuerzo por agradar a los demás			
15. Me esfuerzo por que no me culpen			
16. Me esfuerzo por quedar bien			
17. Pienso en una persona y acerca de sus problemas más de 3 veces al día			
18. Doy mi ayuda a mi pareja sin que me lo pida			
19. Cambio de planes inesperadamente por ayudar a otros			
20. Me esfuerzo por complacer a los que me rodean			
21. Me culpo y/o critico por mi manera de pensar, de sentir o de actuar			
22. No expreso mis sentimientos reales por miedo			
23. Me olvido de mi misma			
24. Tengo miedo al abandono			
25. Me encuentro diciendo "sí" cuando en realidad quería decir "no"			
26. Me gusta estar sola			

Nombre: _____

GRACIAS

Las siguientes preguntas se realizaron para valorar si se alcanzó el objetivo de disminuir o eliminar la codependencia con la aplicación de las técnicas de terapia breve estratégica así como su eficacia y eficiencia.

A raíz del inicio del taller:

1. Ha habido cambios en su vida.....SI...NO
2. He sentido una mejoríaSI...NO
3. Se ha resuelto el problema.....SI...NO
4. Se ha sentido más libre e independiente.....SI...NO
5. Ha reconocido mis necesidades y les he cubierto.....SI...NO
6. Se ha culpado y/o criticado por sui manera de pensar de sentir o de actuar.....SI...NO
7. Ha dejado de tener miedo al rechazo y/o abandono.....SI...NO
8. Cree que alguien es responsable de cuidarlo y hacerle feliz.....SI...NO
9. Siente culpa si se niega a hacer un favor.....SI...NO
10. Se ha olvidado de sí misma.....SI...NO