

# Huella de la Palabra

Revista de Investigación Educativa

Universidad La Salle Pachuca

lahuelladelapalabra@lasallep.edu.mx Teléfono:

01(771) 717 02 13 ext. 1406 Fax: 01(771) 717

03 09

ISSN: En trámite

México

<https://doi.org/10.37646/huella.vi10.350>

2016

Brianda Yunueth Ordoñez Cruz

Brenda Bautista Moedano

**Proceso de terapia sistémica aplicado  
en un caso de autoestima.**

Huella de la Palabra, año 2016, número 10

Universidad La Salle Pachuca

pp. 39-50

39





## Proceso de terapia sistémica aplicado en un caso de autoestima.

Brianda Yunueth Ordoñez Cruz<sup>1</sup>  
Brenda Bautista Moedano<sup>2</sup>



### Resumen

Este artículo ilustra la aplicación y eficacia del enfoque sistémico en un caso de autoestima durante el proceso psicoterapéutico individual. Se presentan inicialmente los conceptos de autoestima, terapia sistémica y técnicas sistémicas, clave para entender cómo se produce el cambio desde este enfoque. A continuación, se expone el caso de la paciente "A", en el que se muestra la aplicación de algunas técnicas como: escala, reencuadre, recapitulación, clarificación, connotación positiva y asignación de tareas para modificar pautas de interacción que mantenían el síntoma.

### Introducción

De acuerdo con Branden (1994), la autoestima es la confianza que tiene una persona respecto a su capacidad de pensar, esto como estrategia de afrontamiento ante los desafíos básicos de la vida; implica confianza, estimación al triunfo y el reconocimiento del individuo como un ser: digno, respetable, con la posibilidad de satisfacer sus necesidades y carencias, y con el derecho a gozar los resultados de las actividades que realice.

Mientras tanto, Beaugard, Bouffard y Duclos (2005), refieren que:

La autoestima es una representación afectiva que nos hacemos de nosotros mismos. Es un juicio positivo con nosotros referido a nuestras cualidades y habilidades. Es también la capacidad de conservar en la memoria estas representaciones positivas para utilizarlas haciendo frente a los desafíos, superando las dificultades y viviendo en la esperanza (p.16).

En cuanto a Molina (1997, p. 20 en Naranjo, 2007), supone que atribuir un significado a la autoestima es algo complejo; sin embargo, plantea cuatro componentes para definirla:

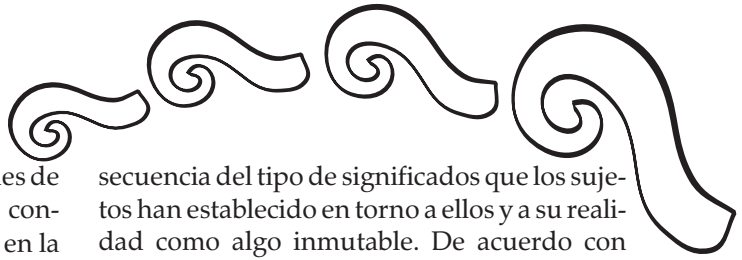
- Es una actitud, ya que contempla las formas habituales de pensar, actuar, amar y sentir de las personas consigo mismas.
- Tiene un componente cognitivo, pues se refiere a las ideas, opiniones, creencias, percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto a sí misma.
- Tiene un componente afectivo, que incluye la valoración de lo positivo y lo negativo, involucra sentimientos favorables y desfavorables, así como agradables o desagradables, datos que las personas perciben de sí mismas.
- Tiene un componente conductual, porque implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente.

Por otro lado, la importancia de la autoestima reside en que impacta en cada aspecto de la vida: desde la forma en que una persona actúa en el ámbito escolar o laboral, como en la manera en que se relaciona con los demás, en las metas que puede alcanzar, en la elección de su pareja, en la forma en que se relaciona con dicha pareja, con sus hijos, amigos, pero sobre todo, en el nivel de felicidad personal que se experimente (Branden, 1994).

Aunado a lo anterior, cuando existe baja autoestima, se presentan actitudes pesimistas, sentimientos de indefensión e incapacidad

1 Pasante en Psicología por la Universidad La Salle Pachuca y estudiante de la Maestría en Psicoterapia Familiar.

2 Pasante en Psicología por la Universidad La Salle Pachuca.



personal, depresión, ansiedad, dificultades de autocontrol, infelicidad, incompetencia, conflictos de comunicación y problemáticas en la salud asociadas a los excesivos niveles de estrés a los que se encuentra expuesto el sujeto. Contrario a lo que ocurre cuando se tiene una autoestima alta, ya que las personas perciben las situaciones con optimismo, se orientan al éxito y al cumplimiento de sus metas, sienten gusto por la vida, se muestran felices, motivados y seguros de sí mismos, establecen relaciones interpersonales fácilmente, son productivos e independientes explotando al máximo su potencial personal, son capaces de auto-respetarse y exigir el respeto de los demás (Aguilar, 2002).

La conformación de la autoestima es multifactorial, no obstante, Beauregard, Bouffard y Duclos (2005) afirman que la autoestima del individuo se construye a partir de las retroalimentaciones positivas que recibe de su entorno; desde la infancia los individuos comienzan a forjar una imagen de sí mismos al verse a través de los ojos de las personas que son importantes para ellos; es decir, de la manera en que sus padres, hermanos y hermanas, profesores y grupos de pares los perciben.

Se debe agregar que André y Lelord (2009) sugieren los siguientes factores asociados a la etiología de una autoestima baja:

- Un nulo apoyo y aliento de parte de los progenitores.
- Competencias limitadas y/o poco desarrolladas en la persona.
- Poca popularidad de la persona ante los demás.
- Sobreprotección ejercida por los padres.

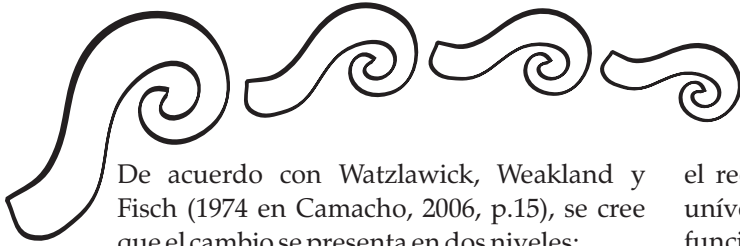
#### **Algunas perspectivas sobre el Modelo Sistémico**

El Modelo Sistémico se basa en la idea de un constructivismo social, en el cual la persona es quien construye su realidad, entendiendo que los problemas que se traen a terapia son con-

secuencia del tipo de significados que los sujetos han establecido en torno a ellos y a su realidad como algo inmutable. De acuerdo con White y Epston (1980 en Rodríguez y Beyebach, 1994), desde una perspectiva narrativa del *self*, sostienen que las personas tienden a interpretar la realidad en la que viven al seleccionar determinados acontecimientos que forman parte de su experiencia, y al atribuirles significados que aportan sentido y propositividad a su vida; es decir, lo que los autores denominan “historias saturadas de problemas”, las cuales consideran que si bien, así como brindan sentido a la vida de las personas, también pueden limitarlas al no ofrecerles salidas.

En este modelo, las problemáticas del paciente son vistas como síntomas del patrón comunicacional y de la dinámica familiar, es decir, como una característica del sistema, y no como una característica única y propia del individuo. En este sentido, al considerar a la familia como un sistema, se deben analizar las interacciones actuales entre los integrantes, y no estudiarlos por separados, dado que las acciones de las personas están determinadas, en cierta medida, por las acciones de quienes las rodean; de modo que el paciente identificado acude a terapia porque es quien presenta la sintomatología, pero el objeto de estudio e intervención es la familia (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016).

En este proceso terapéutico se utilizó el formato de terapia breve, en el cual se plantearon diez sesiones como máximo al considerar que una vez que la dificultad del paciente ha sido identificada, el proceso se centra en esa problemática; allí, el terapeuta y su equipo conciben la dificultad como un círculo vicioso, ante el cual las soluciones intentadas hasta el momento pueden exasperar dificultad, por lo que se trabaja en cada sesión con tareas asignadas al paciente para interrumpir el círculo vicioso del sistema que mantiene el problema; aquí, en comparación con otros enfoques, el cambio no proviene del *insight*, sino que ocurre progresivamente sin saber por qué.



De acuerdo con Watzlawick, Weakland y Fisch (1974 en Camacho, 2006, p.15), se cree que el cambio se presenta en dos niveles:

- 1) Cambio 1: es el cambio del no cambio, implica cambiar algo pero para que todo siga igual. Habría un cambio aparente, pero no se llegan a cambiar las estructuras y pautas comunicaciones, y en esos casos los cambios no son sustanciales, aunque sí evidentes; se dan cambios de contenidos pero la relación y la pauta que conecta se mantiene igual.
- 2) Cambio 2: encontramos que el cambio es más radical, cambian las estructuras, las reglas de juego del sistema, ya no son cambios aparentes sino cambios en las pautas que conectan y al cambiar las reglas que rigen el sistema, cambia también en la mayoría de los casos los resultados obtenidos.

Ahora bien, dentro de este enfoque existen distintas técnicas, de las cuales, algunas de ellas se enlistan a continuación:

**Escala:** De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis (1986 en Beyebach, 1995) propusieron utilizar las "escalas de avance" para trabajar en aquellos casos en los que la queja y los objetivos eran excesivamente vagos para obtener descripciones conductuales de los mismos. Privado de otros puntos de referencia, el terapeuta podía, gracias al uso de escalas, tener una idea clara de si el tratamiento estaba o no avanzando en la dirección correcta (p.10).

**Reencuadre:** tiene como objetivo modificar la manera en la que la familia siente o entiende una determinada conducta, una pauta relacional. Así, se pretende plantear que esa manera concreta de entender o vivir dicha situación no es la única posible, y hay otras alternativas que pueden resultar más útiles para un buen funcionamiento familiar. Es decir, de entrada

el reencuadre plantea que las cosas no son unívocas, que el marco de comprensión del funcionamiento familiar no es único e inamovible, sino flexible y permite más de un punto de vista (Pereira, 2009, p.8).

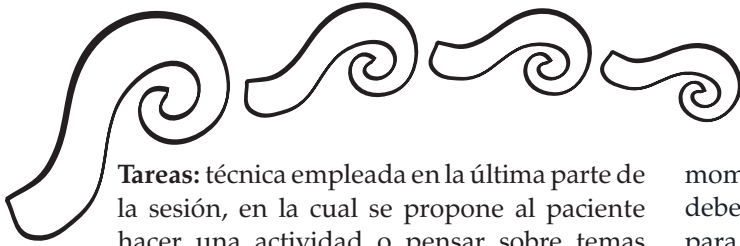
**Clarificación:** técnica de intervención verbal con la intención de saber si lo que se ha comprendido, es lo que quiso decir el participante (Acosta, 2010).

**Recapitulación:** consiste en transmitirle al paciente un resumen cognitivo/afectivo del mensaje. Actúa como un *feedback* para reestructurar los mensajes imprecisos o ambiguos, pues es gracias a éste que vemos las redundancias o consistencias dentro de lo que dice el participante. El objetivo de esta técnica es enlazar diversos elementos dispersos y así identificar un tema (Acosta, 2010).

**Connotación Positiva:** sirve para dar una evaluación o significado a algo o a alguien. En la aplicación a la terapia es valorar las conductas, personas o eventos de manera positiva. Se atribuye un significado positivo a la conducta problema o síntoma, así como al contexto donde se adquiere funcionalidad. Hay dos tipos de connotación positiva: 1. Justo y lógico reconocimiento de los méritos y, 2. Reconocimiento paradójal de algo que, según la cultura, no tiene mérito (Acosta, 2010).

**Intersección:** antes de concluir se reúnen de nuevo los coterapeutas y el terapeuta para discutir. Se discute la información obtenida, se corrige o confirma la hipótesis y se diseña la intervención final (López, Manrique y Otero, 1990).

**Resolver-Situar:** es preciso formular un problema antes de resolverlo. Hay que conocer su importancia, los elementos que lo han sostenido, sus ramificaciones, el cambio que se produce si deja de existir, etcétera (López, Manrique y Otero, 1990).



**Tareas:** técnica empleada en la última parte de la sesión, en la cual se propone al paciente hacer una actividad o pensar sobre temas abordados durante la misma, con la finalidad de analizar los resultados en sesiones posteriores (Beyebach, 1995).

### **Dinámicas familiares**

Para Oliveira, Eternod y López (en García, 1999), las relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto entre ambos géneros y generaciones se les llama dinámica familiar, pues a través de ésta se hace la división del trabajo y la toma de decisiones en el interior de una familia (Torres, Ortega, Garrido y Reyes, 2008).

Aunque también, la dinámica familiar se puede interpretar como los encuentros entre las subjetividades de padres e hijos que son individuos, los cuales son mediados por reglas, normas, jerarquías, roles y límites establecidos conforme al desarrollo y cambios que pueda tener el organismo, lo cual permite que la convivencia sea funcional. Para ello, es necesario que cada quien interiorice su rol dentro del núcleo familiar, para que sea más fácil la adaptación de sus miembros (Gallego, 2012).

Ahora bien, para el modelo sistémico la dinámica familiar se da a través de la convivencia de diferentes subsistemas, ya que la familia es una unidad interactiva que se compone de partes que tienen acciones recíprocas entre sí, las cuales se rigen por reglas de comportamiento que las une. Sin embargo, cada una de ellas se comporta como una unidad diferente a las demás, aun cuando influye y es influida por otras (Eguiluz, 2007).

El sistema familiar está formado por diferentes subsistemas que son el conyugal (establecido por la pareja), el parental (compuesto por los padres y los hijos) y el fraterno (constituido por los hijos); los cuales están en constante transformación, pues cada uno se conforma por individuos que cambian de acuerdo a su

momento de desarrollo, por lo que las familias deben tener la capacidad de transformación para afrontar los cambios y la propensión de homeostasis para que se mantenga el sistema (Ibíd.), la cual, según los autores Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008), entra en función al momento de aportar complementos a las necesidades del organismo y resolver los contratiempos que vaya presentando la familia, según su desarrollo, para lograr la satisfacción y funcionalidad.

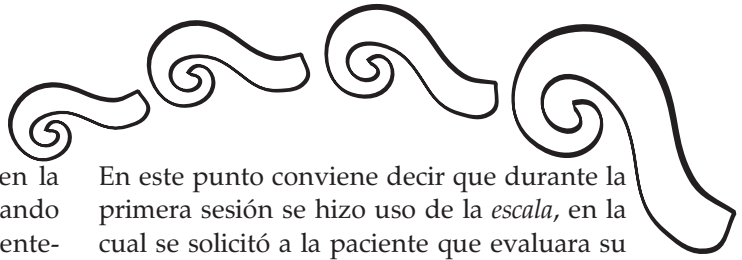
### **Descripción del caso e intervenciones**

Llega a terapia la paciente "A", quien refiere como motivo de consulta el deseo de superar la noticia de su adopción y las experiencias de violencia intrafamiliar que percibió durante su infancia y adolescencia para no llorar frecuentemente.

La paciente "A" tiene 20 años de edad, es originaria de Querétaro, aunque actualmente se encuentra estudiando la licenciatura en Psicología en Pachuca, Hidalgo, de modo que visita a su familia cada dos semanas, en promedio.

El ciclo vital de la familia de la paciente experimenta la fase en la que los hijos son adultos jóvenes: ingresan al ámbito laboral, comienzan a independizarse y a abandonar el hogar por cuestiones maritales, laborales, y en ocasiones, escolares; como es el caso de "A" y sus hermanos.

Particularmente, la familia de la paciente se conforma por su padre, "B" de 52 años de edad, dedicado al comercio; por su madre, "C" de 51 años de edad, quien ayuda a su esposo en aspectos contables; su hermana mayor, "D" de 27 años de edad, también dedicada al comercio, aunque apoya el comercio de su esposo; por su hermano "E", de 25 años, quien trabaja con su padre en la fábrica y en cuestiones de transporte; y finalmente, por su hermano menor "F", de 19 años de edad, quien labora como recepcionista en el negocio de su papá. La paciente "A" es la tercera de cuatro



hermanos. Es importante señalar que en la primera sesión, la paciente refiere que cuando cursaba el primer año de bachillerato se enteró que había sido adoptada.

Durante su infancia, y parte de la adolescencia, la paciente "A" vivió bajo un contexto de violencia intrafamiliar, en el que presenciaba golpes, amenazas e insultos del padre hacia su madre; esto también resulta relevante en el caso al tener en cuenta que en la actualidad experimenta enojo y tristeza por la impotencia que siente al no haber podido ayudar a su mamá cuando su papá la golpeaba.

Con respecto al manejo de las técnicas, a continuación se señalan las que fueron utilizadas según el número de sesión; aquí conviene destacar que en todas las sesiones se trabajó con una *hipótesis* (distinta o igual a la anterior) según la situación emocional y los síntomas que manifestaba la paciente, y según el relato de cada sesión.

Del mismo modo, se empleó la *intersesión*, pues en cada una de las sesiones era imprescindible conocer la perspectiva del equipo terapéutico en cuanto a lo que observaban en la sesión, esto para plantear, corroborar o descartar las hipótesis planteadas por el terapeuta; de este modo se diseñaban las intervenciones finales y las tareas que se le asignaban a la paciente.

### **Primera sesión**

En la primera entrevista, el tema de la adopción le generaba conflicto, puesto que no podía hablar de esta situación con otras personas sin comenzar a llorar, e incluso, al presenciar situaciones reales o situaciones dramatizadas (como programas televisivos) que abordaban ese tema, por ello prefería evitarlas. De modo que en esta sesión, la paciente mencionó que se sentía triste al saber que era adoptada, y no conocer sus orígenes (como quiénes eran sus padres biológicos, por qué la dieron en adopción, de dónde era, etc.).

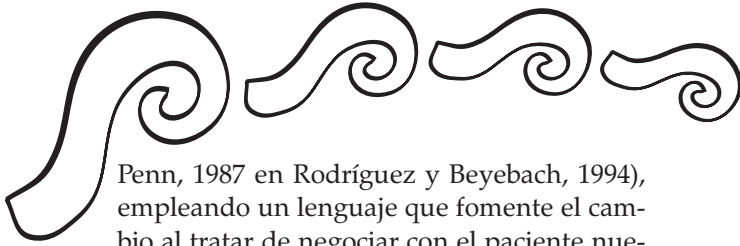
En este punto conviene decir que durante la primera sesión se hizo uso de la *escala*, en la cual se solicitó a la paciente que evaluara su nivel de tristeza del 0 al 10 tomando como referencia al 10 como la situación más triste de su vida; "A" indicó que el nivel de tristeza en ese momento equivalía a un 10, es decir, la máxima puntuación. Se utilizó la técnica de la escala para evaluar y cuantificar la intensidad de la conducta que la paciente consideró problemática, pues tal evaluación le ofreció al terapeuta un panorama de lo que "A" experimentaba al momento de iniciar el proceso terapéutico.

La paciente también expresó que todo el tiempo se sentía triste, sobre todo cuando se encontraba sola y recordaba el día en que le informaron sobre su origen; por otro lado, refirió que para evitar sentirse triste salía a caminar, jugaba fútbol o platicaba con la señora que le rentaba la recámara donde se hospedaba. Conviene mencionar que una de las fortalezas de la paciente era que tenía conocimiento sobre algunos de los estímulos que le propiciaban tristeza, y también, que realizaba actividades que la mantenían distraída y que eran de su agrado para no experimentarlas.

En la última parte de la primera sesión, "A" refirió que se sentía triste y poco amada por su padre, esto al señalar que él no había tenido una relación cercana con ella, ni había estado presente en sus momentos importantes.

En esta primera entrevista, la hipótesis que formuló el equipo terapéutico fue que la paciente padecía una depresión leve, generada por dificultades de adaptación (como la incertidumbre, desajuste e inadaptación que trajo consigo la noticia de la adopción; el contexto de violencia en que se desarrolló desde sus primeros años de vida y la relación distante que percibía con su padre).

La aplicación terapéutica de las *historias saturadas de problemas* consiste en utilizar la intervención psicológica como una conversación terapéutica (Boscolo, Cecchin, Hoffman y



Penn, 1987 en Rodríguez y Beyebach, 1994), empleando un lenguaje que fomente el cambio al tratar de negociar con el paciente nuevos significados y/o relatos alternativos que ofrezcan nuevas posibilidades. La manera en que se aplicó fue la siguiente: se dijo a la paciente que el que su padre no tuviera las muestras de afecto que ella esperaba, no significaba que no la quisiera, sino que probablemente ésa era la forma cómo él había aprendido a expresar su afecto, lo cual se corroboró en sesiones posteriores, pues refirió que su padre le comentó que lo habían educado de una forma autoritaria, bajo la cual el castigo físico prevalecía, y que al mismo tiempo no existían demostraciones de calidez y afecto, por lo que, a pesar de ello, una manera de demostrar cuánto la quería era al apoyarla en sus planes y al solventar los gastos de sus estudios; de esta manera se intentó ofrecer a la paciente un nuevo significado sobre las conductas que percibía en su padre, y que según su interpretación, demostraban ausencia de cariño.

Asimismo, se utilizó la *connotación positiva* con la paciente, reiterándole que para que una familia fuera considerada como tal, no era necesario que compartieran lazos consanguíneos, puesto que existían familias que compartían estos lazos y cuya dinámica era bastante disfuncional, y en la que incluso existía negligencia de parte de los padres, lo cual no ocurría en su caso, pues a pesar de no compartir dichos lazos con su familia adoptiva, era protegida y amada por sus miembros. El objetivo de esta técnica fue ofrecer un significado positivo a la problemática de "A" (ser adoptada) desde su autopercepción, y desde la percepción que tenía de sí misma, desde su contexto familiar.

Finalmente, se asignaron las siguientes tareas a la paciente:

- 1) Elaborar un autorregistro de los momentos en que llorara o experimentara tristeza, en el cual especificara el día, la hora, el lugar, la actividad que realizaba en el momento en que se deto-

nó la emoción, la persona que la acompañaba en ese momento, el tema del cual hablaban, etc.

- 2) Escribir una lista de las cosas buenas que le estaban sucediendo en ese momento de su vida, así como las cosas que disfrutaba hacer.
- 3) Antes de establecer la última tarea, el terapeuta señaló a la paciente que, aunque no consideraba que estuviera preparada para realizar la actividad, podía llevarla a cabo si sentía curiosidad o ganas de hacerlo (aunque no era obligatorio). La tarea consistía en que intentara hablar con alguien del tema de su adopción y prestar atención hasta qué punto podía hacerlo antes de comenzar a llorar. En esta tarea, se empleó una doble atadura terapéutica, es decir, que si la paciente realizaba o no tal indicación, de cualquier modo habría consecuencias, además que el hecho de decir a la paciente que no estaba preparada para llevarla a cabo, implicaba un reto implícito, de manera que si lo hacía, demostraba al terapeuta que estaba equivocado (Hoffman, 1987).

## Segunda sesión

Para este segundo encuentro, el foco principal no fue la adopción, sino el resentimiento que tenía hacia su padre, esto debido a situaciones de abuso, tanto hacia ella, como hacia su madre y sus hermanos. Esto hacía que ella se sintiera impotente al no haber ayudado a su mamá, tanto en su infancia como en el presente. Esta situación, más que entristecerla la enojaba, puesto que no le parecía justo lo sucedido y el que nadie hubiera hecho nada para detenerlo. La paciente dijo que esos abusos se seguían suscitando hasta el momento, pero con menor frecuencia e intensidad, dado que si sus padres discutían, ya no había golpes, sino que no se hablaban e incluían a toda la familia en la discusión, lo que daba lugar a una



comunicación patológica, ya que se establecía una comunicación triangulada; por ejemplo: si el papá quería comunicar un mensaje a su esposa, lo hacía por medio de sus hijos, o a través de una comunicación indirecta.

Es por ello que para la segunda hipótesis se consideró que "A" podría estar pasando por algún tipo de estrés post traumático debido a la experiencia que vivió, esto al tomar cuenta cómo le seguía afectando. Para entender bien esta situación se usaron las técnicas de *clarificación* y *recapitulación* con el propósito de corroborar si lo que el terapeuta había entendido, era lo que la paciente quería expresar; particularmente para identificar los mensajes ambiguos de lo que "A" expresaba de su padre, y así reencuadrar dichos mensajes; es decir, mostrar a la paciente que existen otras posibilidades para entender la conducta de su padre, y consecuentemente, existen otras opciones para relacionarse con él. Otra manera de concretar lo que se hablaba, fue mediante la *escala*, así se supo que dentro de esta situación las emociones que predominaban eran la tristeza y el enojo, que en la escala de 1 a 10 se situaban en el 4, cuya evaluación se consideró baja.

Finalmente, después de haber estado en la *intersesión*, se efectuó un *reencuadre* con "A", dado que constantemente responsabilizaba a su padre de lo que le sucedía, de modo que se indicó que era ella quien acudía a este proceso terapéutico, no su padre, por lo que ella era responsable de modificar su situación. Además se explicó que su papá no era un monstruo, sino más bien una persona, y que por lo tanto podía tener errores; así a través de la *connotación positiva* se combatió la idea de que su padre no la amaba, ni a ella ni a su familia.

### Tercera sesión

La paciente, pospuso tres sesiones posteriores a la segunda, ya que la universidad en la que estudiaba se encontraba en periodo vacacional, razón por la que fue de visita con su fami-

lia, pues como se mencionó en un inicio, ella pertenecía a otro estado de la República.

Al reanudar el trabajo terapéutico, en esta tercera sesión se empleó nuevamente la *escala*, en la que se obtuvo que el estado emocional de la paciente (que se había visto favorecido en la segunda), nuevamente se vio afectado. Durante la segunda sesión mencionó que su nivel de tristeza había descendido de 10 a 4, mientras que en esta sesión mencionó que su nivel de tristeza había incrementado de 4 a 8, esto puede explicarse mediante la *causalidad circular*, donde la variación de un elemento del sistema afecta a los demás integrantes; tal variación implica un mecanismo de retroalimentación que termina por afectar nuevamente al primer subsistema (Rodríguez y Beyebach, 1994). La razón por la que se menciona este término es porque la paciente relató que durante la visita a su familia, su papá ofendió tanto a la paciente como a sus hermanos al decirles que eran unos inútiles y que no servían para nada, de modo que la paciente "A" nuevamente experimentó tristeza, y refirió que no tenía deseos de seguir sus estudios porque ella "no era para la escuela"; fue aquí cuando el terapeuta intervino para emitir una *connotación positiva de lógico reconocimiento de los méritos*, pues se solicitó a "A" que mencionara algunos logros que había tenido recientemente, así como las cosas que hacía bien; de tal modo que el terapeuta valoró esos eventos y cualidades de manera positiva para hacer que la paciente tomara consciencia de que las ofensas de su padre eran algo que interfería en su estado emocional y en sus actividades diarias. Mientras se repetían los logros y cualidades de la paciente, se le preguntó si realmente seguía pensando que era una inútil que no servía para nada, de modo que "A" refutó tal cuestionamiento. En esta intervención también se hizo uso de la *recapitulación*, ya que la paciente había incorporado el adjetivo "inútil" (que su padre le había atribuido) al concepto que tenía de sí misma, ante esto, el terapeuta indagó sobre sus logros y cualidades (reconociendo que era buena para distintas actividades),

posteriormente, la paciente pudo adquirir un significado distinto respecto a su autoconcepto, esto al cuestionarle si realmente creía que no servía para nada, a lo que respondió que no.

La paciente relató que se sentía ansiosa cada vez que sabía que tenía que exponer algo delante de personas, ya que sentía temor de equivocarse y de ser juzgada por los demás. Lo dicho hasta aquí, condujo al terapeuta (durante la primera parte de la sesión) a plantear la *hipótesis*, en la que la paciente presentaba algunos síntomas característicos de fobia social, aunque, en la *intersesión* con el equipo terapéutico, se acordó que más que ser síntomas de fobia social, eran síntomas de una baja autoestima.

Una vez formulada la hipótesis, se analizaron los elementos que fungían como antecedentes de la problemática planteada, las situaciones que la mantenían, y como tarea se solicitó a la paciente "A" que pensara en lo peor que su padre le podía decir si la ofendiera nuevamente, de modo que ella estuviera preparada para afrontar la situación y que a su vez no le afectara tanto y le sirviera como un intento de resolución; a esta técnica empleada se le conoce como *resolver-situar*. Al mismo tiempo se empleó una *aproximación o desensibilización sistemática*, que le demostró a la paciente que aun cuando sucediera lo peor que podría imaginar, ella tenía la capacidad de afrontarlo.

#### Cuarta sesión

Dentro de esta última sesión se observaron grandes avances con la paciente, pues fue capaz de defenderse como persona y de valorarse, lo cual la hizo sentirse mejor con ella misma, ya que recuperó el control, al establecer límites con las demás personas. Lo anterior mantuvo a la paciente de buen humor y optimista. Es importante señalar que en esta situación se presentó un cambio de segundo orden, dado que "A" había actuado de una manera distinta a como solía responder, pues

cuando ocurría una situación similar mantenía una postura pasiva, y ahora ponía límites.

Ahora bien, respecto al tema de su padre, después de haber hecho un análisis, tomó consciencia de que en efecto sí la quería, y lo pudo notar justo en las semanas que no lo vio, pues se dio cuenta de lo mucho que lo extrañaba y que quería comenzar a tener una mejor relación con él, así como cuando era niña. Nuevamente, para esta última sesión, se utilizó la *clarificación* y la *recapitulación* para conocer si lo que percibía era lo correcto, y fue a través de esto que el equipo terapéutico pudo captar que la autoestima era la base de todo, pues una vez teniendo mejoría en ello, la paciente pudo ver cosas que antes no podía y eso la hizo sentirse mejor, lo cual hizo que esta vez ella empleara la *connotación positiva* al referirse a su padre, a la adopción, a sus amigos y a la familia en general, bajo una perspectiva positiva.

Lo anterior, provocó que "A" se sintiera fuerte, protegida y segura, debido a que también pudo percibir que contaba con una red de apoyo que nunca la abandonaba.

Después de la intersesión, se mostraron todos sus logros y el avance que había tenido durante este proceso terapéutico, usando la escala y mostrando cómo los niveles de tristeza y enojo habían descendido, mientras que sus habilidades y autoestima se habían incrementado de manera considerable, lo cual la hacía sentirse contenta.

Sin embargo, también se le recordó que pese a todo, ella tenía que estar consciente que como ser humano aún podía volver a sentirse triste y podía enojarse nuevamente, y que solo tenía que recordar las habilidades que había aprendido, y considerar que se podía equivocar, pero que pese a eso todo estaría bien y que podía seguir intentándolo.

## Conclusiones

Se considera que el trabajo terapéutico de "A" fue exitoso, ya que su motivo de consulta manifestaba el deseo de superar la noticia de su adopción y las experiencias de violencia intrafamiliar que percibió durante su infancia y adolescencia para no llorar frecuentemente, de lo cual se formuló un objetivo terapéutico consistente con lo anterior, que en resumen se planteaba que ella pudiera procesar las situaciones que habían acontecido en su vida, para que así pudiera regular mejor sus emociones y pudiera usar estas habilidades dentro y fuera del círculo familiar.

Para lograrlo, el trabajo terapéutico se sustentó en la terapia sistémica, ya que a través de las interacciones, el equipo terapéutico emitía reflexiones que eran transmitidas al paciente por medio del terapeuta; asimismo, se diseñaron intervenciones en función de los objetivos terapéuticos. Además, como algo propio del enfoque, se asignaron tareas que se revisaban en sesiones posteriores, con el propósito de analizar los pensamientos y esquematizar pautas de conducta para modificarlas.

Es importante mencionar que desde la perspectiva sistémica, dentro de las sesiones se consideró a la familia como un organismo en movimiento, el cual había tenido evidentes transformaciones en la dinámica familiar desde que a la paciente "A" le informaron que era adoptada, dado que esto repercutió en la homeostasis que ella sentía frente al subsistema parental y fraternal, pues dejó de sentirse parte de éstos, por lo que en el organismo familiar se incrementaron las escenas de violencia. Esto pareció complicarse, principalmente durante la transición de la adolescencia a la adultez que experimentó la paciente recientemente. Lo anterior, propició que ella y su familia pasaran por momentos de crisis (propios de las transiciones en las etapas del ciclo vital de la familia), que atentaron contra la homeostasis familiar, y por ende, afectaron las interacciones entre los subsistemas.

Ahora bien, las intervenciones propuestas ayudaron a dar un resultado positivo, lo que hizo que la paciente comenzara a disfrutar su vida y se sintiera mejor estando ella sola, así como a reconocer que las emociones como la tristeza no son malas, sino que son incluso necesarias y funcionales para finalmente comprender que, como seres humanos, aún después del proceso terapéutico ella puede volver a equivocarse.

Finalmente se puede decir que las técnicas aplicadas en "A" fueron exitosas, puesto que la ayudaron a sentirse mejor y la encaminaron hacia una realización personal que está en curso y que tiene que seguirse trabajando día a día, para así tener una mejor comunicación y relación con otros, respetándose y aceptando lo que ella es, sabiendo que es amada y tomando en cuenta que las creencias iniciales no son completamente reales. Además de estos cambios conductuales y emocionales que se percibieron en la paciente, el éxito del proceso terapéutico se reflejó en la puntuación asignada en la escala empleada durante la última sesión, ya que el malestar emocional presentado en la primera sesión se redujo considerablemente al finalizar este proceso.



## Fuentes de consulta

- Acosta, J. (2010). *Asesoría clínica del aconsejamiento, la connotación positiva*. San José, Costa Rica: Universidad evangélica de las Américas. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/29818199/Terapia-sistemica-La-connotacion-positiva>
- Aguilar, E. (2002). *Familias con autoestima. Cómo lograr el conocimiento y confianza en uno mismo*. México: Árbol Editorial.
- André, C. y Lelord, F. (2009). *La autoestima. Gustarse a sí mismo para vivir mejor con los demás*. Barcelona, España: Kairós.
- Beauregard, A., Bouffard, R. y Duclos, G. (2005). *Autoestima. Para quererse más y relacionarse mejor*. Madrid, España: Narcea, S.A. de Ediciones.
- Beyebach, M. (1995). *Introducción a la terapia centrada en soluciones. Prevención en intervención en Salud Mental*. Salamanca: Amaru.
- Branden, N. (1994). *Los seis pilares de la autoestima. El libro definitivo sobre la autoestima por el más importante especialista en la materia*. España: Paidós.
- Eguiluz, L. (2007). *Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico*. México: Editorial Pax México. Recuperado de: [https://books.google.com.mx/books?id=qY2ngOIP88gC&dq=dinamicas+familiares+en+el+modelo+sistémico&hl=es&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.com.mx/books?id=qY2ngOIP88gC&dq=dinamicas+familiares+en+el+modelo+sistémico&hl=es&source=gbs_navlinks_s)
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Universidad de Barcelona, 1-53.
- Gallego, A. (2012) *Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características* (pp. 326-345). ISSN: 0124-5821. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224362017>
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- López, F., Manrique, R. y Otero, S. (1990). *Los sistemas observantes: conceptos, estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica* (pp. 103-120). ISSN 0211-5735. Recuperado de: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15142/15008>
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 7(3). Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=44770311>
- Pereira, R. (2009). Le devolución en terapia familiar. *Revista Norte de Salud Mental*, 8 (35). Recuperado de [http://www.robertopereiratercero.es/articulos/La\\_Devoluci%C3%B3n\\_en\\_TF.pdf](http://www.robertopereiratercero.es/articulos/La_Devoluci%C3%B3n_en_TF.pdf)
- Rodríguez A. y Beyebach, M. (1994). *Terapia Sistémica Breve: trabajando con los recursos de las personas*. En M. Garrido (comp.) *Psicoterapia: modelos contemporáneos de aplicación* (pp. 241-289). Valencia: Promolibro. ISBN 84-7986-069-3.
- Torres, L., Ortega, P., Garrido A., y Reyes, A. (2008). *Guadalupe Dinámica familiar en familias con hijos e hijas* *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* (pp. 31-56). ISSN: 0187-7690. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387003>



Copyright (c) 2016 Brianda Yunueth Ordoñez Cruz, Brenda Bautista Moedano.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para **Compartir** —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y **Adaptar** el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

**Atribución:** Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)