



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN
PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

SARAÍ FARÍAS ANDA

TUTORA Y DIRECTORA DEL REPORTE

DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

MTRA. SILVIA GPE. VITE SAN PEDRO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DR. GILBERTO LIMÓN ARCE

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MEXICO, D.F. MARZO DE 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México, así como al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la oportunidad para seguir en mi desarrollo académico.

Agradecimientos a la DGAPA-UNAM, por el financiamiento a través de la beca para la obtención del grado, en el proyecto PAPIIT con clave IN303714 *“Adaptación y Resiliencia en Contextos Múltiples: Bases para la intervención en la adolescencia”*.

Quiero agradecer a mi familia, por lo mucho que me enseñaron y me siguen enseñando. Gracias mamá por mostrarme el valor del trabajo y del esfuerzo, a través de tu gran ejemplo, y gracias también por enseñarme a ser independiente en todo lo que hago. Gracias papá por enseñarme la pasión por los libros y por creer en que la psicología es una gran profesión, me han motivado tus pensamientos.

A mis hermanos, por enseñarme que la medicina y la psiquiatría son aliados indispensables en mi trabajo, y por alentarme a discutir en base a buenos argumentos.

Gracias a toda la gran Familia UNAM (profesores, compañeros y amigos) que durante el camino me ayudaron a reafirmar que amo lo que estudio y me encanta mi trabajo. Gracias a las familias y clientes por las enseñanzas brindadas para convertirme en terapeuta.

Gracias a Adad, por el amor. Has sido el mejor compañero de aventuras, consuelo y alivio en estos dos años de estudio.

ÍNDICE

Introducción	5
I. Análisis del Campo Psicosocial de las Familias Mexicanas y la Problemática en la que Inciden los Casos Presentados	7
1.1 Características del Campo Psicosocial: Indicadores Económicos, de Población, Violencia, Educación y Salud de México	7
1.1.1 Un panorama general	7
1.1.2 La jefatura femenina y los hogares mexicanos	13
1.1.3 Las parejas mexicanas	14
1.1.4 Las familias migrantes	15
1.2 Principales Problemas que Presentan las Familias Mexicanas	15
1.3 Características de los Casos Presentados y su Relación con el Campo Psicosocial Mexicano	16
1.4 Características de los Escenarios Donde se Realizó el Trabajo Clínico	17
1.5 La terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como Alternativa de Abordaje para las Familias Mexicanas	20
I. Marco Teórico	22
2.1 Análisis de los Principios Teórico-Metodológicos de los Modelos de Intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna que Sustentan los Casos Presentados	22
2.1.1 El giro posmoderno	22
2.1.2 Modelo sistémico-relacional de Milán	26
2.1.3 El abordaje multinivel en terapia de pareja.	30
2.1.4 Desactivar los celos en las relaciones de pareja	33
2.2 Análisis y Discusión de los Temas que Sustentan los Casos Presentados	34
2.2.1 Las nuevas familias mexicanas: hacia una re-significación de la diversidad familiar	34
2.2.2 Las parejas en la posmodernidad	36
III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales	39
3.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas	39
3.1.1 Cuadro de casos atendidos	39
<i>Caso 1: Familia Figueroa A.</i>	43
3.1.2 Contextualización de la forma de trabajo	43
3.1.3 Integración del expediente	43
3.1.4 Análisis y discusión de la intervención clínica	55
3.1.5 Reflexiones finales del caso	70
<i>Caso 2: Familia Amezcua A.</i>	71
3.1.5 Contextualización de la forma de trabajo	71
3.1.6 Integración del expediente	71
3.1.7 Análisis y discusión de la intervención clínica	82
3.1.8 Reflexiones finales del caso	85

3.2 Habilidades de Investigación	86
3.2.1 Reportes de Investigaciones Cuantitativas	86
3.2.1.1 Jefas de familia en México: Caracterización y rasgos instrumentales-expresivos	86
3.2.1.2 Escala de Percepción de Vulnerabilidad Social para Mujeres	92
3.2.2 Reporte de investigación cualitativa	99
3.2.2.1 Migración y Estrategias de Resiliencia en una Familia del Valenciano, Michoacán	99
3.3 Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria	105
3.3.1 Productos tecnológicos	105
3.3.1.1 Producto tecnológico I: Programa de Atención a Adolescentes bajo el Enfoque Narrativo	105
3.3.1.2 Producto tecnológico II: Conductas de Riesgo en Adolescentes: Una Guía Educativa para la Prevención	107
3.3.2 Programa de Intervención Comunitaria	108
3.3.2.1 Taller de Principios Epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica	108
3.3.3 Constancias de asistencia o presentación en foros académicos	109
3.4 Habilidades de Compromiso y Ética que Emergen de la Práctica Profesional	110
IV. Consideraciones Finales	112
4.1 Resumen de Habilidades y Competencias Profesionales Adquiridas	112
4.2 Reflexión de la Formación en la Residencia	112
4.3 Aportaciones del Reporte Final al Campo de la Terapia Familiar	114
4.4 Reflexiones Finales	115
Referencias	116
Anexos	122

Introducción

*“El lugar donde nacen los niños
y mueren los hombres. Donde la libertad
y el amor florecen, no es una oficina, ni un comercio
ni una fábrica. Ahí veo yo la importancia de la familia”.*

Gilbert Keith Chesterton (1874-1936).

Las familias actuales representan un modelo de configuración bastante alejado de la familia nuclear tradicional del siglo XX y siglos anteriores. Los cambios a partir de la incorporación de las mujeres al campo laboral y el incremento de los divorcios en las familias nucleares, se ve reflejado en el alto número de familias monoparentales, con mayor frecuencia, de jefatura femenina, y con menor frecuencia, de jefatura masculina. Hogares que se caracterizan por funcionar, mantenerse y transformar los roles tradicionalmente considerados como femeninos y masculinos, por unos más equitativos.

Así mismo, los cambios en el flujo migratorio de las familias mexicanas, donde prevalece la residencia más prolongada y hasta definitiva en Estados Unidos, ha permitido que las familias se reconfiguren en binacionales o transculturales, donde miembros de familias nucleares y extensas, que viven separados geográficamente, hacen un esfuerzo permanente por mantener los lazos a través de redes virtuales y económicas que permiten la unión entre ellos. De esta manera, las familias se asumen con doble nacionalidad, con múltiples hogares e infinitas redes familiares en distintas partes del mundo.

Por último, las familias nucleares en México, han re-pensado sus valores para asumir unos más flexibles y diversos, que son un reflejo de los cambios sociales en el país. Así, vemos que los hogares pueden ser encabezados por un hombre, una mujer, o ambos (monoparentales o biparentales); pueden co-habitar con hijos de parejas anteriores, los propios o incluso sin hijos (familias reconstituidas o familias sin hijos); pueden compartir la vivienda con personas de la misma familia extensa o pueden vivir de forma aislada (familias extensas), las parejas actuales deciden no tener hijos, o cambian sus creencias y tradiciones por unas más flexibles para ellos. Ninguna familia deja de tener su representación social en México. ¿Qué retos exigen estos cambios socio-culturales y económicos al terapeuta familiar? ¿De qué forma entendemos ahora la familia mexicana, qué premisas las respaldan, que creencias, valores o costumbres se perpetúan y cuales otras cambian?

Bajo la luz de estos cambios en la sociedad mexicana, las necesidades de intervención terapéutica han cambiado. Los terapeutas atravesamos el reto de entender a la familia mexicana desde lugares de más amplitud, aceptación, tolerancia y entendimiento. Lo anterior puede permitirse desde la postura filosófica planteada por los modelos posmodernos y socioconstruccionistas, dónde la multiplicidad de voces, posturas y premisas, conviven para ampliar un gran panorama de formas de

ser familia, pareja, madre o padre, mujer u hombre, etc. alejándose de las definiciones normativas sobre la funcionalidad o disfuncionalidad de una familia debido a su estructura.

En el siguiente Reporte Final, se pretende mostrar un panorama general, a través de investigaciones cuantitativas y cualitativas, presentación de casos, y más elementos de análisis, que nos llevan a reflexionar sobre la necesidad de construir y redefinir un nuevo concepto de las familias mexicanas, y a partir de él, desarrollar nuestra práctica clínica como terapeutas familiares.

Capítulo I

Análisis del Campo Psicosocial de las Familias Mexicanas y la Problemática que Inciden los Casos Presentados

“La verdadera civilización es aquella en la que todo el mundo da a todos los demás, todos los derechos que reclama para sí mismo”.

Robert Green Ingersoll (1833-1899).

1.1 Características del Campo Psicosocial: Indicadores Económicos, de Población, Violencia, Educación y Salud de México

A continuación se revisan las características del campo social y económico que caracterizan a las familias mexicanas. Se presentan citas estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y del Consejo Nacional de Población (CONAPO) así como de otras instituciones de México y América Latina, datos importantes que han cambiado la dinámica de las familias mexicanas, y que han influido en el desarrollo de la sociedad. Se hace una breve revisión sobre los hogares en México, así como de las tasas de mortalidad y fecundidad, indicadores de violencia, delitos, salud, educación y migración.

1.1.1 Un panorama general

Población

La población mexicana se caracteriza por ser una población joven que cuenta con más mujeres que hombres. Según el INEGI (2011a) en México existían para 2010, poco más de 112 millones de personas, de las cuales 54 millones eran hombres y 57 millones mujeres. La población de 0-14 años es la más alta, contando con 29 millones de jóvenes y niños, mientras que la población de 15-29 años cuenta con 26 millones. La población más baja pertenece a personas de 60 años o más, con un cifra de 9 millones de personas. Según reporta La Organización Panamericana de la Salud, (OPS) para 2012, la mitad de los residentes tienen 26 años de edad o menos y 29% tienen 14 años o menos.

Datos económicos

Actualmente los índices de participación femenina en el campo laboral han representado un cambio determinante para la dinámica y conformación de las familias mexicanas.

La población económicamente activa en México equivale a 46, 092, 460 millones, mientras que las personas no activas equivale a 33 millones 247, 825. La tasa bruta de participación

económica de los hombres es de: 73.37 %, mientras que de mujeres es de un: 33.32 %. Aunque la diferencia de participación económica entre los sexos aún dista mucho de ser equitativa, es claro que va en aumento.

En el plano laboral, los datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) muestra que en 2010 (INEGI, 2011c), la tasa de participación económica de la población de 14 años y más era de 59,2%, 94,7% estaba ocupada y 5,3% estaba buscando trabajo. La tasa de desocupación es mayor entre la población con más escolaridad: 2,2% entre los que no tienen instrucción y aumenta a 6,2% y 5,9% para los que tienen nivel de instrucción medio superior y superior, respectivamente.

Según la OPS (2012), la economía mexicana fue afectada en 2009 por dos situaciones complejas: la crisis financiera internacional, que incidió en los resultados macroeconómicos del todo el país, y la epidemia de influenza A, debido al virus H1N1.

De los datos de la economía mexicana podemos darnos cuenta que México no está en las mejores condiciones económicas. Por lo tanto, mucho de los que pasa en las familias mexicanas tiene que ver con la falta de oportunidades a mejores empleos y por lo tanto mejor calidad de vida.

Salud

En materia de salud, la OPS (2012) muestra los principales logros de México durante el período comprendido entre los años 2006-2010. Los datos aparecen de forma sintetizada en la figura 1. De estos cambios se suman los realizados durante el período 2010-2014, como la lucha continúa contra la influenza, así como las ferias masivas anuales de salud en cada entidad del país.

- Se han mantenido los logros del Programa de Vacunación Universal: erradicación de la poliomielitis por el virus salvaje, eliminación de la difteria, eliminación del sarampión y reducción significativa del tétanos neonatal (menos de 5 casos por año).
- México generó una alerta mundial sobre la influenza pandémica A (H1N1) en 2009.
- La razón de mortalidad materna en 2007 fue de 55,6 por 100.000 nacidos vivos estimados, y en 2009 53,2 por 100.000 nacidos vivos estimados.
- Se redujo la mortalidad infantil de 15,9 por 1.000 nacidos vivos en 2006 a 14,9 en 2009.
- La prevalencia de virus de la inmunodeficiencia humana se mantuvo en 0,3%. No hubo transmisión transfusional ni vertical (madre-hijo) durante el período 2007-2009. Se continúa garantizando tratamiento gratuito a unos 29.000 pacientes.
- En 2009 se inició el programa Cinco Pasos, dirigido a fortalecer estilos de vida saludable, que actualmente funciona en 19 entidades federativas.
- En 2009 se implementó a nivel nacional la Ley General para el Control del Tabaco.
- El presupuesto total para la salud aumentó 73,9% durante el período 2006-2010.
- Al 30 de noviembre de 2009, el número de afiliados al Seguro Popular alcanzaba a 10,34 millones de familias no derechohabientes de la seguridad social, protegiendo a más de 30,1 millones de personas.
- En 2010 se firmó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, una estrategia contra el sobrepeso y la obesidad que está en marcha.

Figura 1. Principales logros de México en salud durante 2006-2010.

Sin embargo, no todos los datos son buenos. En México, los principales institutos que brindan derecho a servicios de salud, aún no atienden lo que la población demanda. En la tabla 1 se presentan algunas cifras de derechohabientes atendidos por diversas instituciones para 2010 (INEGI, 2011a).

Tabla 1

Población en México que cuenta con Servicios de Salud

Población derechohabiente		Cifra
IMSS		35, 380, 021.
ISSTE		7, 190, 494.
SEGURO POPULAR		15, 394, 890.
POBLACIÓN	SIN	38, 020, 372.
SERVICIOS DE SALUD		

VIH/Sida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), en América Latina viven 3 millones de personas cero positivas en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de los cuales en 2013, murieron 85 mil. Sin embargo, se reporta que ha descendido el número de personas que mueren a la infección por el VIH. Aunque ha habido avances, aún falta mucho por hacer en materia de éste problema de salud. Según el Centro Nacional para la prevención y control del VIH y el SIDA (CENSIDA, 2012) reportó que para 2012 existían 160, 864 personas en México contagiadas por el síndrome. Los casos nuevos sumaban 4, 598 por año, aproximadamente. Las defunciones por SIDA del 2011 llegaba a 5, 043 personas, y se estima que para el 2011, existían 179, 478 personas que vivían con VIH.

La lucha contra el SIDA en México no ha vencido su propagación, sin embargo, es un reto para el país fortalecer las políticas de prevención, la educación sexual, los métodos para evitar el contagio, el uso del condón, el acceso a los medicamento antirretrovirales, y el combate a la estigma y discriminación asociados al padecimiento (CENSIDA, 2008).

Obesidad

El número de personas obesas y con sobrepeso en México se ha triplicado durante los últimos 30 años. Actualmente, más de 71% de la población adulta sufre exceso de peso corporal: 39,5% con sobrepeso, y 31,7% con obesidad (OPS, 2012), lo que lo convierte en el primer país a nivel mundial con más personas obesas, superando a Estados Unidos de América. La obesidad pone en riesgo a la juventud y adultez de México, reduciendo su calidad de vida, y aumentando su

discriminación. En materia de obesidad, México necesita aumentar la educación nutricional y el fomento a la actividad física, para poder vencer este problema de salud. Hasta la fecha, los programas nutricionales de SEP y las campañas de Sector Salud han propiciado lo anterior, sin embargo, aún falta mucho por hacer.

Trastornos mentales

Actualmente, 50% de los pacientes mentales en México, reciben atención hospitalaria y apenas el 30% de los establecimientos de atención primaria cuentan con protocolos adecuados de evaluación y tratamiento, por lo que las condiciones de salud mental en México distan mucho de ser ideales (OPS, 2012).

Es este campo, anteriormente descrito, en el cual, los terapeutas familiares se enfrentan día a día. Las condiciones de atención para la población con problemas de salud mental se reducen a hospitales centrados sobre todo en las más grandes ciudades del país. Sin embargo, las instituciones no son suficientes. Más aún, los lugares para brindar servicios psicológicos se reducen conforme la atención integral de los hospitales, incluso en instituciones educativas. Para acceder a un servicio psicológico, se necesita tener derecho a estos servicios o instituciones de salud, o bien, acceder a él a través de la práctica privada, lo cual constituye un costo que no todos los mexicanos pueden pagar, por lo cual, visitar a un profesional de la salud mental, como un psicólogo, psiquiatra, o terapeuta, sigue siendo un lujo poco costoso para los mexicanos.

Tabaquismo, alcoholismo y drogas ilegales

Por último, en cifras de salud, el tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública, pues cerca de 18.5% de la población mexicana es fumadora, 14 millones de personas aproximadamente (OPS, 2012), responsable de unas 60 mil muertes anuales por la consecuencia de su consumo. El alcohol constituye la principal causa de muerte entre los jóvenes mexicanos, la proporción de muerte por abuso de alcohol (cirrosis hepática) es de 6 por cada 100 personas. Se estima que el alcohol es la puerta al consumo de otras sustancias como marihuana, cocaína y sus derivados, heroína, anfetaminas, alucinógenos e inhalables, y se presume que el consumo va en aumento (OPS, 2012), lo que pone a los jóvenes mexicanos, en un medio donde es fácil adquirir drogas y alcohol, y donde la educación y prevención de su abuso sigue siendo escasa. Muchas familias, se enfrentan ante la problemática de jóvenes drogadictos que empezaron su consumo a edades muy tempranas, principalmente por el medio social rodeado de escasos recursos, altos índices de vandalismo y delincuencia, y fácil acceso al mundo de las drogas.

Pobreza

El problema de desigualdad en México es notorio. Más de un millón de mexicanos (y sus familias) viven en pobreza extrema, en los municipios más marginados del país: Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Veracruz (OPS, 2012). En estos municipios, los niños corren el riesgo de morir antes de cumplir el año debido a desnutrición y falta de alimento, la esperanza de vida alcanza tan sólo los 51 años en mujeres y 49 en los hombres.

La campaña “Cruzada Nacional Contra el Hambre” es una estrategia de inclusión y bienestar social anunciada por el gobierno federal mexicano que pretende abatir de manera masiva la pobreza, la desnutrición y la marginación social en México, su implementación ha sido otorgada por el presidente Enrique Peña Nieto ante la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Esta es la primera política social masiva implementada en el sexenio presidencial 2012 - 2018, y sus objetivos a alcanzar serán eliminar la pobreza extrema, la desnutrición y marginación social en México. Para el término del sexenio, estarán por verse los objetivos alcanzados. Múltiples instituciones, están invitadas a través de SEDESOL, a sumarse a tal causa.

Lo que es claro, es que la pobreza y las desigualdades en las familias mexicanas, las acerca a mayores vulnerabilidades, pues casi la mayoría de los servicios escasean, existen problemas para mantener una educación superior en los jóvenes, y altos índices de enfermedades y violencia, en medios terriblemente golpeados por la desigualdad económica.

Tasas de mortalidad y fecundidad

Para 2011 se registraron poco más de 2 millones 586 mil de nacimientos, con edad media de la madre al nacimiento de 20-29 años (1 millón 331 731 mil) (INEGI, 2011a). Es interesante señalar que el 98 % de las mujeres mexicanas en edad fértil, conocían en el 2009 al menos un método anticonceptivo, pero sólo el 72.5 % indicaron utilizarlo. En el mismo año se registraron 590 693 mil defunciones, de los cuales 331 919 fueron hombres y 257 148 mujeres. Las principales causas de mortalidad son, en orden de importancia: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos.

Educación

En cuanto a educación, INEGI (2011a) reporta un porcentaje de analfabetas total 6.88 % de la población, de los cuales el 5.57 % son hombres, mientras que el 8.08% corresponde a mujeres. Sólo 8, 341, 662 cuentan con estudios a nivel profesional, y únicamente 897, 587 personas cuentan con estudios de posgrado. Las cifras anteriores colocan a México como un país con grandes diferencias en educación frente a la competencia con otros países desarrollados. Lo anterior repercute para tener trabajos con salarios mínimos y explotadores, sin posibilidades de crecimiento.

Indicadores de violencia

Para el 2009, los delitos más comunes registrados según Derechos Humanos fueron: robos (de autos, bancos, transeúnte o casa-habitación), lesiones, fraude, extorsión, y otros delitos como secuestro, secuestro exprés y delitos sexuales (INEGI, 2011a). De los 276 mil registros de delitos sexuales y secuestros, sólo el 56 % fue reportado por las mujeres. La Encuesta Nacional sobre Inseguridad 2010 reporta que solo el 55.7 % de las mujeres que han sufrido secuestro, o algún delito sexual, lo han reportado.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH por sus siglas) reporta que más de 39 mil mujeres sufren violencia en sus hogares, la violencia más reportada es la emocional (INEGI, 2011b) (Ver tabla 2).

Tabla 2

Mujeres de 15 años y más¹, según condición de violencia hacia ella por parte de su pareja y tipos de violencia padecida en los últimos 12 meses en México

Condición de violencia en pareja.	Núm.
Sin incidentes	29 244 875
Emocional	8 603 876
Económica	4 738 646
Física	1 461 207
Sexual	917 198
No especificado	148 672
Total	39 222 045
Total³	9 828 498

Nota.

¹ Se excluyen a las mujeres solteras que nunca han tenido alguna relación de pareja, por lo que difiere del total de solteras o mujeres de 15 años y más de otros temas diferentes a Violencia de Pareja.

² Mujeres que declararon haber sufrido al menos un incidente de violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses.

³ La suma de los tipos de violencia no coincide con el total, pues cada mujer pudo haber padecido más de uno. Fuente: INEGI (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011. Tabulados básicos. Recuperado de inegi.org.mx

La OPS (2012) declara que en México mueren 50 personas diariamente por violencia, 1 250 reciben tratamiento médico por consecuencia de la violencia y 100 sufren algún tipo de discapacidad causadas por algún tipo de violencia.

De forma común, en la práctica clínica terapéutica, la violencia sigue siendo uno de los temas de mayor presencia en las familias mexicanas, sea ésta violencia por el cónyuge o de los padres a sus hijos. La preparación profesional para entender este tipo de casos es esencial para la educación de la prevención y demanda de la violencia en México, que cómo vimos anteriormente, es baja.

Seguridad y narcotráfico

Los asesinatos relacionados con el tráfico de drogas aumentó drásticamente: en seis años, de 2000 a 2006, se registraron 8 901 homicidios, mientras que en los siguientes tres, de 2007 a 2010, se registraron 34 550. El 84% de los asesinatos ocurren en cuatro estados: Chihuahua, Sinaloa, Guerrero y Baja California. En 2010, 70% de los actos violentos se concentraron en 80 municipios, y 32% de los homicidios ocurrieron en solo cinco ciudades: Ciudad Juárez (2 738), Culiacán (587), Tijuana (472), Chihuahua (670) y Acapulco (370).

La lucha contra el narcotráfico coloca a México, como un país inseguro. Los mexicanos atravesamos por una ola de inseguridad e impunidad que vuelve vulnerables a familias, mujeres, hombres, jóvenes, y niños del país. A pesar de la lucha contra el narcotráfico, iniciada en el sexenio 2006-2012 por el ex-presidente Felipe Calderón, la lucha no termina. Los grandes desafíos del gobierno federal es enfrentar esta ola de inseguridad e impunidad que cobra miles de muertes al año en los estados más inseguros del país.

1.1.2 La jefatura femenina y los hogares mexicanos

Aunque la estructura familiar predominante en nuestro país aún es la familia nuclear (padre, madre e hijos/as) encabezada por hombres jefes del hogar, a partir de los años setenta se ha observado un incremento en el número de familias encabezadas por mujeres. Según datos del INEGI (2011b), en México los hogares con jefatura femenina constituyen el 22.3% del total. Esta situación responde a factores de diversa índole, como abandono de la pareja, divorcio, crisis económicas que derivan en mayores índices de migración masculina y mayor esperanza de vida en las mujeres (Buvinic, 1991; García y de Oliveira, 2005). Sin embargo, se ha argumentado que estos cambios se deben principalmente al crecimiento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, al aumento de sus niveles educativos y al control natal, lo que les ha permitido tomar la decisión de constituir una familia sin pareja (Arriagada, 2009; Uribe, 2007).

Según El Consejo Nacional de Población (CONAPO) indica que para el 2010, existen 28. 2 millones de hogares, de los cuales 6.9 están encabezados por mujeres y 21. 2 por hombres, en comparación al año de 1980, donde de los 12. 4 millones de hogares, 1.8 eran encabezados por mujeres y 10.5 encabezados por hombres, es decir, aproximadamente el doble de cantidad que en la década de los 80's.

Por otro lado, los tipos de hogares mexicanos se han dividido en familiares y no familiares, según el Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2011b) (ver capítulo 2).

De acuerdo a la clasificación anterior, 91 de cada 100 hogares son familiares, mientras que sólo 9 de cada 100 no son familiares. El 64% de los hogares en México son nucleares (papá, mamá e hijos, parejas sin hijos y padres y madres solteras), el 24% son hogares ampliados, formados por

hogares nucleares más otros parientes como tíos, suegros, primos, hermanos, etc. Sólo el 1% son hogares compuestos (hogares nucleares con otras personas sin parentesco), 9% son unipersonales, y 1% son co-residentes.

1.1.3 Las parejas mexicanas

Enlaces y matrimonios

En cuestión de estado civil, para el 2011, existían 570 millones de matrimonios y 91 millones de divorcios. Mientras que un promedio de 3.94 personas vivían por hogar (CONAPO, 2010). En la tabla 3 se presentan los datos de hogares encabezados por sexo y situación conyugal.

Tabla 3

Jefes de hogar por situación conyugal y sexo, 2010

Situación conyugal	Total	Jefe	Jefa
Absolutos			6 898
Total	28 098	21 199	448
Nunca unidos (Solteros)	2 178 334	994 609	1 183
Unidos	20 531	18 833	725
En unión libre	724	958	1 697
Casados (civil o religiosamente)	4 790 657	4 237 157	553 500
	15 741	14 596	1 144
	067	801	266
			4 016
Alguna vez unidos	5 388 228	1 371 271	957
Separados			1 349
Divorciados	1 847 453	497 983	470
	790 133	239 929	550 204
			2 117
Viudos	2 750 642	633 359	283

Nota. En 2010 se utilizó la definición de hogar censal que de acuerdo al INEGI es la "Unidad formada por una o más personas, vinculadas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda particular".

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en: INEGI (2010). XI Censo General de Población y Vivienda 2010. Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2010. Recuperado de www.inegi.org.mx

De forma general, las cifras de enlaces en las parejas mexicanas corresponde al siguiente orden: unidos religiosamente/civil (15 millones), separados/divorciados (5 millones), en unión libre (4 millones), y por último, las personas solteras/nunca unidas (2 millones de personas). Llama la atención la pequeña diferencia entre el número de personas que prefieren vivir en unión libre, y aquellas que son solteras o separadas, que en suma corresponden casi a la mitad de la población que sí tiene un enlace matrimonial religioso o civil. Los indicadores mostrados dan un claro panorama

del cambio en la tradición mexicana de “sagrado matrimonio”, transformando los valores religiosos de unión entre las parejas, diluyendo y transformando la forma de vivir en pareja de los mexicanos.

1.1. 4 Las familias migrantes

Migración

El fenómeno migratorio ha prevalecido en México desde mucho antes a las crisis económicas del país. Como tal, se ha transformado en un proceso continuo que configura y reestructura la forma de vivir como familia en México. Para 2010, eran 1 millón 112 mil mexicanos migrantes, de los cuales poco más de 800 mil eran hombres y menos 300 mil, mujeres. Los estados con mayor del 70% de su población migrante nacional son: Guanajuato, San Luis Potosí, Michoacán y Puebla. Sólo el 31.5 % de los migrantes que se van de México, regresan a sus lugares de nacimiento, lo que quiere decir que más del 60% de migrantes residen permanentemente en el país que los aloja, sin posibilidades de regreso. El 89% de los migrantes mexicanos migran a Estados Unidos de América (INEGI, 2011a).

Las principales causas de migración incluyen las pocas posibilidades de encontrar un trabajo remunerado, pocas oportunidades de educación para los hijos, así como la inseguridad y desventajas sociales, mismas señaladas anteriormente.

Los patrones de migración han sido una constante en México, desde las épocas de los “braseros”. Se sabe que los patrones migratorios han ayudado a mantener a muchas familias mexicanas a solventar gastos que con un salario mexicano no podrían. Las remesas enviadas a México por migrantes a sus familias proveen una importante fuente de bienestar y de desarrollo económico en México.

La migración ha permitido que los valores sociales y culturales de las familias estén en constante transformación. Las nuevas familias “transnacionales” y “biculturales” permiten una transformación constante de cómo percibir una familia, una lengua nativa, y valores culturales que pertenezcan a ambas culturas sin estar en conflicto.

Más que un indicador de las dificultades de la economía mexicana, la migración es un fenómeno difícil de detener, que puede brindar a la sociedad mexicana y la sociedad de destino (Estados Unidos de América) nuevas formas de entender la familia y vislumbrar la transformación social de las generaciones.

1.2 Principales Problemas que Presentan las Familias

Las cifras anteriores dan cuenta de los grandes problemas que afectan a las familias mexicanas: violencia, consumo de drogas, inseguridad y graves problemas de salud como obesidad y diabetes, con pocos recursos económicos y de otro tipo, debida a la gran desigualdad económica y extrema pobreza. La educación en México sigue siendo deficiente, a pesar de los esfuerzos de

Instituciones de Educación Superior, que preparan de calidad a estudiantes que se enfrentarán con un mercado laboral que les ofrece pocas oportunidades. Encontraremos también familias golpeadas por la inseguridad que genera el narcotráfico (desapariciones, muertes súbitas, inseguridad, secuestros, etc.) así como familias “transnacionales” quienes se viven entre dos países, dos culturas distintas, con múltiples configuraciones familiares y acuerdos en cuanto a la educación y estilo de crianza.

Sin embargo, como se señalará en el siguiente capítulo, las parejas y familias mexicanas se han transformado de tal forma que es primordial flexibilizar el nivel de intervención en los nuevos arreglos familiares.

El análisis del campo psicosocial permite tener en cuenta las características que de forma común presentan las familias mexicanas en consulta, y que es por ellas, que el entendimiento de las problemáticas familiares tienen sentido. Conocer estas características y estar al tanto de las deficiencias nos permitirá poner el énfasis en la intervención: una intervención que fomente los derechos humanos, la vida libre de violencia en la familia, el fomento a la educación, la prevención de abuso de drogas y alcohol, y el desarrollo de instituciones que brindan cada vez más servicios de salud, pero sobre todo el acceso a la salud mental a precios accesibles a la población.

Algo que caracteriza a México, es la calidad de su trabajo, las personas que conforman el país y que hacen que sea un país cálido con innumerables recursos naturales para su aprovechamiento. Existen cada vez más mujeres que deciden estudiar un nivel superior y acceder al campo laboral a temprana edad. Los roles tradicionales de mujeres y hombres, también están transformándose para dar paso a roles más equitativos y con mismas oportunidades en trabajo, educación y acceso a recursos.

Los problemas por los que enfrenta el país, puede hacer de los mexicanos, personas más resilientes frente a la adversidad, quienes usen sus recursos para fomentar el desarrollo de su propio país.

1.3 Características de los Casos Presentados y su Relación con el Campo Psicosocial Mexicano

A lo largo de éste Reporte Final, se darán ejemplos de algunos de los indicadores mostrados en el capítulo 1, entre ellos: una investigación cuantitativa de jefatura femenina, una investigación cualitativa de migración y resiliencia, así como dos casos de terapia de pareja, que presentan nuevos valores acerca de la paternidad/maternidad, la infidelidad y las diferencias de género, y por último el reporte de trabajo con adolescentes desde un enfoque narrativo y posmoderno en un contexto psiquiátrico.

La temática del presente Reporte surgió de las reflexiones clínicas y de investigación durante la Residencia en Terapia Familiar de la UNAM. Como ejemplo de mis reflexiones, presenté un panorama general de algunos fenómenos sociales de las familias mexicanas.

1.4 Características de los Escenarios donde se realizó el Trabajo Clínico

Los casos presentados en éste Reporte Final fueron atendidos en sedes que trabajan en colaboración con la Residencia en Terapia Familiar de la UNAM. Como estudiante de la maestría tuve la oportunidad de trabajar en tres sedes distintas: El Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”, bajo la supervisión de la Dra. Noemí Díaz Marroquín, el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, bajo la supervisión de múltiples profesores, y por último, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, bajo la supervisión de la Mtra. Elizabeth Colón Monsreal. A continuación se hace una breve descripción de las características de dichos espacios en el trabajo clínico.

Centro comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”

Sede adjunta a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Está ubicado en Calle Tecacalo Mz. 21, Lt. 24, Colonia Ruiz Cortines, Delegación Coyoacán.

Su misión es brindar a las y los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad, desde una perspectiva psicosocial. Su visión es lograr que a través de la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado se logre incidir en las principales problemáticas que afectan a la comunidad

En este centro comunitario cuentan con 5 programas a partir de los cuales se organizan actividades tanto académicas como de servicio a la comunidad, los programas son:

Promoción de la Salud: Escuela para padres y madres, desarrollo psicosocial, hábitos alimentarios, familia y salud mental, habilidades para la vida, y conciencia corporal.

Adicciones: Adicciones y violencia y satisfacción marital.

Género y violencia: Prevención y atención de violencia y grupo de reflexión.

Psicología de la educación. Sala de lectura, EILE (Enseñanza Inicial de la Lectura y Escritura), PAES (Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria).

Servicio terapéutico. Humanista, Psicodinámico, Gestalt, Cognitivo-Conductual, Sistémico.

Participan en el centro, 14 profesoras y profesores especialistas en diferentes temas de Psicología, así como estudiantes de licenciatura y maestría.

La población que se atiende, incluye familias “amalgamadas” (con dificultades en el establecimiento de roles y jerarquías), así como familias reconstituidas, y casos de violencia de género, principalmente.

Centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Ubicado en el sótano del Edificio D de la Facultad de Psicología de la UNAM, este centro ofrece servicios de evaluación, referencia/canalización, prevención primaria a través de talleres para habilidades sociales, desarrollo de emociones, manejo de crisis, desarrollo infantil, habilidades parentales, así como tratamiento individual, de pareja, familiar y grupal.

Su misión es brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales; al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde la perspectiva psicosocial, con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad relativa a evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación de problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales, en las diferentes áreas profesionales del psicólogo, desde diversos enfoques teóricos-metodológicos de la Psicología basada en evidencia, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Ubicado en San Buenaventura No. 86 Col. Belisario Domínguez Deleg. Tlalpan México D.F., el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, único en su género, fue inaugurado el 24 de octubre de 1996. Tiene una capacidad de 220 camas. Brinda los siguientes servicios a la población infantil: Atención primaria (promoción de la salud mental e identificación temprana), atención secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento), atención terciaria (rehabilitación).

El hospital cuenta con el área de hospitalización, que está conformada por la unidad de adolescentes varones, y la unidad de adolescentes mujeres. Ambas unidades brindan atención psiquiátrica hospitalaria a pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos, proporcionando un tratamiento multi e interdisciplinario, con el fin de lograr la remisión o control de estas patologías, actuando en el área biológica, familiar y la reincorporación a la sociedad. Se brinda orientación familiar, apoyo con Inter consultas a otras especialidades.

Se ejerce la docencia en el servicio con médicos residentes, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, enfermeras generales y con la especialidad en psiquiatría, terapia familiar, rehabilitadores y maestros de educación física, así como la realización de protocolos de investigación.

También cuenta con la unidad de Cuidado Prolongados (UCP) que tuvo su razón de ser cuando, al desaparecer la Castañeda, quedaron al cuidado de este hospital un grupo de niños con

retraso mental grave de quienes se ignoraba el origen, al paso de los años algunos familiares de estos pacientes fueron localizados y se entregaron a estos, al cumplir la mayoría de edad su estancia en esta institución ha quedado fuera del marco para el que fue creada por lo que se ha buscado un lugar donde puedan encontrar un hogar permanente y reciban un trato digno y humano.

También se cuenta con el Programa de Atención Médica Integral para Adolescentes con trastornos provocados por el uso de sustancias Adictivas (PAIDEIA). Este programa da atención psiquiátrica hospitalaria a pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos asociados con el consumo de sustancias psicotrópicas, proporciona un tratamiento multi e interdisciplinario, con el fin de lograr la remisión o control de estas patologías, actuando en el área biológica, familiar y la reincorporación a la sociedad, se brinda orientación familiar, apoyo con Inter consultas a otras especialidades. Se ejerce la docencia en el servicio con médicos residentes, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, enfermeras generales y con la especialidad en psiquiatría, terapia familiar, rehabilitadores y maestros de educación física, así como la realización de protocolos de investigación.

El servicio de área de consulta externa está constituido por la Clínica del Desarrollo, donde se atiende a población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (retraso mental y niños con alto riesgo), la Clínica de las Emociones, donde se atiende a menores entre los 6 y 12 años, con trastornos del humor como: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación, la Clínica de los Trastornos de la Conducta, donde se atiende a menores entre los 6 y 12 años, que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hipercinéticos, trastornos del comportamiento social y trastorno disocial. También existe la Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual) donde hay atención para niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual. Por otro lado, la Clínica de la Adolescencia atiende a menores entre 12 y 17 años, que presentan padecimientos diagnosticados en la adolescencia o en etapas más tempranas como son: Trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria. Por último, cuentan con el área de Psiquiatría legal que se hace cargo de menores de edad que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos. Por último, el Hospital de día atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo.

Las familias del Hospital suelen ser de bajos recursos, con múltiples problemáticas como violencia intrafamiliar, abuso sexual, abuso de sustancias, etc. Lo anterior representa un trabajo arduo y que requiere muchas habilidades por parte de los terapeutas, pues al ser familias de bajos recursos y baja instrucción académica, suelen abandonar los procesos, y tener recaídas severas, lo cual vuelve la situación familiar aún más problemática.

1.5 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como Alternativa de Abordaje para las Familias Mexicanas

La terapia familiar sistémica y posmoderna ha trabajado desde sus inicios, y a lo largo de los años, con familias con problemas de salud mental. Como institución social, la familia está en constante cambio, y como se ha mencionado, los cambios sociales del país en el cuál esté inmersa repercutirán en los cambios en la familia. Lo anterior señala que la atención es importante en los servicios de salud mental que el gobierno ofrece a las familias mexicanas.

Si tomamos en cuenta que la familia transforma la sociedad (entre muchas otras instituciones) se convierte una tarea primordial el atender a las familias mexicanas desde una perspectiva o modelo de intervención que acorte los procesos terapéuticos (es decir, los haga rentables para las instituciones sociales), que sea eficaz, y que sea flexible, pero que también ayude a las familias a tomar modos estratégicos de solución a sus problemas.

Los modelos estratégicos y directivos, como el Modelo Estructural, Estratégico, y de Terapia Breve desarrollados en terapia familiar, así como los abordajes posmodernos (reflexivo, colaborativo y narrativo) han sido utilizados en instituciones de salud mental, con excelentes resultados. Por ejemplo, las sedes supervisadas en la Residencia de Terapia Familiar de la UNAM han brindado servicio en diferentes instituciones donde se abordan estos modelos para la atención con familias. Sedes como el *Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"*, el *Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"*, el *Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"*, el *Centro Comunitario "San Lorenzo"*, el *Instituto Nacional de Rehabilitación* y el *Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"*, se convirtieron en instituciones donde el abordaje sistémico y posmoderno ha tenido buenos resultados.

La perspectiva sistémica y posmoderna brinda un panorama amplio de los procesos psicológicos y del desarrollo a los que se enfrentan las familias. Desde esta postura terapéutica, el análisis del contexto político, social, cultural, familiar e individual es integral, pues se vuelve de suma importancia ampliar la mirada, y así, ampliar el método terapéutico de tratamiento. De esta manera, son cada vez más las instituciones, así como los profesionistas de la salud, que incorporan una perspectiva sistémica e integral en donde la atención a la familia es primordial.

Finalmente, es importante destacar, que más que brindar una alternativa de abordaje a los problemas de las familias mexicanas, los terapeutas familiares, tienen una responsabilidad ética y social acerca de fomentar los espacios, tanto privados como gubernamentales, donde se desarrollen prácticas terapéuticas para las familias que demandan. Dado que los servicios de salud mental para las familias mexicanas están distribuidos en escasas instituciones, y sobre todo que están centralizadas en las ciudades más grandes del país, los beneficios para familias marginadas, en zonas rurales o menos centralizadas del país, siguen descuidados. De lo anterior, que una de las

formas de acercar la Terapia Familiar como abordaje a los problemas de la sociedad mexicana en general, se vuelve una labor que los propios terapeutas familiares necesitan generar, a través de asociaciones civiles, talleres comunitarios, servicios voluntarios, o clínicas de salud mental privadas o públicas a precios accesibles para los usuarios.

Capítulo II Marco Teórico

*“El vínculo que une a tu auténtica familia,
no es de sangre, si no de respeto
y alegría mutua”.*

Richard Bach

2.1 Análisis de los Principios Teórico Metodológicos de los Modelos de Intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna que sustentan los Casos Presentados

2.1.1 El giro posmoderno

Antecedentes

Muchos de los fundamentos teóricos de las terapias posmodernas están inspirados por las ideas de disciplinas muy diferentes a la psicología, entre ellas el construccionismo social, mientras que otras ideas provienen de la filosofía, antropología, historia, lingüística y literatura. Ésas ideas permearon la nueva postura terapéutica y la enriquecieron. Entre muchos otros, Tarragona (2006) menciona como los más destacados autores responsables del abordaje de estas ideas a Bateson, Berger y Luckman, Geertz, Turner, Wittgenstein, Gadamer, Derrida, Foucault, Jean-Francois Lyotard, Shotter, Von Foerster, Truett Anderson y Rorty. Lo que ellos y otros pretendieron, tal vez sin darse cuenta, fue desafiar la postura positivista dominante, y se *“montaron”* a una tendencia conceptual y pragmática muy diferente a la del momento (Limón, 2005).

Para Hoffman (1990), la nueva tendencia conceptual tenía que ver con usar unos nuevos *“lentes”* cuyo uso reforzó *“un darse cuenta”* de que lo que se veía sólo de una forma, inmutable o eterna (la narrativa dominante), podía ser visto de otra manera, o más bien, de muchas maneras. Así, fue tomando forma la afirmación de que existen muchas *«voces»* o realidades humanas, y la nueva postura proclamó que no existía una sola realidad, si no muchas realidades, a partir de ésta polifonía de voces (Tarragona, 2006; Anderson, 2005).

El usar *“los nuevos lentes”* implicó aceptar que las personas no podíamos tener un conocimiento directo del mundo, si no que se conocía sólo a través de nuestras experiencias previas, y que la descripción objetiva de la realidad no estaba a nuestro alcance (Epston, White y Murray, 1996). Pero rechazar la objetividad no era rechazar o creer que la realidad era inexistente. No se trataba de afirmar que la realidad no existía, ni de afirmar el concepto del *“solipsismo”* (Segal, 1994), si no sólo de aceptar, que acceder a ella nos era imposible, que *“La realidad”*, objetiva y única, era incognoscible, pero que a *“las realidades”* de las experiencias de cada individuo sí podíamos acceder.

La idea de “*pluralidad*”, donde las diferentes experiencias, y por lo tanto interpretaciones de la realidad podían co-existir, no fue una innovación de la postura posmoderna, pero cómo dice Bauman (2001), aunque la heterogeneidad tenía lugar en la postura moderna, ésta creía que podía suprimir realidades y construir un mundo a su gusto en nombre de una idea.

Si no se podía acceder a la realidad única y “*verdadera*”, entonces “*la verdad*”, quedaba volando, sin poderse definir. Más aún, “*La Verdad*”, así con v mayúscula, no tenía poder, desde que se aceptaba “*que tener la razón*” y “*no tener la razón*” acerca de la realidad y de la descripción objetiva del mundo, no era posible. La verdad no tenía sentido, más que sólo en un contexto de oposición y de poder (Bauman, 2001). Tampoco tenía sentido la verdad “*totalizadora y única*”, ésta perdía importancia, pues los diferentes puntos de vista, las diferentes formas de “*ver*” eran, más que únicas, plurales.

Si la realidad no se puede descubrir, la realidad se puede construir. Y la teoría de la construcción social propuso que un conjunto de significados sin fin emergen de las interacciones sociales entre las personas, y que debido a éste fluir de conceptos, el desarrollo nunca termina y está en constante cambio (Hoffman, 1990). La realidad, y las explicaciones acerca de la realidad, son construcciones sociales, construcciones que se dan en el intercambio de palabras, de la comunidad del lenguaje, de una convención colectiva (Gergen, 1991). La postura posmoderna desafió las verdades universales, la objetividad de la realidad, y el conocimiento científico.

Construccionismo social

Las ideas construccionistas se han nutrido de diversas fuentes, y éstas a su vez, han nutrido al gran movimiento que actualmente se denomina *posmodernidad* (Limón, 2005).

El movimiento construccionista social tomó lugar en los años ochentas del siglo pasado, principalmente delineándose conceptualmente en las universidades, para luego emigrar al campo de la terapia familiar (Limón, 2005). Como movimiento tuvo diferentes denominaciones con las que se identificó, entre ellas: construccionismo social, socio-construccionismo, teoría del construccionismo social, etc.

La definición de la tendencia socio-construccionista es difícil, pues aunque no es una teoría del conocimiento completamente delineada y conceptualmente cerrada, al menos sí es una orientación que abre la posibilidad de entrever, ver y usar nuevas perspectivas, a parte de las tradicionales.

La propuesta original de esta aproximación epistemológica fue hecha por Berger y Luckman en 1966, quienes escribieron *La Construcción Social de la Realidad*, y con ése tratado, tomaron forma los conceptos como conocimiento social, interacción social en la vida cotidiana, internalización de la realidad, etc.

Las ideas del construccionismo social se han extendido a la comunidad intelectual y terapéutica ampliamente, lo que ha resultado en un cambio en el pensamiento sistémico. Gergen y Warhus (2003), hacen un recorrido dimensional, donde mencionan los principios básicos expuestos por el construccionismo social, resumidos en la figura 2.

El construccionismo social, como epistemología, requiere un cambio de postura, que según estos autores, se vislumbra en 3 dimensiones: 1) Del énfasis en los fundamentos a la flexibilidad, 2) De la creencia de ser experto a la colaboración, 3) De la neutralidad a la relevancia de valores y la conciencia de construcción.

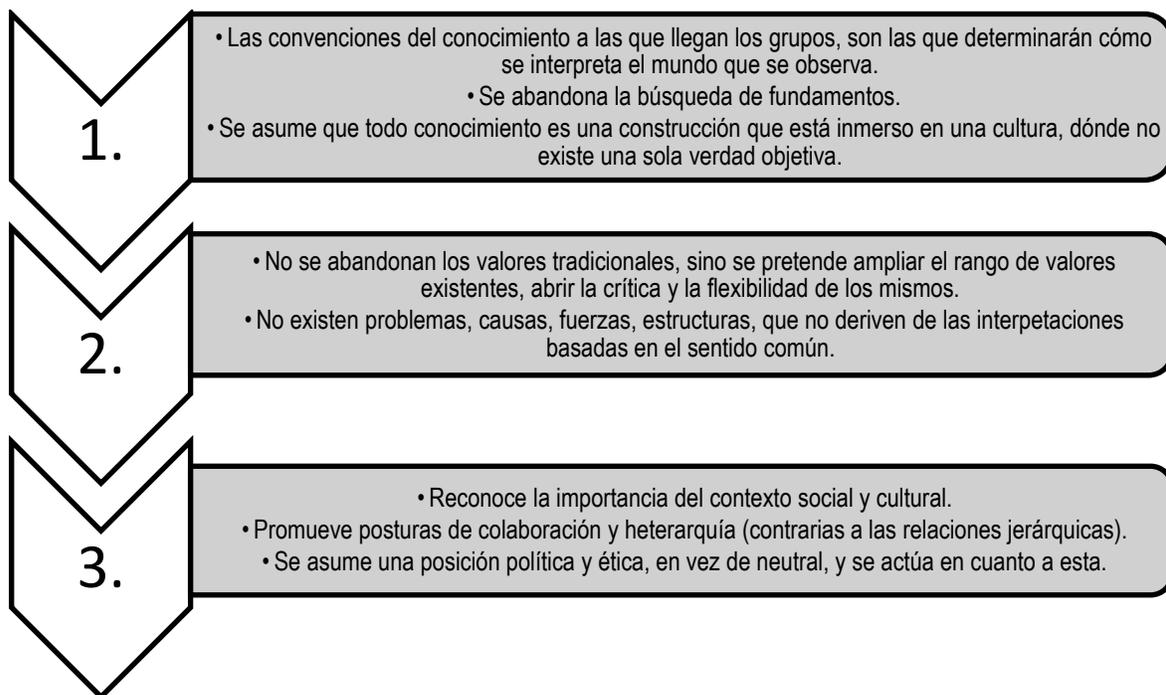


Figura 2. Principios básicos del construccionismo social.

Características de la posmodernidad

Para Urdanibia (1990) la posmodernidad es el *folklore* de la sociedad postindustrial. No ha sido una empresa fácil definir el término, analizar de dónde proviene y a dónde va, y sin embargo, ha aparecido a lo largo de los años en diferentes áreas del conocimiento. El concepto «*posmoderno*» fue popularizado por Jean-Francois Lyotard (1989), quién definía el término como el estado en que se encontraba la cultura después de las transformaciones que habían afectado a la ciencia, la literatura y hasta las artes, en el siglo XXI. Generalmente se refiere tanto a una época histórica, la actual, como a un movimiento en las artes y a una corriente crítica en la academia, especialmente en las disciplinas sociales y la filosofía (Tarragona, 2006). Como movimiento filosófico, cuestionó varios conceptos

importantes, como la verdad, el conocimiento, la objetividad y la epistemología positivista de la ciencia, así como la ciencia tradicional en sí misma.

Una de las grandes aportaciones de la posmodernidad al pensamiento actual, fue el rechazo a las “*grandes narrativas*”, las verdades totalizadoras, y la aceptación de la pluralidad de narrativas singulares, locales, culturales e ideológicas. Su premisa fue valorar el “*conocimiento local*”, y cuestionar los discursos que pretendían dar explicaciones aplicables a todos los seres humanos (Tarragona, 2006). Lyotard (1989), sin embargo, asumió que la posmodernidad nunca quiso dar a entender que todo lo anterior tenía que desaparecer, o empezar de cero la teoría del conocimiento, su pasado, su infancia, estaba y tenía que estar ahí, pero era, por ahora, importante cuestionarla.

Aunque hubo un auge del pensamiento posmoderno y del término posmoderno en muchos ámbitos del conocimiento, no sabemos precisar a ciencia cierta qué apareció primero, el pensamiento posmoderno o fue el cambio social, político y científico, lo que propició éste tipo de pensamiento. Lo que sí sabemos es que, las premisas como el cuestionamiento de la autoridad y el desdibujamiento de las fronteras, tanto en el arte, como en los medios de comunicación, la arquitectura, la música, el ocio, el mundo del espectáculo, la política y muchos otros, se han convertido en el hoy por hoy, en la conciencia posmoderna (Gergen, 1991).

Hasta el día de hoy, no se puede predecir lo que el mundo posmoderno pueda traer, y sin embargo, hay perspectivas que visibilizan sus consecuencias inmediatas: una pérdida de las creencias en la razón, en la ciencia, en el progreso, en la verdad y en la autoridad (Ovejero, 2003), cambios inherentes a nuestra época actual.

Cambios de la modernidad a la posmodernidad

Tal vez, no existe un acuerdo analítico del término “*posmodernidad*”, pero al menos sí un acuerdo operativo: la posmodernidad es un término que advierte que las cosas ya no son cómo antes, un término para alertar acerca de lo que ya no marcha bien en ésta otra época histórica y filosófica, llamada modernidad (Urdanibia, 1990). La posmodernidad enseña que la modernidad ha cambiado, está desapareciendo, se está olvidando, ha muerto. Indiscutiblemente, la “*pos*”-modernidad, implica una despedida de la modernidad (Urdanibia, 1990), y la despedida de sus premisas principales: de la certidumbre de conocer la verdad y el mundo real, un acatamiento de lo dicho por las autoridades del saber científico, la objetividad del mundo como algo independiente de nuestra interacción con él, y de la no validación de otros puntos de vista. Para entrar en la postura posmoderna, fue necesario abandonar o cuestionar las premisas que la modernidad proclamaba.

La posmodernidad pues, permeo tantas áreas del conocimiento científico, como la terapia familiar, y así surgieron las terapias comprometidas con el pensamiento posmoderno: el modelo sistémico relacional de Milán, la terapia narrativa, la terapia colaborativa y la propuesta de los equipos

reflexivos (entre muchos otros). Estos enfoques idearon nuevas formas de colaborar en los procesos terapéuticos con nuevos recursos, y lo más importante, con nuevas perspectivas para los propios clientes, quiénes ven otras posibilidades a sus problemas.

2.1.2 Modelo sistémico-relacional de Milán

Antecedentes y principales representantes

Fundado en el año de 1971, el Centro de Estudios de la Familia de Milán constituyó el primer grupo de Milán, con el trabajo de Selvini Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Luigi Bocolo y Guiliana Prata. La creación de este centro responde a la invitación de Selvini a los terapeutas para trabajar en las problemáticas más representativas de la época en 1970, en Milán, Italia (Ochoa de Alda, 1995).

El grupo atravesó por diferentes fases evolutivas que dieron forma al modelo actual. Estas fases evolutivas dejarían su marca y a la vez permitirían que se abordaran otras perspectivas a lo largo del tiempo. Las 6 fases evolutivas del modelo de Milán (G. Resendiz, comunicación personal, 07 de agosto 2013) así como las aportaciones de cada fase, se resumen en la tabla 4.

El primer grupo de los asociados de Milán retomó los conceptos teóricos de La Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana, así como las aportaciones de Bateson sobre circularidad (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980). Los fundamentos teóricos anteriores brindaron las siguientes ideas, las que se retomarían en el segundo momento del modelo de Milán: 1) la familia como un sistema capaz de autogobernarse por medio de reglas elaboradas por ellos mismos, 2) las interacciones entre los miembros han de generar las reglas y regular relaciones en el sistema de forma interior como exterior, 3) la patología se puede describir como la expresión de ciertas reglas particulares de cada sistema, y 4) los sistemas tienen funciones de estabilidad y cambio, lo que los mantiene en una tendencia de querer y lograr el equilibrio.

Las ideas retomadas de éste primer momento del grupo, son utilizadas también en la segunda generación del modelo, sin embargo, se agrega la importancia del papel del terapeuta en el tratamiento terapéutico, así como su papel activo en el significado de las sesiones, de las hipótesis y de los mensajes, así como las emociones experimentadas en el mismo proceso (Reséndiz, en prensa).

Principios básicos

En la segunda división del grupo, los conceptos que dan origen a su visión sistémica de la familia, son presentados en la tabla 5.

En esta segunda división toman forma los conceptos como circularidad, neutralidad y curiosidad, conceptos que hicieron famoso al grupo, y que además aportarían una visión completamente diferente a otros enfoques teóricos en terapia.

Tabla 4

Fases evolutivas y aportaciones del Modelo de Milán

Fase	Aportaciones
Fase psicoanalítica	Atención al nivel de comunicación analógico. Conceptos importantes como interpretación, neutralidad analítica y transferencia.
Fase estratégico-sistémica	Pensamiento del individuo como interacción de los sistemas. Gran influencia del modelo de terapia breve del MRI. Las herencias de la escuela de Palo alto serían: las sesiones divididas en partes y los intervalos mensuales de las sesiones. También se heredan las prescripciones de rituales, paradojas y la connotación positiva, que después evolucionaría a la "visión positiva".
Fase batesoniana	Separación del grupo. El segundo grupo de los asociados de Milán (Boscolo y Cecchin, principalmente) hacen publicaciones referentes a voltear la mirada hacia el terapeuta. De esta fase se heredan la idea de que la mente no sólo está en el individuo si no en todo el sistema, la importancia del contexto en el problema, la relación (la conectividad de todas las partes relacionadas con el sistema), las ideas sobre las premisas y las preguntas circulares.
Fase constructivista	Las ideas de Von Foerster y Maturana sobre la cibernética de segundo orden y el constructivismo, impactan al grupo, haciendo transformar su forma de intervención. Se heredan las ideas de los sistemas observantes, y la autoreflexividad como curativa.
Fase posmoderna	También llamada fase construccionista, esta fase es la actual que caracteriza al modelo. El foco está en la construcción social de los significados, el lenguaje y la inclusión total del terapeuta en el sistema que atiende (la familia). De Cecchin, se retoman las ideas de irreverencia, los prejuicios del terapeuta y las ideas perfectas.

Tabla 5

Principios básicos que configuran el Modelo-Sistémico-Relacional de Milán

Concepto	Descripción
Circularidad	Capacidad del terapeuta para conducir la entrevista en términos relacionales, contrastando diferencia y cambio, acerca de la información que solicita sobre las relaciones en la familia. Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata (1980) mencionan que se es circular cuando se toman en cuenta los siguientes fundamentos: la información es una diferencia, la diferencia es una relación, así como es necesario invitar a cada miembro de la familia a contar como ve la relación existente entre otros.
Neutralidad	Se refiere a que el terapeuta mantenga alianza con todos los miembros de la familia, en una posición que permita escuchar a los clientes, aliándose con todos los presentes en las sesiones y con ninguno de forma especial. La actitud de escucha es activa, empática, y cuidando no emitir juicios (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1980).
Curiosidad	Se refiere al interés del terapeuta en relación a los clientes, de su historia y de la evolución del proceso terapéutico. Se puede ver como una disposición del terapeuta de explorar diferentes puntos de vista y movimientos alternativos que favorezcan la multiplicidad de las voces, es decir, no quedarse con una sola explicación sobre lo que le acontece a la familia. (Cecchin, 1987).
El tiempo	En el modelo se habla del tiempo, para considerar la totalidad de la familia (Boscolo y Bertrando, 1996). Se considera que no existe sólo un tiempo, sino que cada grupo o sistema puede tener su propio tiempo, dentro del cual su realidad tiene sentido. Así, distinguimos tres tiempos de forma general: tiempos individuales, sociales y culturales. Para la metáfora del tiempo en las familias, una idea útil es el anillo reflexivo (Boscolo y Bertrando, 1992) donde se retoman dos ejes de análisis: 1) el eje sincrónico incluye el análisis de los tiempos individual o fenomenológico (el tiempo como es percibido por el individuo), el social o sociológico (el tiempo con valor instrumental y político para la coordinación social) y el cultural o antropológico (premisas de los grupos en torno al tiempo), mientras que el eje diacrónico incluye el pasado, presente y futuro, un punto de vista evolutivo de la familia (Boscolo y Bertrando, 1992).

Concepto	Descripción
Hipotetización	Hipótesis formuladas por el terapeuta en relación con la familia, cuya función esencial consiste en ser una guía para proveer nueva información, a partir de la cual la hipótesis será confirmada, refutada o modificada. Su valor funcional radica en mantener activo al terapeuta y en rastrear patrones relacionales en la familia. Una hipótesis debe ser sistémica, es decir, incluir a todos los miembros de la familia y dar una visión relacional total (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980). Siempre serán contrastadas o rechazadas, por lo cual se deberán de generar nuevas hipótesis. De forma general, las hipótesis son un intento de respuesta al porqué del síntoma, no en términos de sus causas (de epistemología lineal), sino de sus razones para existir (Ugazio, 1985).
Procesos familiares	Por procesos entendemos momentos de transición de la familia, que pueden englobarse como negociación, oscilación, acomodamiento recíproco, coordinación, desestructuración y reestructuración, muchas veces implícitos entre sus miembros. Por macroprocesos se entiende los procesos que le darán subsistencia a un sistema familiar, como la morfostasis, morfogénesis, autonomía, cohesión grupal, es decir, la estabilidad y el cambio. Por su parte, los microprocesos son los procesos de la vida cotidiana, que permiten cambiar la configuración de la interacción y relación entre sus miembros en los diferentes momentos y exigencias de la vida cotidiana, lo que se convierte en una microtransición (aquí se puede hablar de rituales de pasaje o cambios en el ciclo vital familiar) (Resendiz, en prensa).
Contexto	Nada significa nada sin tomar en cuenta las circunstancias y entramado en el cual emerge y se desarrolla. En realidad, no hay un solo contexto, si no muchos que se van construyendo en el entramado relacional, con mutua influencia entre sí. En el contexto de primer orden encontramos el contexto físico y social, mientras que en el segundo orden, encontramos el contexto de representaciones, y por último, en el tercer orden encontramos el contexto relacional representado por el lenguaje, los significados y las historias (Fruggeri, 1998).

(Continuación)

Postura del terapeuta

La postura del terapeuta dentro de éste modelo, requiere ciertas características que han de dar sentido a la terapia. Al hacer lo anterior, la terapia toma un rumbo más construccionista. Estas características se resumen en la tabla 6.

Tabla 6

Posturas del terapeuta de acuerdo al Modelo Sistémico-Relacional de Milán

Postura del terapeuta	Descripción
Irreverencia	Cecchin, Lane y Ray (1993) hablan de la irreverencia como una postura que puede tomar el terapeuta mostrándose y siendo "pausadamente subversivo", cuestionando las verdades, las estrategias exitosas de los tratamientos, etc. Cuando un terapeuta toma esta postura, presenta sus propias ideas como construcciones de él mismo, y no cómo verdades absolutas, y al mismo tiempo, promueve la incertidumbre.
Emociones	Las emociones son tomadas como un elemento más que configura la terapia. Así, aceptar las emociones emergentes que surgen de forma humana por el terapeuta, es reconocer que existen emociones positivas y negativas. Las positivas se pueden englobar como aquellas que generan empatía, bondad, o comprensión, mientras que las negativas pueden incluir la culpa, el enojo o incluso el aburrimiento. La propuesta del modelo radica en reconocerlas, aceptarlas, y utilizarlas en la terapia como un elemento que posibilite nuevas interrogantes y reflexiones para la movilización de la familia, de sus premisas y de sus formas de relacionarse (Fruggeri, 1992). Pueden ser utilizadas como una metáfora, como preguntas o dialogarse con el equipo.

Postura del terapeuta	Descripción
Prejuicios	Todas las ideas preconcebidas, emociones, sentimientos, hipótesis favoritas, creencias o modelos terapéuticos preferidos son tomados en cuenta como los prejuicios del terapeuta. Su existencia es justificada, si el terapeuta está consciente de ellos, y propone estas ideas en la terapia como otra mirada más de su parte, y no como una “verdad” absoluta. La conciencia de estos prejuicios como terapeuta nos permite tomar cierta distancia y respeto sobre otros puntos de vista que pueden surgir en las sesiones. Así mismo, el terapeuta debe saber que los prejuicios de la familia surgen de una historia, que da sentido a que ellos los tengan (Cecchin, Lane y Ray, 1993).

(Continuación)

De acuerdo a Bertrando (2011), podemos señalar también tres versiones hipotéticas del terapeuta: *el terapeuta como héroe, el terapeuta como oyente compasivo y el terapeuta como interlocutor con opinión*. En cada una de estas posturas, los terapeutas actuaremos bajo ciertas intervenciones.

Estrategias de intervención

Las intervenciones del modelo de Milán, en su segunda generación, son vistas dentro de la misma sesión como construcciones del equipo, el terapeuta y la familia. De acuerdo a lo anterior, no se busca la “*intervención correcta*” ni la estrategia para lograr el cambio, sino se busca una postura ante la terapia que facilite que la familia encuentre sus propias soluciones a sus problemas. Además de ser un modelo terapéutico, el Modelo Sistémico Relacional de Milán es una epistemología (Resendiz, 2010) que utiliza elementos dentro de las sesiones que pueden ser terapéuticos o no pueden serlo.

Dentro su forma de intervenir terapéuticamente, podemos encontrar: las preguntas reflexivas, la connotación positiva y los mensajes del equipo. En la tabla 7, se explica de forma general, en qué consisten cada una de ellas.

Estas intervenciones distan mucho de ser uniformes y únicas, sino más bien tienen la característica del sistema terapéutico que está detrás del espejo, pero también son apropiadas por el estilo del terapeuta.

El modelo Sistémico Relacional de Milán ha evolucionado y agregado la postura posmoderna a su trabajo actual. Su evolución, construcción y pasado histórico ha permitido que el Modelo tenga gran representación y posición en la Terapia Familiar.

Tabla 7

Intervenciones desde el modelo Sistémico-Relacional de Milán

Intervención	Descripción
Preguntas circulares-reflexivas	Presentadas por Tomm (1987), el término reflexivo deriva de la teoría de la comunicación de Pearce y Cronen, sobre el “Manejo Coordinado de Significado”. Estas preguntas tienen la intención de facilitar la “autocuración” de la familia, gatillando la reflexión sobre sí mismos, generando nuevas formas de entender el problema o cambiando conductas. Nunca podemos saber hacia qué dirección se dirigirá la reflexión, sin embargo, promoverla es parte de su misión. Tomm (1987) menciona los siguientes tipos de preguntas reflexivas: 1) Orientadas al futuro, 2) preguntas desde las perspectivas del observador (preguntas relacionales que gatillen observar la propia conducta, 3) preguntas de cambio de contexto inesperado, 4) preguntas con una sugerencia incluida, 5) preguntas de comparación normativa, 6) preguntas de distinción-clarificación, 7) preguntas para introducir hipótesis, y 8) preguntas de interrupción del proceso.
Connotación positiva	La connotación positiva de la segunda generación del Modelo de Milán, puede ser descrita como un re-significación del problema, el síntoma o el paciente identificado por la familia. Actualmente se utiliza, más que de forma estratégica como una forma de darle un significado distinto que ayude a la familia a replantear su problema desde otro lugar y darle un sentido positivo a lo que han estado haciendo (Resendiz, comunicación personal).
Mensajes del equipo	Como intervención, dista mucho de ser uniforme. El equipo manda mensajes que tienen que ver con preguntas, reflexiones, o incluso hipótesis. A veces son para reflexionar y otras como una simple idea.

Como modelo, se ha posicionado en dos momentos importantes dentro la epistemología sistémica: la fase sistémica y la fase del giro posmoderno. Desde estos lugares, ha sabido integrar las dos visiones, brindando herramientas útiles para el trabajo con familias.

Su evolución representa la evolución de los terapeutas vivos dentro del movimiento familiar, por lo que es fundamental conocer sus bases y llevarlas a la práctica.

2.1.3 El abordaje multinivel en terapia de pareja

Premisas teóricas

El abordaje multinivel es una hoja de ruta para la terapia de pareja, que aporta 4 niveles a seguir por el terapeuta de manera secuencial a lo largo de la terapia. Como propuesta es desarrollada por el Instituto Ackerman, específicamente, por Sheinckman (2008).

Es útil sobre todo cuando la pareja que consulta se encuentra en un patrón de reactividad y escalada que los mantiene “atascados”. La tesis de este patrón es que ambos miembros de la pareja mantienen acciones recíprocas que se vuelven problemáticas al crear espirales y circuitos de malentendidos y negatividad. La pareja que experimenta estos ciclos problemáticos, tiene dificultades para escucharse, comunicarse, negociar, resolver sus problemas y empatizar mutuamente, constituyéndose así la “danza de la pareja”.

Dentro de la danza, la pareja puede tener una coreografía que incluye simultáneamente: *conflicto, persecución-distanciamiento y alejamiento mutuo*. Para la pareja, la labor del terapeuta de visibilizar la coreografía y ponerla en la mesa del diálogo puede ser muy útil. Según Sheinckman (2008), *el combustible de la danza es la ansiedad* que cada miembro de la pareja experimenta debido a múltiples fuentes. Cuando los miembros de la pareja son vencidos por la ansiedad, se vuelven propensos a la defensividad, lo cual resulta contraproducente para los ciclos de persecución y distanciamiento.

Dentro del *proceso terapéutico*, es importante crear un clima de escucha, donde ambas realidades de la pareja sean comprendidas. De la misma manera, se crea un *ambiente de contención*, donde ambos puedan bajar la guardia.

Nivel 1. Interaccional

Este nivel está enfocado a que el terapeuta se posicione a sí mismo ante la pareja de forma parcial. Se señala que todo el proceso es progresivo, trabajando como “*controlador de tránsito*”, brindando *esperanza* a través del reconocimiento de los *puntos fuertes* de la relación, que puede ayudar a la pareja a mirar las narraciones positivas y entrar así a un *ciclo virtuoso*. En resumen, el objetivo de éste nivel es “*desarmar*” el patrón, y disminuir la escalada en las interacciones de pareja. El patrón en sí mismo, es “*el villano*” a vencer. El foco de este nivel se encuentra en cómo los intentos de solución de la pareja se convierten en el problema, cómo la secuencia de interacción de la pareja los lleva a bucles de malos entendidos cada vez mayores, cómo la danza de la pareja limita su relación, y cómo éste patrón promueve la ansiedad y el dolor. En las intervenciones de éste nivel se incluyen: ***rastrear las secuencias, hablar a través del terapeuta, reformular sugestivamente, interpretar/interrumpir las soluciones intentadas, generar alternativas, exteriorizar el patrón e identificar pequeños pasos en la dirección correcta.***

Nivel 2. Sociocultural/Organizacional

Se basa en el ciclo de vida familiar y en los marcos multiculturales, la estructura familiar, la perspectiva feminista, y el papel del dinero como una fuente estructural en las relaciones de pareja. Los objetivos principales de éste nivel son: *localizar las dificultades* en términos de tensiones *contextuales* o dilemas de organización, reconocer el impacto de un evento, identificar desigualdades de poder y negociar *un quid pro quo*. El foco de éste nivel se encuentra en ver el contexto de la relación (social, cultural, financiero, situacional y de ciclo de vida), los dilemas de la organización, la claridad de los límites, el ajuste entre la organización de la relación y las necesidades de cada miembro de la pareja y por último la experiencia de tener intercambios y acuerdos equitativos (*quid pro quo*). Para lograr lo anterior, se incluyen las siguientes intervenciones: ***normalizar el problema,***

hacer explícitas las necesidades individuales (sesiones individuales y conjuntas) así como prioridades compartidas, **actualizar el quid pro quo de la pareja** (negociar un sentido de reciprocidad, equidad y justicia), **delinear fronteras** y por último, **implementar acuerdos** (tareas basadas en lo que se negoció en las sesiones).

Nivel 3. Intrapsíquico

El ciclo de la vulnerabilidad. Este nivel realiza una *mirada interna de los individuos*, y considera cómo las suposiciones, las creencias, sentimientos y significados acerca de sí mismos y la relación, pueden trabajar para mantener a la pareja en un impasse. A veces las dificultades de la pareja para llevar a cabo los cambios tienen que ver con la *vulnerabilidad y estrategias de supervivencia* que los mantienen “atascados”. Este nivel aborda una *perspectiva sistémica* desde algo *intrapsíquico*, en cómo la vulnerabilidad de un miembro de la pareja reactiva la *vulnerabilidad* del otro. La vulnerabilidad es entendida como heridas perpetradas por la historia, experiencias personales, infidelidades de la relación o de la propia historia de la relación, etc. que hace a las personas sentirse heridos, rechazados o abandonados. Los objetivos de este nivel son entender cómo la danza contribuye a activar las vulnerabilidades individuales y cómo estas vulnerabilidades disparan de manera automática estrategias de supervivencia que perpetúan el ciclo de la vulnerabilidad (Sheinckman y Dekoven, 2004). El foco de éste nivel está en ver las vulnerabilidades de cada integrante y las reacciones automáticas que disparan, cómo estos mecanismos de autoprotección impactan a la otra persona y en las superposiciones entre presente y pasado, así como sus filtraciones en el momento actual de la relación. Las principales intervenciones de éste nivel abarcan la **técnica del congelamiento** (hacer una pausa en una interacción acalorada, y observar sentimientos, pensamientos y acciones), **etiquetar puntos sensibles** (nombrar sus propias vulnerabilidades así como las estrategias de supervivencia), **conciencia de la desconexión y el escudo**, **separación del presente y pasado**, **entrenamiento empático**, **fomento de comportamientos extensivos hacia la pareja y la combinación de sesiones individuales y conjuntas**.

Nivel 4. Intergeneracional

En este nivel, se busca reorientar la terapia hacia aquellos *asuntos pendientes* que cada uno puede tener con su *familia de origen*. El foco está en ayudar a cada integrante a que se diferencie de su familia de origen, así como movilizar cambios sistémicos con respecto a sus familias. También el terapeuta se interesa por desarrollar un *Genograma*, comprender cómo los puestos y premisas tienen sentido en el contexto de la familia de origen y ayudar a los integrantes a descubrir partes de sí mismos, opacadas por la familia de origen en la infancia. Las intervenciones de este nivel incluyen el

mapeo de los patrones multigeneracionales (elaboración del Genograma), el **establecimiento de conexiones de la familia de origen** (reactividad en sus relaciones), **entrenamiento de formas no reactivas hacia la familia y sesiones con la familia de origen**.

2.1.4 Desactivar los celos en las relaciones de pareja

Sheinckman y Werneck (2010) definen los *celos* como un núcleo donde se forman sentimientos, pensamientos, creencias, acciones y reacciones contradictorias, que *pueden variar en un espectro* desde una dificultad hasta demostraciones obsesivas y muy extremas. Al ser una reacción compleja en la pareja, donde un miembro siente la existencia de un rival real o imaginario amenazando destruir su relación amorosa, se conceptualiza a los celos como parte de un patrón interaccional en el que ambos miembros de la pareja participan. Desde ese punto de vista, el *objetivo terapéutico* se enfoca, no hacia evitar los sentimientos de celos, si no en *comprender y desactivar el patrón de escalada* en la pareja.

Dentro de este entendimiento de los celos, debemos siempre tomar en cuenta la *influencia del género y la cultura* en donde la pareja está inmersa, lo que contextualiza la experiencia de los celos, tomando en cuenta desde los patrones tradicionales de género, hasta las premisas culturales más arraigadas de propiedad privada y pertenencia.

Considerar a los celos como la forma de un triángulo, permite entender que la “tercera” persona (amigo, trabajo, ex, juego, hobbies, o cualquier objeto de celos) puede ser un rival, y un “otro” romántico en la relación. Dentro de la amplia gama de celos podemos encontrar: **1) los celos normales:** con sentimientos de amenaza momentáneos de una relación paralela reconocida públicamente, **2) celos de “segundo grado”:** donde existe una sensación previa de vulnerabilidad que incluyen miedos anticipatorios y obsesiones y por último **3) el síndrome de Otelo:** una enfermedad basada en distorsiones, ideas sobrevaloradas, paranoia e incluso delirio.

El trabajo para desactivar los celos, incluye los siguientes pasos, descritos de forma breve.

Tareas relacionadas inherentes a ser pareja

La *definición de los límites* alrededor de su unión que la diferencien de su relación con otras personas, donde se puede *definir el significado flexible* (cultural y propio de la pareja) de *fidelidad, encontrar un balance entre la seguridad y la libertad, enfrentar la incertidumbre y las fragilidades del amor* (sentimientos de vulnerabilidad y riesgo, inseguridades, miedos, etc.).

El ciclo de la vulnerabilidad

El constructo del ciclo de la vulnerabilidad nos ayudará a entender cómo pierden el rumbo las parejas. En este ciclo es importante ayudar a la pareja a *nombrar sus vulnerabilidades, visibilizar sus*

estrategias de supervivencia y a diferenciar entre patrones del presente y del pasado que siguen apareciendo y contribuyen a dar significado a lo que les está ocurriendo.

Mapa de ruta

Por último, el terapeuta juega un papel importante al ayudar a la pareja a *calmar la reactividad en la escalada de celos*, y a expresar deseos, anhelos y dilemas que no se habían expresado en la coreografía rígida interaccional. Para tal, es importante como terapeuta tener conscientes nuestras propias creencias acerca de la fidelidad, la monogamia y los celos.

Reconsiderando los affaires

Por último, *reconsiderar los affaires* en la terapia desde un lugar donde la traición no sólo sea un tema, sino también *una herramienta más para trabajar en pro de la relación*, es muy útil para las parejas que han vivido otras relaciones dentro del matrimonio o unión (Sheinckman, 2003).

En éste sentido, cuando los affaires son revelados, se puede llevar a que la pareja reconozca los problemas que sí hay en la relación y que eso los induzca a enfocarse en la mejoría de esto con mayor *empatía y comprensión*.

Comprender el momento de cuando las relaciones alternas o affaires se iniciaron, explorar las necesidades de cada miembro y construir sobre la base de nuevos significados su relación, es la ruta a seguir cuando se reconstruye la experiencia de la traición por una “infidelidad”.

2.2 Análisis y Discusión de los Temas que Sustentan los Casos Presentados

2.2.1 Las nuevas familias mexicanas: hacia una re-significación de la diversidad familiar

La transformación de la familia mexicana ha surgido principalmente por transiciones demográficas, epidemiológicas, culturales y económicas (figura 3).

Las familias mexicanas se han adaptado al contexto cultural y social, por lo que se han enfrentado a los cambios mencionados anteriormente de diversas formas, pero principalmente cambiando los arreglos familiares que en sí mismos han modificado las prácticas, que a su vez ha cambiado los roles de género entre hombres y mujeres, lo que ha modificado el ejercicio de la paternidad y el ejercicio de la conyugalidad (Ordaz, Monroy y López, 2010). De ahí que no exista una sola familia mexicana.

Los nuevos arreglos familiares vislumbran una pérdida de la importancia de los modelos ideales de la familia (la familia nuclear, etc.) por múltiples formas de ser, estar y vivir en familia. Los cambios en la formación y disolución de la familia ideal mexicana, son interpretados como parte de un proceso donde la familia ha perdido su lugar de institución social y ha crecido la individualización, es

decir, que se ha privilegiado el desarrollo personal y la autorrealización que parecen opuestas al logro familiar y comunitario.

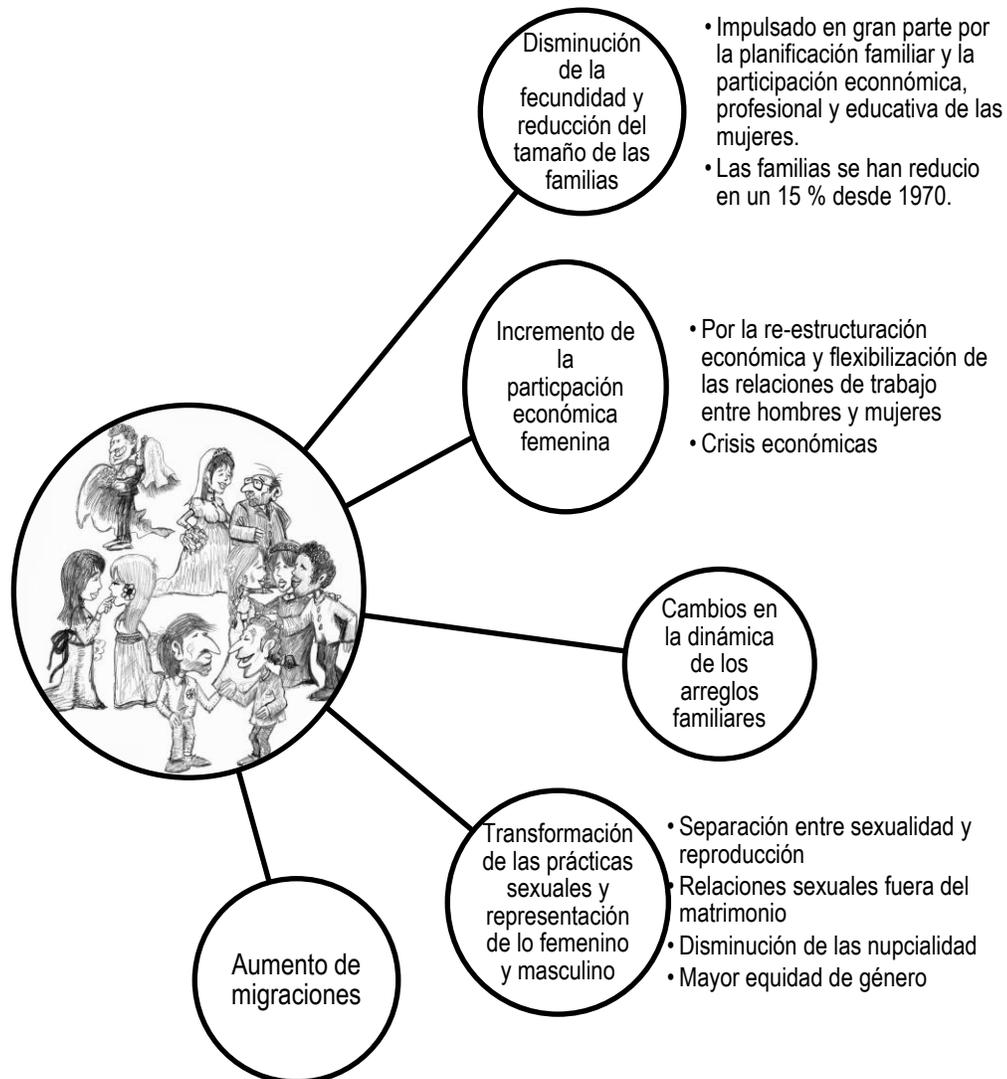


Figura 3. Principales transformaciones en el país de la familia mexicana.

Según Ordaz et al (2010), los nuevos arreglos familiares son clasificados de la siguiente manera:

- Hogares familiares. Definidos como aquellos que suponen la existencia de núcleo conyugal, y que pueden ser clasificados como nucleares, extensos y compuestos.
- Los hogares nucleares que pueden dividirse a su vez en nuclear biparentales con hijos, nuclear sin hijos y nuclear monoparental.

- Los hogares extensos y compuestos, que se refieren a hogares extensos (padre o madre, o ambos, hijos y otros parientes) y compuestos (padre o madre, o ambos, hijos, parientes y no parientes).

Los hogares no familiares, por su parte, son divididos en:

- Unipersonales.
- Co-residentes: constituido por personas no parientes del jefe del hogar.

También es importante señalar que las encuestas de hogares han dejado de lado, en algunas ocasiones, las familias unidas por parentesco, por no residir en el mismo domicilio. Algunas de esas familias, pueden ser clasificadas como **multiparentales**, es decir, aquellas donde alguno o ambos padres han formado nuevas familias, y siguen manteniendo el lazo con la primera, así como **familias multinacionales** o migrantes, quiénes siguen manteniendo el lazo familiar a través de medios no físicos.

En el caso de México, en las zonas conurbadas se vislumbra un incremento de las familias biparentales sin hijos, mismo que se explica por el aumento de parejas jóvenes que han postergado su reproducción o deciden no tener hijos. Las características de estas parejas, generalmente son: personas de la clase media alta, con niveles de escolaridad altos, y contexto socio-culturales enriquecedores (Ordaz et al, 2010), como se verá en el caso 1 de éste reporte.

Los datos anteriores representan también un cambio en la percepción de los valores de la sociedad mexicana, así como de sus creencias, que han pasado de ser únicas, totalitarias y universales, a ser diversas, plurales, singulares y más flexibles, cambios, que sin duda, son inherentes a la era posmoderna.

2.2.2 Las parejas en la posmodernidad

Cambios en la pareja actual

La pareja, como la familia, ha sufrido transformaciones en diferentes áreas desde la mitad del siglo XX y hasta el día de hoy. Como señala Biscotti (2006), los cambios en la pareja actual pasan por ser relacionales, genéricos, de expectativa social, en la sexualidad, en los rituales de formación, así como en las creencias.

En la figura 4, están resumidos los cambios principales a nivel social en las parejas del siglo XXI según Biscotti (2006) y Vicencio (2011).

Cambios relacionales

Mayor simetrización, disminución de los estereotipos de género, autonomía económica de las mujeres, autonomía en las decisiones, co-competencia entre hombres y mujeres, mayor tendencia a la disolución del vínculo, formación del vínculo a edad más tardía, desjerarquización de la legalización de la unión, preservación del lugar de la pareja, etc.

Cambios genéricos

Masculinidad: Mayor sensibilidad, preocupación por lo corporal, más expresión emocional, disgusto sobre los mandatos machistas, mayor conexión con otros hombres, asunción de responsabilidades antes consideradas femeninas (el hogar, la crianza, etc.), mayor capacidad para pedir ayuda, mayor comprensión de las actitudes femeninas, etc.

Femineidad: Revalorización de los propios criterios, acceso a lugares de poder, desarrollo económico autónomo, ruptura del sentido madre/esposa (como único), capacidad de elección, desafío a los mitos, mayor apertura erótico-sexual, ruptura del estereotipo cuidadora/protectora, acceso a oficios considerados masculinos, revalorización de los aspectos agresivos, etc.

Cambios en las expectativas sociales

Menor presión sobre la perdurabilidad de la pareja, menor condena ante la separación, participación de hombres en la crianza, aceptación de nuevos arreglos familiares como madres solteras y parejas homosexuales, y similares.

Figura 4. Cambios principales en las parejas del siglo XXI a nivel social.

Por otro lado, las parejas han experimentado cambios derivados de las transformaciones sociales, permeando la configuración interna de vivirse en pareja (Biscotti, 2006; Vicencio, 2011). La forma en cómo se vive la sexualidad, las expectativas de vivir en matrimonio, los rituales de formalizar una relación, así como las creencias e ideales actuales, entre otros. Los cambios internos de las parejas actuales, se encuentran esquematizados en la figura 5.

Así mismo, como señala Vicencio (2011), uno de los factores más difíciles de explicar ha sido la representación social que el matrimonio otorga. Si bien es cierto que existe menor estigma hacia las mujeres separadas, también es cierto que sigue existiendo una creencia de que es mejor vivirse en pareja que en soltería. Para algunas mentalidades más tradicionales, una historia de divorcios es reprobada socialmente, la separación es inconcebible, mientras que para otras mentes más flexibles, la separación puede ser vista como una opción válida y positiva.

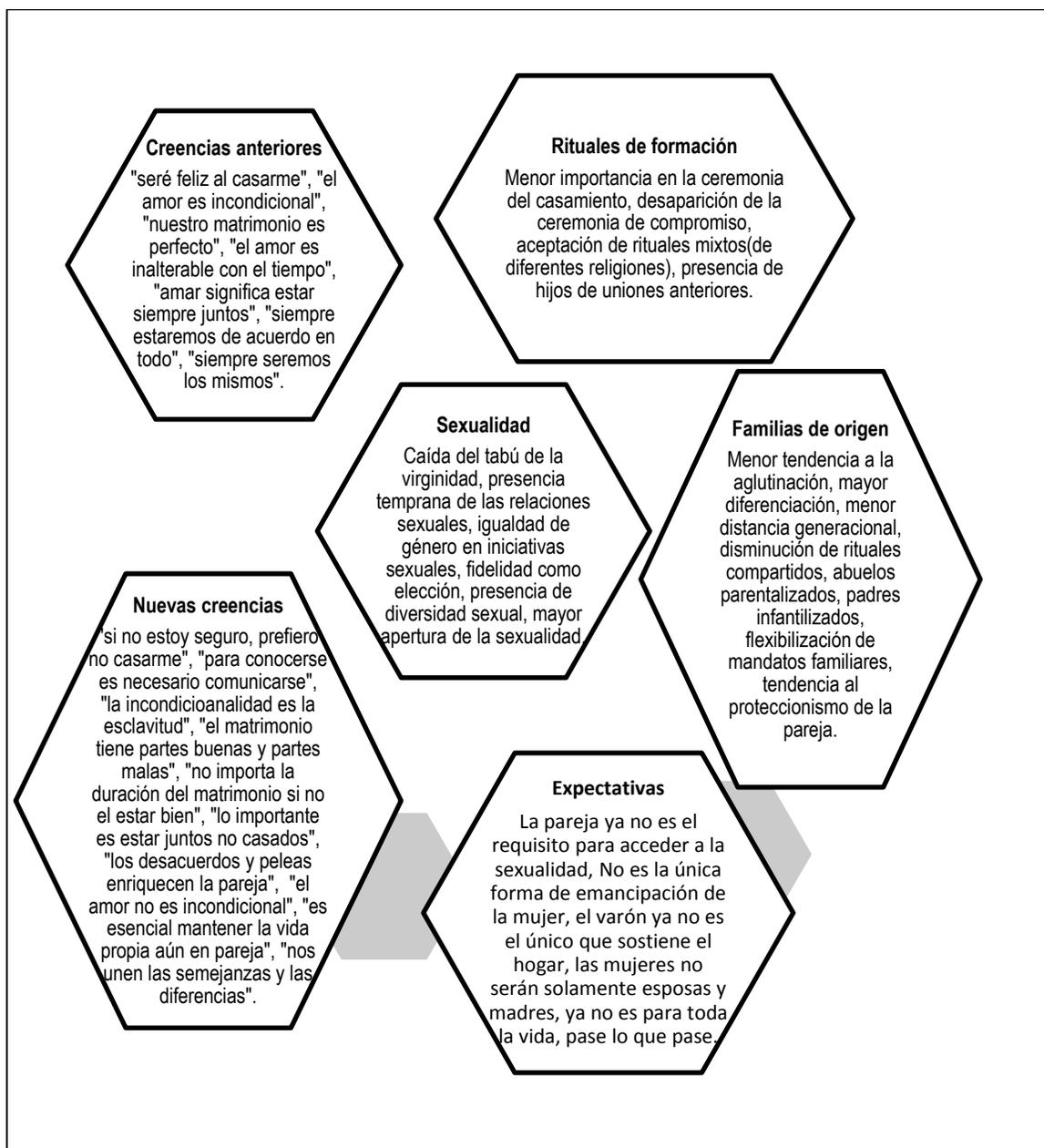


Figura 5. Cambios internos en las parejas, permeados por cambios externos.

Sin embargo, gracias a la diversidad actual de las creencias sobre el matrimonio y la vida en pareja, las opciones son muchas y válidas para unos como para otros. El hecho de que existan múltiples puntos de vista en torno a lo anterior, es en sí un ejemplo de los cambios en la mente posmoderna, a nivel de formación y conformación de las parejas.

Capítulo III

Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

*“No basta saber, se debe también aplicar.
No es suficiente querer, se debe también hacer”.*

Goethe (1749-1832).

3.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas

3.1.1 Cuadro de casos atendidos

A continuación se reportan los casos atendidos durante la Residencia en Terapia Familiar 2012-2014, en las sedes: Centro Comunitario “Julián McGregor y Sánchez Navarro”, Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

En la tabla 8 se muestran las familias/parejas/individuos atendidos, el motivo de consulta por el cual acuden a terapia, el modelo de intervención, la sede clínica, el tipo de participación, y por el último el status terapéutico.

Después, se agrega el reporte de dos casos atendidos durante la residencia. Por un lado, una pareja que se plantea los valores universales de ser madres y ser padres, y por otro, una pareja que a pesar de las consecuencias negativas que trajo para su relación, deciden perdonarse las relaciones alternas y seguir estando juntos.

La integración del caso incluye los datos generales del expediente, como es ficha técnica y descripción de la familia, así como relato breve de las sesiones. También se hace un análisis detallado de las intervenciones y demás elementos bajo la luz de la teoría de cada caso y finalmente, se agregan logros y aspectos pendientes de los casos, y reflexiones finales del terapeuta. En el primer caso se analiza desde las premisas el Modelo Sistémico-Relacional de Milán, mientras que el segundo, bajo las premisas del Abordaje Multinivel del Instituto Ackerman.

Ambos casos vislumbran los cambios en cuestión de valores descritos en el apartado 2.2.2

Tabla 8
Casos atendidos en la Residencia en Terapia Familiar

No.	Familia o Consultante	Motivo de consulta	Modelo de intervención	Sede clínica	Tipo de participación	Estatus terapéutico
1	Familia Garza	Crisis epilépticas como secuela de encefalitis hepática, amalgamada	Modelos Posmodernos	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
2	Antonio	Problemas para manejar la homosexualidad de su hijo	Milán	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
3	Familia Espinosa	Adicciones	Terapia de Soluciones	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
4	Familia Peña	Problemas para el manejo de límites con sus hijos	Terapia de Soluciones	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
5	Esther	Violencia intrafamiliar	Modelo Sistémico Integrativo	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Equipo terapéutico	Alta
6	Nora	Violencia intrafamiliar	Modelo Sistémico Integrativo	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Equipo terapéutico	Alta
7	Juan Adán y Martha	Relación con su hija menor	Modelo Sistémico Integrativo	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
8	Antonio y Ana	Infidelidad	Terapia breve MRI	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
9	Saúl y Heidi	Violencia intrafamiliar	Estratégico	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Baja
10	Antonio	Divorcio	Modelos Posmodernos	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
11	Familia Quiroz	Relación entre madre e hija	Terapia breve MRI	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Baja
12	Marcos	Problemas con el manejo de tiempo y bajo rendimiento escolar	Terapia breve MRI	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Terapeuta	Alta
13	Inés	Límites con familia de origen	Milán	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Co-terapeuta	Alta
14	Familia Negrete	Problemas en la dinámica familiar y relación con hijos.	Modelos Posmodernos	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Co-terapeuta	Alta

No.	Familia o Consultante	Motivo de consulta	Modelo de intervención	Sede clínica	Tipo de participación	Estatus terapéutico
15	Familia Castillo	Problemas sobre la educación de los hijos (home school)	Modelo Estructural	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
16	Elvia	Problemas relacionales entre madre e hija (límites y consecuencias)	Modelo Estructural	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
17	Ivonne	Codependencia	Estratégico	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Baja
18	Enrique	Depresión	Estratégico	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
19	Familia Vidal	Duelo	Milán	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
20	Rosario	Violencia intrafamiliar	Sistémico Integrativo	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Baja
21	Familia Herrera	Problemas en la relación con su hijo	Sistémico Integrativo	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
22	Tania	Dificultad para poner límites con su ex pareja e hijo	Modelos Posmodernos	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
23	Familia López	Violencia intrafamiliar	Sistémico Integrativo	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Equipo terapéutico	Baja
24	Familia Bustos	Problemas en la comunicación e integración familiar	Terapia breve MRI	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	En proceso
25	Katia	Violencia de pareja	Estratégico	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
26	Familia Campos	Problemas de conducta del hijo	Sistémico Integrativo	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Equipo terapéutico	Alta
27	Familia Martínez	Fam. reconstituida. Conformación de los lazos	Sistémico Integrativo	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Equipo terapéutico	En proceso
28	Brenda y Paco	Problemas de pareja, conflictos y comunicación	Modelos Posmodernos	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Baja

(Continuación)

No.	Familia o Consultante	Motivo de consulta	Modelo de intervención	Sede clínica	Tipo de participación	Estatus terapéutico
29	Jazmín y José	Problemas de comunicación	Modelos Posmodernos	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Baja
30	Familia Téllez	Problemas con las hijas y comunicación entre padres	Milán	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	En proceso
31	Familia Gómez	Conductas agresivas en la familia y límites	Sistémico Integrativo	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	En proceso
32	Alma	Aprender a manejar situaciones familiares	Modelos Posmodernos	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Baja
33	Sonia	Celos	Modelo Estructural	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	Alta
34	Familia Solís	Problemas con su hija adolescente	Sistémico Integrativo	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	En proceso
35	Familia Chávez	Problemas de conducta alimentaria y agresividad	Milán	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Equipo terapéutico	En proceso
	Sofía A. e Ignacio F.	Desacuerdo en la decisión de tener hijos.	Milán	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Co-terapeuta	Alta
35	Familia Castañeda	Monitorear el consumo. Trabajar límites y consecuencias.	Milán	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	Co-terapeuta	Alta
36	Familia Quezada	Conflictos familiares. Depresión.	Milán	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	Co-terapeuta	Alta
37	Familia Luna	Conflictos familiares	Milán	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	Co-terapeuta	Alta
38	Familia Ramírez	Abuso sexual. Límites y consecuencias	Milán	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	Co-terapeuta	Alta
39	Familia Guadarrama	Adicciones	Milán	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	Co-terapeuta	Baja

No.	Familia o Consultante	Motivo de consulta	Modelo de intervención	Sede clínica	Tipo de participación	Estatus terapéutico
40	Familia Amezcua	Abuso sexual	Milán	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	Terapeuta	En proceso
41	Familia B.	TDAH. Dificultades con la familia de origen en el manejo de reglas (abuelos).	Milán	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	Terapeuta	Alta
42	Familia Martínez	Dificultad para aceptar la orientación de su hijo. Violencia psicológica y maltrato verbal.	Milán	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	Co-terapeuta	Baja
43	Itzel	Separación por infidelidad	Soluciones	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Co-terapeuta	Baja
44	Mitzi Sofia	Depresión	Estratégico	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Co-terapeuta	Baja
45	Alfonso B. y Carmelita V.	Problemas en su relación de pareja, derivados de la falta de confianza y estabilidad de salud.	Terapia de Soluciones	C.S.P. "Dr. Guillermo Dávila"	Co-terapeuta y equipo terapéutico	Alta

(Continuación)

Caso 1: Familia Figueroa A.

3.1.2 Contextualización de la forma de trabajo

El caso presentado fue analizado bajo las bases y fundamentos del Modelo Sistémico-Relacional de Milán, desde la segunda etapa del grupo, retomando como autores principales a Cecchin y Boscolo, entre otros como Fruggeri y Uguzzio, etc.

Al principio de las sesiones se abordó un estilo de trabajo de Terapia Breve centrado en los Problemas, sin embargo, pronto se cambió a un modelo más reflexivo y dialógico, que promoviera cambios menos drásticos y más estéticos en la pareja.

3.1.3 Integración de expediente

El expediente que se presenta a continuación, corresponde a una familia atendida inicialmente en el Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro".

Posteriormente, debido a cambios administrativos, fue atendido en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” para finalizar el tratamiento. El caso representa una clara imagen de las problemáticas de las familias posmodernas actuales, específicamente, de las ideas y formas de vida de las parejas en el siglo XXI en México.

Se incluyen los datos de la familia y las terapeutas que atendieron el caso, posteriormente se hace un resumen del proceso terapéutico, y se esquematiza el tratamiento con cuadros que resumen los objetivos y maniobras terapéuticas de cada sesión. Finalmente se analiza el caso desde el Modelo Sistémico-Relacional de Milán.

1. Descripción de la familia

- a. *Nombre de la familia:* Ignacio F. y Sofía A. (pareja).
- b. *Número de sesiones:* 11.
- c. *Duración del tratamiento:* 27 de febrero de 2013-25 de septiembre de 2013.
- d. *Motivo de consulta:* Redactado por la pareja en su ficha de datos personales:

“Tenemos dos años viviendo juntos en pareja, estamos bien, pero hay un tema en tener hijos que es importante para ambos y hay motivo de discusión, porque antes él sí lo deseaba y ya cambió de opinión y ahí no coincidimos”.

- e. *Categorías diagnósticas médicas o psiquiátricas:* Sofía fue diagnosticada con depresión dos años antes. Siguió tratamiento médico. Cuando llega a la consulta, el tratamiento ha terminado.
- f. *Fuente de referencia:* Vienen por disposición propia.
- g. *Tiempo de lista de espera:* 3 meses
- h. *Terapeutas:* Saraí Farías Anda y Montserrat G. Salazar Segura.
- i. *Supervisora:* Dra. Noemí Díaz Marroquín.
- j. *Equipo terapéutico:* Mayela García y Adriana Carrillo.
- k. *Institución:* Centro Comunitario “Julián McGregor y Sánchez Navarro”.

I. Genograma

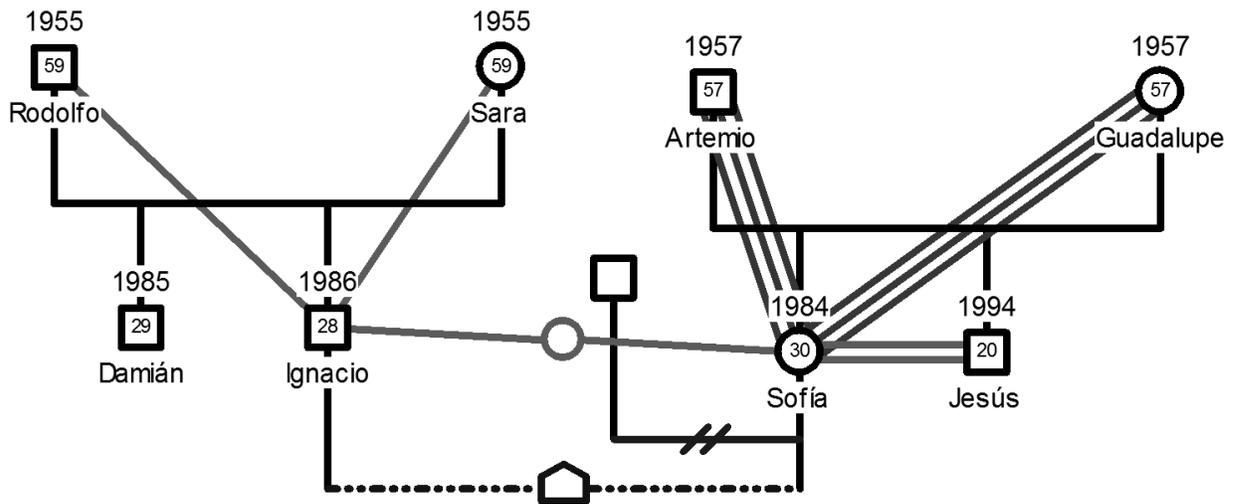


Figura 6. Genograma Familia Figueroa A.

Nota. Los nombres verdaderos han sido cambiados, para preservar el anonimato de la pareja.

2. Historia de la familia

El padre de Ignacio es el quinto y último hijo. La madre también es la hija más pequeña. Tienen un estudio fotográfico desde hace 27 años, que ambos atienden. El hermano de Ignacio vive solo. Describe la relación de su familia de origen como “muy independientes, tanto financiera como económicamente”, sin embargo, considera que sus padres son un gran apoyo para él.

El padre de Sofía es el segundo hijo y la madre es la quinta hija. Viven en Tepej del Río desde hace 25 años. Tienen una tienda de abarrotes que atienden ambos padres y el hermano menor de Sofía. Ella describe a su familia como “muégano”, pues son muy apegados.

Ignacio trabaja en Coca-Cola desde hace año y medio en el área de Logística, estudió Ingeniería y tiene una maestría en Administración. Sus ingresos económicos son altos. Menciona que desde hace año y medio han habido muchos cambios en su trabajo, se cambiaron de casa, etc.

Por su parte, Sofía estudió Contaduría y actualmente está haciendo una maestría en Psicoterapia Gestalt, a lo cual se dedica de tiempo completo. No trabaja actualmente. Se casó a los 25 años con una pareja anterior, pero en 2008 tuvo una depresión clínica, ya que su vida, su trabajo y su pareja no eran lo que ella esperaba. Se divorció ése mismo año. Siguió un tratamiento, el mismo que no sigue actualmente.

La pareja se conoce en 2010, y después de dos meses de relación, deciden irse a vivir juntos. Con respecto al tema de los hijos, Ignacio menciona que cuando lo hablaron “no dijeron ni sí ni no”,

pero que a finales del año pasado él concluyó que tener hijos “no es algo para él”. Sofía percibió esto como una falta de “transparencia” y que “él no es confiable” porque primero le había dicho que sí quería y ahora ya no. Es por lo anterior que deciden ir a terapia juntos. Sofía dice estar en un proceso terapéutico de corte humanista actualmente, mientras que Ignacio dice que es la primera vez que asiste a terapia, pero se siente abierto a al proceso.

2. Resumen del tratamiento terapéutico

Sesión 1

Objetivo terapéutico: Explorar el motivo de consulta, y conocer la pauta problemática. Así mismo, establecer los objetivos terapéuticos con la pareja.

Descripción breve de la sesión: Durante esta primera sesión, el equipo terapéutico elabora su primera hipótesis: Sofía e Ignacio tienen un juego de “fusión” e “individuación”, Sofía necesita una relación de “fusión” mientras que Ignacio, necesita una relación donde el pueda rescatar su individualidad. Este juego se activa cuando Ignacio se aleja, y Sofía se acerca a él, entre más se acerca ella, más se aleja él. Con esta hipótesis se plantea que ambos están atrapados en resolver el problema del contenido, cuando se trata de un problema que atañe a la definición de la relación, y en éste sentido, los hijos, la boda, o cualquier tema, puede activar estos desacuerdos. Se pronostica que la pareja tiene un porcentaje alto de separación ya que es posible que no se pongan de acuerdo en el tema de los hijos y esto termine la relación. Los elementos y técnicas de intervención de la sesión 1 se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 1 Familia Figueroa

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Exploración del motivo de consulta	Preguntas circulares sobre la decisión de venir a terapia.	Se realizaron preguntas circulares sobre la idea de venir a terapia, las expectativas, y los logros que quisieran realizar o los problemas a resolver. Se promovió la alianza terapéutica y el equilibrio de participación entre la pareja.
Describir la pauta problemática	Preguntas desde la perspectiva del observador	Se explora qué sucede entre la pareja que perpetúa que la relación se mantenga en conflicto.
Detener la pauta problemática	Tarea de reflexión	Se le pide a la pareja que observe qué pasa con cada uno de ellos cuando se repite la pauta problemática: cada vez que discuten y Sofía se aleja.

Sesión 2

Objetivos terapéuticos: Explorar de qué manera la tarea interrumpió la pauta problemática, explorar cuál es la dinámica de la pareja que no les permite resolver el conflicto, así mismo, explorar las posturas de los clientes ante el conflicto.

Descripción breve de la sesión:

La pareja deja entrever la dinámica de “perseguidor-perseguido” que los mantiene en el conflicto. Se observa que suelen enfrascarse en discusiones muy “*racionales*” aunque bastante educadas sobre su situación. El equipo discute que: la pauta de la pareja es que Sofía necesita reafirmar el compromiso de Ignacio en la relación, en parte por la existencia del “*fantasma*” de la ex de él (Elsa) que le hace pensar catastróficamente en que Ignacio huirá en cualquier momento. Se observa que la pareja tiene una interacción educada y respetuosa de dirigirse el uno al otro, un poco “polite” como el término en inglés lo indica, que dificulta que ambos hablen de la relación de forma concreta y precisa, así como de confrontar el conflicto del desacuerdo.

Para esta sesión, **la hipótesis sistémica** es que la pareja está en un desbalance jerárquico. Las secuencias repetitivas de “*perseguidor y perseguido*” parecen estar manteniendo las dificultades de hablar de forma concreta sobre temas importantes (para un resumen detallado de la sesión, ver cuadro 2).

Cuadro 2. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 2 Familia Figueroa

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Profundizar en la dinámica de la pauta problemática	Preguntas reflexivas acerca de la tarea	Se aborda en la sesión qué pasó cuando observaron qué pasaba con ellos cada vez que discutían. Ambos dijeron darse cuenta de sus reacciones y pensamientos.
Exploración del significado de la relación	Preguntas circulares y reflexivas sobre la experiencia de su relación.	Se aborda en la sesión qué significa para ellos la relación que mantienen en términos de compromiso y lealtad, así como confianza en el otro.
Promover la visión sistémica en la pareja.	Preguntas desde la perspectiva del observador. Tarea de reflexión	Se le pide a la pareja que reflexione acerca de qué forma Ignacio le demuestra su compromiso a Sofía y de qué manera Sofía hace cosas que alejan a su pareja de ella.

Sesión 3

Objetivos terapéuticos: explorar el tema del compromiso a través de la tarea de reflexión, metacomunicar la pauta problemática, las terapeutas buscan generar una nueva perspectiva de su conflicto (ver cuadro 3).

Descripción breve de la sesión: Se aborda el tema del matrimonio. Ignacio considera que necesitan definir primero el tema de tener hijos y después casarse, mientras que Sofía piensa que pueden casarse y después hablar de los hijos, pero está molesta porque Ignacio otra vez cambió de opinión. Se intensifica el conflicto por el desacuerdo en las metas de vida de cada uno de ellos. Después de una intervención terapéutica, se visibilizan los conflictos económicos entre la pareja: Él comenta la insatisfacción de hacerse cargo por completo de la manutención del hogar, Sofía por su parte menciona que le genera conflicto depender de él, ya que para ella es una forma de no responsabilizarse de su vida. En esta sesión, **la hipótesis sistémica** es que la pareja se encuentra en una relación complementaria. Uno de los elementos de la pauta problemática es que no definen claramente sus conflictos, por lo que no pueden establecer acuerdos concretos y claros para su resolución.

Cuadro 3. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 3 Familia Figueroa

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Trazar la interacción sistémica entre la pareja	Explorar la tarea de reflexión sobre el compromiso	Se pregunta de forma circular de qué manera se expresan su compromiso y lealtad en la relación.
Metacomunicar la pauta problemática. Auto-observación de la pareja	Construcción de hipótesis sistémicas con los clientes	Las terapeutas introducen la hipótesis de detener la discusión del conflicto a través de la forma educada y "polite" de disculparse entre ellos, lo que no les permite decirse lo que quieren decirse y por lo tanto no resolver los desacuerdos de forma clara y concreta.
Nueva perspectiva sobre el conflicto	Preguntas orientadas hacia el futuro	Las terapeutas preguntan: si las cosas siguieran igual, ¿se quedarían juntos o se separarían? Esta pregunta abre la posibilidad de que la pareja se acerque al cambio de su relación: mantenerla o separarse.
Introducir información a través del equipo terapéutico para abrir la resolución del conflicto y promover el cambio	Preguntas para introducir hipótesis	Las terapeutas transmiten dos mensajes: 1) las mujeres del equipo consideran que Sofía tiene que trabajar para recuperar la sensación de control en su vida y 2) Una parte del equipo piensa que no lograran ponerse de acuerdo y se separan mientras la otra parte piensa lo contrario.

Sesión 4

Objetivos terapéuticos: explorar las ideas del mensaje de la última sesión, confrontar la separación de la relación, así como promover que la pareja utilice la sesión para resolver un conflicto de forma real (ver cuadro 4).

Descripción breve de la sesión:

La pareja habla de cambio y movimiento, por un lado Sofía va a buscar trabajo mientras que Ignacio dice darse cuenta de querer mantener la relación pero con condiciones. La pareja abre el conflicto del dinero de forma explícita, con quejas de parte de Ignacio de los gastos que hace su pareja.

Cuadro 4. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 4 Familia Figueroa

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Explorar las reflexiones del mensaje del equipo	Preguntas reflexivas Preguntas de distinción/clarificación	Las terapeutas exploran los movimientos que la pareja realizó para poner en marcha las ideas del equipo, entre ellas, buscar trabajo y decidir seguir juntos.
Detener la pauta problemática en la sesión	Metacomunicación de lo que sucede en la sesión, y de las hipótesis del equipo. Preguntas de interrupción del proceso	Una de las terapeutas detiene una conversación de tipo "polite" para poner la atención en resolver el problema del dinero. Así mismo, entre ambas terapeutas se les comunica la hipótesis del equipo de que su manera polite de discutir no les permite llegar a acuerdos concretos.
Promover el cambio a través de hacer públicas las hipótesis del equipo	Metacomunicación de las hipótesis del equipo a través de un mensaje que cierra la sesión	Las terapeutas dicen a la pareja que ven en ellos una forma de conversar tan educada y ligera. Se les dice que esa forma de hablar de ellos no les funciona, pues nunca concretizan.
Promover la concretización de una resolución de su conflicto	Ejemplo en la sesión. Tarea en casa.	Las terapeutas resuelven en sesión un desacuerdo entre ellas que sirva de ejemplo de lo que ellos tendrían que hacer como pareja. Se les pide de tarea que tomen un tema y lleguen a un acuerdo similar de tarea.

Sesión 5

Objetivos terapéuticos: preguntar por la tarea de la última sesión, fortalecer el vínculo de pareja y así ayudarlos a tomar una decisión acerca de vivir juntos o no (ver cuadro 5).

Descripción breve de la sesión:

La sesión explora porque no hicieron la tarea, los miedos de ambos al tomar decisiones juntos, y se hace una "proclamación de pareja" que les ayude a fortalecer el compromiso de pareja, mientras deciden seguir juntos o no. La pareja como las terapeutas y el equipo, se conmueve

muchísimo al explorar los miedos a tomar decisiones pues eso significaría separarse por pensar diferente. Durante esta sesión la **hipótesis sistémica** fue: La pareja está atrapada en la definición de su relación basándose en los contenidos de sus interacciones. Desean tomar una decisión y establecer acuerdos, pero entre más se esfuerzan, menos lo logran.

Cuadro 5. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 5 Familia Figueroa.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Contener la ansiedad de la pareja ante la separación	Sugerencias de las terapeutas sobre tranquilizarse a partir de dos opciones. Preguntas con una sugerencia incluida.	Las terapeutas introducen información a través de dos opciones: 1) Poder decidir no decidir en este momento y ponerse un plazo para retomar el tema y 2) trabajar los otros temas a negociar y dejar el tema de los hijos para el final. Además se pregunta si decidir tener hijos o no, es precisamente una forma de decir que se aman menos o más. La pareja parece experimentar alivio ante las nuevas sugerencias.
Promover una mirada positiva de la situación	Connotación positiva	En la pausa, el mensaje de las terapeutas es que ven a una pareja que está comprometida, que existe muchísimo amor mutuo, lo que puede ser una señal para ellos de no estar listos para separarse.
Fortalecer el vínculo	Proclamación de pareja	Se les prescribe fortalecer su vínculo de amor durante los siguientes días, utilizando una frase que exprese en el presente su relación de pareja. Se les pide repetirlo cada vez que sientan el temor del rompimiento de su vínculo.

Sesión 6

Objetivos terapéuticos: Visibilizar los cambios de la pareja, concretizar los temas de la sesión para promover la evolución del tratamiento.

Descripción breve de la sesión: Se aborda la decisión de ellos de decidir el tema de los hijos dentro de 2 años. Se retoma el tema de la boda, donde ambos opinan de forma distinta, ella si quiere casarse y él prefiere esperarse hasta decidir lo de los hijos. Hay una confrontación en la sesión por parte de Sofía hacia Ignacio, lo que genera un clima de apertura concreta al tema del compromiso, usando la pregunta: “¿qué es lo que te mantiene conmigo?” Durante ésta sesión la **hipótesis sistémica** es: La pareja atraviesa por un estadio distinto, donde la confrontación de las decisiones y de la realidad es inminente. Durante esta confrontación, Sofía está dándose cuenta de la realidad de la situación, cambiando su lugar de entender el problema, mientras Ignacio, parece no moverse, y parece estar en la misma posición que al inicio del tratamiento. Existe mucho enojo y coraje entre ellos, éste ambiente tensó la sesión (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 6 Familia Figueroa.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Visibilizar los cambios de la pareja	Mensaje del equipo	Las terapeutas mandan el mensaje del equipo: "Por fin le dices a él lo que quieres con claridad. Empiezas a ver la postura de él de forma clara y segura. El equipo cree que la terapia ha ayudado que Sofía enfrente la postura de Ignacio de no tener hijos, aún con el riesgo de saber que esto no son las respuestas que ella quisiera".
Concretizar los temas de la sesión	Preguntas de evolución del proceso. Reflexión	Se les pide que reflexionen en los siguientes días el mensaje del equipo sobre el momento específico de la terapia y de sus propios cambios.

Sesión 7

Objetivos terapéuticos: Explorar las ideas, pensamientos, miedos y razones que soportan la decisión de Ignacio de no tener hijos. Así como explorar que significa para él ser padre (ver cuadro 7).

Descripción breve de la sesión: Sesión individual con Ignacio. Se exploran las ideas sobre la paternidad. Se habla de que sus motivos tienen que ver con que ser padre es una responsabilidad muy grande, y de dedicación plena, tiempo y espacio que considera no poder brindarles por su trabajo. También es una decisión basada en no querer renunciar a su estilo de vida sin hijos, pues quiere dedicarse a su crecimiento y placer propios. Se concluye que no se mira así mismo como un padre de familia, algo con lo que coinciden sus familiares.

Cuadro 7. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 7 Familia Figueroa.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Explorar el motivo de no querer ser padre	Preguntas reflexivas	Las terapeutas abordan que es para él un padre, que significa la crianza de hijos, desde cuándo piensa así, etc.
Explorar la opinión de su entorno inmediato	Preguntas circulares	Las terapeutas preguntan sobre la opinión de los demás, se explora que su familia está de acuerdo en su decisión y la respetan.

Sesión 8

Objetivos terapéuticos: evaluar el avance de la terapia y continuación o finalización.

Descripción breve de la sesión: La pareja describe cambios positivos: Sofía enfrento la realidad de la separación con más tranquilidad, mientras que el refrenó el compromiso con planes de una casa en el futuro juntos. Sofía habla de su parte idealizada de la relación que tiene con Ignacio, coincidiendo con las terapeutas. Pero también menciona la relación real, donde no todo es como ella quisiera. El equipo discute que la pareja ha llegado a un punto decisivo en donde no pueden avanzar ni retroceder, ni decidir separarse ni decidir quedarse juntos. En este lugar, cada situación que sucede pone en peligro la relación, pero también los deja en una situación “estancada”, sin capacidad para moverse (ver cuadro 8).

Cuadro 8. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 8 Familia Figueroa.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Evaluación del proceso terapéutico	Preguntas sobre la evolución del tratamiento y de los cambios percibidos	Las terapeutas comunican el mensaje de haber visto cambios que han ayudado a establecer un contexto más propicio para tomar decisiones como pareja. Los felicitan por los pequeños cambios y les preguntan de qué forma les ha sido útil venir a terapia. Sofía ha encontrado herramientas para resolver la situación, como diferenciarse de Ignacio, poner los pies sobre la tierra y asimilar que la relación es falible y puede terminar.

Sesión 9

Objetivos terapéuticos: Retomar el tema de la sesión anterior, acerca de la utilidad del proceso (para más detalles ver cuadro 9).

Descripción breve de la sesión: Durante la novena sesión, las terapeutas retoman el mensaje de la sesión pasada. Durante la mayor parte de la sesión, Sofía estuvo llorando e Ignacio también se mostró conmovido y conteniendo sus lágrimas. Se habla de la transparencia y la confianza como elementos indispensables para que se decidan si quieren seguir juntos o no.

Cuadro 9. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 9 Familia Figueroa.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Definir el rumbo de la terapia	Elogios de los cambios obtenidos hasta ahora. Connotación positiva.	Después de la intersesión se decide dar el mensaje: reconocer que ambos han cambiado, ella diciendo abiertamente sus expectativas y él diciendo lo que puede y quiere ofrecer. Se les pide que bajo esta realidad que no pueden evadir es necesario tomar una decisión en algún momento, bajo las verdades que cada quién exploró. La terapia puede servir para ayudarlos a seguir juntos o para ayudarlos a bien separarse.

Sesión 10

Objetivos terapéuticos: retomar las ideas dichas en el mensaje de la sesión anterior, confrontar a la pareja en cuanto a su decisión de seguir juntos o no.

Descripción breve de la sesión: Se explora las creencias y pensamientos, acerca de la decisión de separarse. Durante esta sesión, ambos son honestos y muestran sus vulnerabilidades. Ignacio cree que Sofía no tiene las herramientas necesarias para superar la separación, mientras que Sofía se siente ofendida, pues su pareja no reconoce lo que ha crecido ni sus recursos, y abandona la sesión, llorando y enojada. Después de la sesión, la pareja pide estar solos en la terapia.

Cuadro 10. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 10 Familia Figueroa.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Promover en la pareja la apertura de sus decisiones	Preguntas reflexivas. Preguntas orientadas al futuro.	Las terapeutas preguntan en la sesión de forma directa que han pensado sobre seguir juntos, y en que se basan esas decisiones. ¿Qué pasaría si decidieran seguir juntos sin llegar a un acuerdo?
Cuestionamiento de la realidad	Preguntas con una sugerencia incluida.	En el momento en que Ignacio dice no confiar en la capacidad de su pareja en reponerse de una separación, una de las terapeutas da un mensaje para poner en duda esa idea.

Sesión 11

Objetivos terapéuticos: reconocer los cambios logrados en la terapia, explorar el patrón actual de la pareja, liberar ansiedad y desesperación a través de la reflexión y el tiempo (ver cuadro 11).

Descripción breve de la sesión: Sofía habla de sus cambios personales que la han llevado a aceptar un nuevo trabajo como docente de administración, se mencionan cambios en la pauta problemática, y se propone un espacio para reflexionar la terapia. El equipo se da cuenta que la pareja se encuentra en momentos distintos entre ellos, ella necesita tiempo para sanar lo que ha pasado, mientras que él presiona para tomar una decisión. Se decide darle voz al deseo de Sofía de dar tiempo para sanar y así espaciar las sesiones. **La hipótesis** para esta sesión era: La pareja se encuentra en un momento en el que puede meta-observar y cuestionar las reglas de la relación, lo que permitirá en algún momento establecer acuerdos sobre la continuidad de la relación o la ruptura y bajo qué circunstancias. En esta sesión, el equipo nota un cambio físico en Sofía, en su forma de vestir y maquillarse, así como de actuar, más madura y menos infantil. Después de ésta sesión, la pareja no puede acudir a las dos sesiones siguientes, y no vuelven a pedir cita. Se les da de alta, y se les avisa de lo anterior.

Cuadro 11. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 11 Familia Figueroa.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Reconocimiento de cambios	Énfasis en lo positivo	Las terapeutas felicitan a Sofía por los cambios que ha hecho al empezar a hacer cosas para ella misma, que probablemente le ayudarán a enfrentar la decisión con respecto a su relación con Ignacio, de una forma diferente. Ambos señalan un crecimiento personal que hace que tomen las cosas de forma más real y consciente de sus acciones.
Exploración de la situación actual	Preguntas circulares y reflexivas	Las terapeutas exploran de qué manera la pauta de "perseguidor-perseguido" ha cambiado. Ellos señalan que sus discusiones ahora parecen más una conversación, charlas donde no logran alterarse y se mantienen tranquilos, aunque se les sigue dificultando el llegar a acuerdos. Ignacio dice estar desesperado por querer llegar a una decisión.
Promover una pausa para la terapia y la pareja, con el fin de tomar tiempo para pensar y reflexionar	Mensaje del equipo Preguntas con una sugerencia incluida	Las terapeutas comentan las ideas del equipo: se le dice a Ignacio que es entendible su ansiedad por saber pronto una decisión, pero consideramos que es demasiado pronto dado que lo que sucedió está muy fresco. Se sugiere que esperen un poco más de tiempo para hacerlo, y se les cita dentro de un mes para que cada uno piense en solitario que está dispuesto a ceder en la relación y que no.

3.1.4 Análisis y discusión de la intervención clínica

Sistema significativo

La pareja, vivía en unión libre desde hacía dos años, lo que hacía que fueran considerados como un matrimonio, ante los padres de cada uno de ellos. La familia de origen de Ignacio, mantenía una relación distante y bastante respetuosa con sus decisiones como pareja, a decir de él, no había presión por el matrimonio ni por tener hijos. Aunque eran distantes, solían visitarse con cierta frecuencia y mantener el contacto por teléfono. Cuando se exploró los motivos que tenía Ignacio para no tener hijos, encontramos un acuerdo en la familia de origen de él, en el sentido de que nadie, ni su madre, padre o hermano, lo veían como padre. Ignacio decía que estaban bastante tranquilos con la decisión de él.

Por otro lado, la familia de Sofía era bastante unida emocionalmente y cariñosa. Solían visitarse poco porque a Ignacio nunca le parecieron las ideas que ellos tenían sobre las cosas. Cuando se visitaban, solían tener poca comunicación, pues los padres de Sofía tenían una tienda, que nunca cerraban, a pesar de las visitas. Ignacio había platicado las diferencias de la forma de pensar de él y sus padres, pero Sofía insistía en que le encantaría que se trataran como si él fuera hijo de sus padres, y que se quisieran igual. Definitivamente, las familias de origen de ambos, tenían posiciones distintas, diferencias que en la pareja causaba conflicto.

Procesos familiares

Como menciona Resendiz (en prensa), son diversos procesos por los cuales atraviesan las familias en su historia, de acuerdo a lo anterior, podemos decir que durante el momento que van a terapia, Sofía e Ignacio atraviesan por un momento de **desestructuración** como pareja. Aunque han mantenido el equilibrio por dos años como pareja estable, en el momento en que se pone el tema de los hijos “sobre la mesa” surgen las dudas sobre si mantenerse en la relación juntos, a pesar de sus diferencias.

La **negociación** de sus diferencias es también uno de los procesos que cuesta más trabajo a esta familia, pues existe un temor de que la relación se termine si se forzan las decisiones, o si cada uno de ellos abandona su posición.

Sin embargo, durante el proceso terapéutico, la pareja atraviesa por pequeños cambios de **microtransición**, dónde pueden explorar sus diferencias con más apertura y construir nuevos significados acerca de su relación y su compromiso. Lo anterior, los llevo a aclarar sus intereses, que fue uno de los objetivos para ellos a lograr en la terapia.

Creencias familiares

Por un lado, la familia de Sofía, “muégano” impregna un ideal de pareja que menciona a lo largo de las sesiones: siempre juntos, quererse y amarse sin ninguna condición, mantener una relación muy cercana entre la pareja, con los mismos gustos y mismas opiniones, etc. Esta creencia del ideal familiar y de pareja, está relacionado con los valores que existen en su familia de origen, quienes viven en un lugar más pequeño y con costumbres más conservadoras.

Una creencia de Ignacio es que la independencia económica y emocional es algo más funcional para la relación de pareja y de una familia en general. En su familia es valorada la independencia y aun así se viven como una familia unida. Estas creencias hacen que en mitad del tratamiento, Ignacio revalore su espacio personal, sus finanzas y sus hobbies, separadas y distintas de la de su pareja.

La pareja comparte la creencia de que pueden separarse, así como seguir en la relación, de forma armónica, y que los dos podrán con las diferencias sobre sus decisiones. Ambos consideran que podrán separarse de la mejor manera, o mejor aún, seguir juntos de la mejor manera.

Premisas

En cuanto al tema de los hijos, podemos vislumbrar que para Ignacio, una de las premisas para ser padre, es: “si eres papá, tienes que ser un papá perfecto”. Ligada a esta premisa está ligada la premisa cultural de que los hijos son vistos como sacrificios de la vida profesional, personal, en pareja y económica, por lo que en las parejas posmodernas (con otros intereses de vida) el tema de los hijos es un tema *per se*. Sofía no compartía ésta premisa con Ignacio, por lo que era motivo de discusión y de separación por lo distinto de sus ideas.

Para Sofía, el matrimonio y los hijos eran símbolos de “compromiso”, mientras que para Ignacio, ninguno de estos dos elementos significaba compromiso. Para él, el compromiso se veía reflejado en el apoyo total de él hacia ella (emocional, económico, personal, profesional) así como compartir una casa juntos y planear en un futuro un casa para ellos mismos, elaborar los planos, etc.

Notamos que estas diferencias en las premisas de ambos ponían en riesgo la relación, pues los intereses y las creencias del futuro chocaban entre ellos, sin lograr llegar a un acuerdo.

Por otro lado, una de las premisas de Sofía era que el “amor” es un riesgo, donde sufrir es algo que se decide en pro de la relación, y porque implica crecer como persona. Para ella, el amor “romántico” e “ideal”, donde los dos miembros de la pareja se quieren eternamente, comparten los mismos gustos y las ideas, tiempo e intereses, era la relación perfecta. Parte de la incomodidad de Sofía en la relación tenía que ver con el rompimiento de su ideal, al observar con mayor claridad la realidad de su relación con Ignacio.

Elementos que configuran y reconfiguran el sistema

Los siguientes elementos reconfiguraron al sistema de esta pareja, creando movimiento y reorganización de sus premisas y significados:

- El cuestionamiento de la paternidad y maternidad
- El proceso terapéutico de Sofía. Lo que le permitió mostrar fortaleza, enfrentar sus ideales, y exponer sus puntos de vista con más claridad.
- El matrimonio formal o legal (tema de la boda).
- Lo hablado en las sesiones, permeó en su forma de discutir y de regresar a su casa a abordar los temas pendientes.

Niveles sistémicos y recursividad entre ellos (individual, pareja, familiar y social)

La pareja está inmersa en diversos niveles de significado que interactúan entre sí y que reconfiguran constantemente su interacción a nivel individual, de pareja, familiar y social.

En el nivel individual vemos como las ideas distintitas que cada uno de ellos tiene sobre la paternidad y maternidad, influye en su relación de pareja, al grado de traer discusiones y poner en duda la estabilidad de la relación. Lo anterior, las discusiones en pareja, ha permeado que Sofía se pregunte el compromiso de Ignacio en la relación, y que piense que su resistencia a ser padre es una falta de compromiso. Así mismo, estas diferencias están configuradas por las creencias y premisas familiares que ha aprendido Ignacio. Mientras que las creencias y premisas familiares por parte de Sofía han moldeado su forma de entender la maternidad, el compromiso, e incluso la experiencia del amor o la relación de pareja.

Por último, los intereses de cada uno a nivel profesional, ha creado una brecha más grande sobre cómo entender los problemas y la situación por la que pasan: para Sofía, el marco del mundo proviene de conceptos más humanistas y gestálticos, sobre la autorrealización, el ideal de pareja, y la vivencia de las emociones, mientras que para Ignacio, la acción, la concretización y la lógica, son elementos necesario para resolver y entender los problemas. Estos diferentes puntos de vista emergen en el contexto conyugal, y por lo tanto en el ámbito individual.

Contextos e interdependencia de los contextos

La pareja estaba inmersa en un contexto económico y cultural, donde la apariencia armónica y de buenas relaciones, englobaba su marco de interacción. Su solvencia económica, les permitía además tomar una terapia y pagar más de lo previsto por el centro.

Esta solvencia económica, les permitía tener mayor acceso a niveles educativos superiores, lo que se mostraba en un compromiso con la terapia y una capacidad de insight sorprendente.

Así mismo, en el mundo de los negocios, al cual pertenecía Ignacio, era característico de su mente concreta y su pensamiento lógico y racional, características que mantenía en su relación con Sofía, y que solían traerle problemas.

Por su lado, Sofía, se movía en el mundo de las emociones y crecimiento personal, en parte por sus estudios de maestría en Gestalt, y por su proceso terapéutico. Los ideales de la pareja, venían permeados por este ambiente.

Tiempos y concordancia entre los tiempos

La metáfora del tiempo descrita por Boscolo y Bertrando, (1996) acerca de los tiempos distintos de la familia, es útil al describir los ejes de tiempo que configuran la relación de la pareja.

Diacrónico

La pareja se remite al pasado, recordando cuando el tema de los hijos fue hablado de forma momentánea, y Sofía asegura que Ignacio estaba de acuerdo con tenerlos. El cambio de idea de Ignacio del pasado al presente, trae conflictos en la relación. Esta afirmación en el pasado es vista ahora como una “falta de honestidad” o incluso una “trampa” de Ignacio para lograr que Sofía fuera su pareja y vivieran juntos, pensando en un futuro así (PASADO).

Así mismo, la pareja toma el futuro como un momento dónde se tendrá que aclarar la decisión de tener hijos, y debido que en el momento actual no pueden resolverlo, postergar la decisión o no llegar a un acuerdo produce malestar, principalmente para Ignacio, pues la incertidumbre de si seguirán juntos después de tomar la decisión es difícil de sobrellevar (PRESENTE Y FUTURO).

Sincrónico

Por otro lado, vemos que ambos están en tiempos individuales distintos, lo que los hace estar en **discordancia** en sus decisiones. Por lo anterior, las premisas temporales de ambos no concuerdan, y hasta el momento de la terapia no habían podido llegar a un consenso sobre el tema del tiempo en la relación. Para Ignacio, es importante dedicar su tiempo a sus hobbies individuales, y tomar decisiones rápidas y concretas, para Sofía el tiempo de la pareja, es un tiempo que no tiene diferencias individuales, por lo que no le gusta que Ignacio pase más tiempo en sus hobbies que con ella. Durante una sesión, el propio Ignacio dijo que él esperaba pasar el 80% de su día en sus cosas, y el 20% de su día en su relación con ella en un tiempo para los dos. Para Sofía, el tiempo de la pareja era sagrado, y se incomodaba cuando no podían pasar la mayor parte del tiempo haciendo cosas juntos (**tiempo individual**).

Para Ignacio era un tema de incomodidad que Sofía esperará hasta tener un empleo que la hiciera feliz, lo cual podía tardar mucho, y él aprecia los planes concretos y a corto plazo. Para Sofía este tema no era un tema conflictivo, pues podía pasar el tiempo necesario para que ella encontraré un trabajo que la hiciera feliz y se acientará en cuanto pudiera poner su consultorio.

Por otro lado, las premisas culturales de Sofía, indican que los 30 años son una edad decisiva para contraer matrimonio y tener hijos, la presión del reloj biológico influye en su insistencia en decidir sobre tener hijos en el presente o en el futuro. De acuerdo al lugar de origen de Sofía, esta premisa cultural, puede estar oculta, y podría estar influyendo en su insistencia en tomar la decisión con Ignacio, o en dado caso, de convencerlo (**tiempo cultural**).

Socialmente, los tiempos determinados para cada miembro de la pareja influyen en cómo perciben incluso sus tiempos individuales. Para Ignacio, quién trabaja en una empresa demandante, dedicar su tiempo al trabajo es sumamente importante, mientras que tener hijos para abandonar estas actividades no es primordial para él, pero por otro lado, el tiempo libre que una ama de casa y estudiante como Sofía, es mucho más importante, pues tiene menos demandas sociales que cumplir en cuestión de tiempo, de forma que se convierte primordial el tiempo con la pareja (**tiempo social**).

Hipótesis

Las hipótesis del equipo iban cambiando y aumentando su nivel de complejidad y entendimiento a lo largo de las sesiones. Dentro del trabajo con ésta pareja, realizábamos hipótesis diádicas principalmente, tomando en cuenta que los miembros de la familia que interactuaban entre sí eran solo Sofía e Ignacio, en el común cotidiano. En este sentido, fueron incluidos todos los miembros de la familia en las hipótesis elaboradas por el equipo (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1980). Entre las que se posicionaron como las representativas fueron:

Hipótesis diádicas:

- Sofía e Ignacio mantienen un juego en la relación que va desde la fusión, hasta la individuación, ella persigue una relación de fusión, mientras que él necesita espacio para rescatar su individualidad.
- Ambos se enfrascan en discusiones sobre cualquier tema (boda, hijos, significado de compromiso, etc.) y no llegan a ningún acuerdo o solución, porque sus argumentos son de contenido, cuando el problema se representa en la definición de la relación (te amo, no te amo, quiero estar contigo o no, alguien cederá en el tema de tener hijos o no, etc.).
- Ambos mantienen los buenos modales, la educación, el respeto y la manera de comunicarse en un estilo “polite” (como lo indica el término en inglés: buenas maneras), lo que ha dificultado que se “abran” los temas conflictivos de forma directa y concreta, por el temor de dañar, ser irrespetuoso, etc. Esta pauta repetitiva en ellos, no les permite concretar acuerdos

ni negociarlos, sin embargo, si va creciendo un sentimiento de frustración por no ser “entendidos”, “comprendidos” o “mal interpretados” el uno por el otro.

- Para la parte final del tratamiento, una hipótesis que se transforma a diferencia de la anterior es que: la pareja logra confrontar las decisiones, las diferencias, cambiando su lugar para entender el problema. Cada uno defiende sus premisas y creencias, y esta vez se hace explícito en la sesión entre ellos, lo que cada uno quiere en su futuro, y lo que está dispuesto a dar en la relación.
- La hipótesis final tomo la siguiente forma: la pareja logra observar sus pautas de interacción, desde un lugar muy distinto del anterior. Aunque decidan separarse o no, ambos podrán confrontar los acuerdos bajo las circunstancias que cada quien permita o quiera.

Otras hipótesis:

- Ignacio considera que la independencia y la individuación son importantes. Esta premisa reconfigura su forma de vivirse como esposo, pareja y padre, ante Sofía.
- Sofía cree fuertemente en el ideal romántico de la pareja y en la fusión de intereses y creencias entre las parejas. Estas ideas vienen influidas por su contexto familiar, social y en parte por lo que aprende de la corriente humanista en terapia, en el estudio de su maestría. Ligadas a estos estudios, Sofía cree que vivir las emociones, como el sufrimiento, etc., son parte del crecimiento personal.

Intervenciones, preguntas, comentarios o elementos terapéuticos

- Las tareas de reflexión fueron de utilidad para Sofía, quien llegaba planteando que durante las semanas le habían ayudado a darse cuenta de ciertas cosas que ella hacía en la relación.
- La metacomunicación de la pauta de la pareja, les ayudo a que pudieran hablar las diferencias de sus ideas con mayor apertura.
- Por último, considero que las preguntas reflexivas de las últimas sesiones, como: ¿Por qué crees que Sofía considera que eso sería mantenerte comprometido en la relación? ¿qué recursos crees que Ignacio ve en ti, para sobrellevar la ruptura en caso de que se dé? ¿de qué forma te ha ayudado saber lo que Ignacio espera de ti?, marcaron una diferencia para el propio entendimiento de la pareja.

Sistemas observantes

Aperturas.

La palabra “compromiso” permitió que en la primera sesión se exploraran los significados que cada uno de ellos tenía sobre vivir en pareja, así como los ideales de la boda, los hijos, y otros temas importantes para ellos.

También, mencionar la necesidad de la “transparencia” de Ignacio, mencionada por Sofía, permitió que abordáramos que significaba para Ignacio cambiar de opinión ante ella, y que significaba para ella la honestidad en la relación, y cómo hablar de este tema era importante para ellos, hablar de forma “transparente” para así tomar una decisión.

En la sesión individual con Ignacio sobre el significado de ser papá, permitió que el equipo cuestionará la idea de “poco compromiso” (idea de Sofía) sobre la “responsabilidad de ser padre” de Ignacio.

Por último, la preocupación de Ignacio acerca del dinero que gastaba Sofía, permitió poner un tema de conflicto en la mesa, lo que después permitió que abordáramos de forma concreta un acuerdo entre ellos, y que además se explorará la decisión de Sofía de trabajar o no, y su ideal sobre trabajar en algo que la hiciera “feliz”. Al final del tratamiento, estas ideas de trabajo propuestas por el “coro griego” realizado en una post-sesión, permitió que tomará un trabajo “regular” (que no lo hiciera feliz) para después conseguir, paso a paso, su sueño de ser terapeuta.

Circularidad

Durante el transcurso de las sesiones, las hipótesis que el equipo y las terapeutas planteaban, cambiaban de acuerdo a la nueva información que la pareja traía a terapia. Incluso, las primeras sesiones, el modelo terapéutico que teníamos planteado en mente no estaban enfocadas precisamente a los significados. Sin embargo, nos dimos cuenta que la pareja necesitaba intervenciones que le dieran sentido a lo que hicieran, y que pudieran construir un significado distinto a lo que atravesaban como sistema.

Así mismo, a mitad del tratamiento, la pareja empezó a tener cambios pequeños, que nos hacían pensar que las sesiones habían empezado a sembrar semillas de cambio en cuanto a lo planteado por los mensajes del equipo.

También el equipo terapéutico se replanteó las intervenciones en terapia de pareja, donde uno de los temas, la separación, no era un cambio que pudiera soportar la pareja por el momento. Por lo anterior, nos permitimos dar mensajes y tareas que hicieran que ambos refrendarán su compromiso, en incluso, en la última sesión, “recetar” el tiempo necesario que la pareja considerará conveniente para entender lo construido en la terapia.

Finalmente, las terapeutas nos sentimos desafiadas al tratar una pareja en una situación con un tema tan delicado, y nos enfrentamos a emociones que movían temas personales. Sin embargo, creo que el empatizar en estos sentimientos con la pareja, nos ayudó a tener una buena relación terapéutica.

Emociones emergentes

En relación con el párrafo anterior, podría mencionar que las emociones que experimenté, fueron muchas:

Al principio de las sesiones, experimenté mucha curiosidad por el tema que llegaron a plantear, pero también por su forma respetuosa y amorosa de tratarse en las sesiones, sobre todo en las discusiones.

En mitad del tratamiento, experimenté frustración porque me daba cuenta que la pareja podía avanzar un poco pero regresaban al tema álgido que los había traído a terapia. Tema que era difícil para ellos tratar, y los ponía en un lugar donde no avanzaban, no llegaban a un acuerdo, pero tampoco se separaban.

En las últimas sesiones, cuando tocamos el tema del dolor de ambos de estar atrapados en esa situación, experimenté mucha tristeza al conocer una pareja que se demostraba su amor y cuidado, pero que no podían coincidir en un tema tan importante y decisivo para los dos, diferencias que podían terminar con la relación definitivamente.

Prejuicios

Como persona, uno de los prejuicios que más me “enganchaban” con Sofía, era que estudiaba una maestría (en Terapia Gestalt), cuyos principios chocan actualmente con lo que pienso acerca del cambio y los procesos terapéuticos. Por lo anterior, durante las sesiones experimentaba cierta resistencia a escuchar sus ideas acerca de cómo vivir el sufrimiento, el dolor, o las relaciones de pareja. Sin embargo, me parece que siempre pude controlar este prejuicio sin parecer o mostrar inconformidad, aunque sí es claro que muchas de mis preguntas iban enfocadas a mover las premisas o creencias que Sofía tenía de la vida en general, para lograr un movimiento, pues me parecían rígidas y poco realistas con su relación actual.

Por otro lado, en el tema de los roles de género, que ambos asumían de una forma bastante tradicional (Ignacio se hacía cargo de la economía de ambos y Sofía no trabajaba y se hacía cargo del hogar) me costaba trabajo entenderlo, pensando que ambos tenían una educación y un nivel socioeconómico y cultural alto, que me hacía pensar que no serían una pareja tradicional en los roles de género. Por lo anterior, las terapeutas estuvimos de acuerdo en proponer que ella consiguiera un trabajo para mantener su independencia. Debo decir que experimenté frustración cuando Sofía decidió no trabajar en “algo que no la hacía feliz”.

Análisis del sistema familiar

Análisis multiprocesual de las relaciones familiares de Fruggeri (2012)

Relación de la familia con el ambiente.

La pareja formada por Sofía e Ignacio se relacionaba en un ambiente de clase media-alta. El ambiente social que los rodeaba se caracterizaba por ser abierto y típicamente “posmoderno”, en el sentido de que el cuestionamiento de la paternidad y maternidad como una elección era bien recibido, las premisas y creencias no se vivían como absolutas, sino como absolutamente relativas y permitidas. Bajo este proceso, Sofía e Ignacio aceptaban la unión libre y las relaciones más equitativas, en cuestión de género. Aunque mantenían una relación típicamente tradicional en el momento (Ignacio como proveedor, Sofía como a cargo del ámbito doméstico) estaban claros que era una situación momentánea y con la flexibilidad de cambiar (a que ambos fueran proveedores y trabajadores).

El ambiente socio-cultural que los rodeaba es característico de familias y parejas urbanas del siglo XXI, quiénes han sido generaciones transformadoras de las nuevas perspectivas del género, sobre ser mujer, ser hombre, padre, madre y pareja.

Procesos interpersonales, simbólicos e interactivos

La relación de la pareja con el ambiente era resultado de los procesos interpersonales que ambos habían vivido en pareja. Sofía por su lado, era divorciada, por lo que para ella, el divorcio y la unión libre representaban etapas normales de la vida. Sólo a partir de ésa experiencia, ella podía haberse permitido vivir con una pareja en unión libre hasta decidirse por el matrimonio legal y religioso, haber aceptado el divorcio de su anterior pareja, y haberse unido con un hombre dos años menor que ella. Por su parte, Ignacio provenía de experiencias de relaciones más libres, donde el matrimonio no era el primer objetivo a alcanzar, si no era primordial la salud de la relación. Ambos coinciden en procesos simbólicos sobre el trabajo en una relación formal: coincidían en que las relaciones de pareja se fortalecían de la terapia, de la comunicación, de la comprensión, el respeto, la equidad, etc. Sin embargo, había diferencias en cómo conceptualizaban el amor y la entrega en una relación, así como el derecho a tener hijos o no.

Diferencias individuales

Sin embargo, a pesar de las similitudes, Sofía e Ignacio pensaban diferente acerca de la entrega en la relación de pareja, el compromiso y la maternidad y paternidad. Para Sofía, era importante que Ignacio le demostrara su compromiso y amor desde su marco de referencia, es decir, contrayendo matrimonio con ella, teniendo hijos, y abandonando su vida privada por estar con ella. Para Ignacio el compromiso que tenía con Sofía no tenía que ver con tener hijos y casarse, si no con compartir con ella su vida día a día, financiando su carrera profesional (el sueño de estudiar terapia de Sofía) y adquirir una casa para ambos. Así mismo, personalmente, para Sofía la decisión de tener hijos no podía postergarse más de 5 años, por la edad, y para Ignacio, no era un tema tan urgente.

Procesos macrosociales, simbólicos y estructurales

Para ellos, las diferencias individuales provenían de experiencias muy diferentes entre sí. Por un lado, la familia de Sofía pertenecía a una microsociedad más conservadora, dónde la unión familiar era primordial, por lo tanto era esperado contraer matrimonio y tener hijos, ideas más típicas del lugar de origen de la familia de Sofía (Tepejé del Río). La familia de Ignacio, por el contrario, venía de una familia donde el respeto a la independencia de cada hijo era primordial, desde sus creencias hasta sus acciones, ideas típicas de una familia urbana.

Simbólicamente, para Ignacio, tener hijos significaba una gran responsabilidad, de una acción consciente y tomada por que las personas que iban a ser padres habían asumido toda la carga que eso conlleva. Para él, tener hijos “no era cualquier cosa”, y dado que el no podría (ni quería) abandonar su vida personal por una entrega responsable a los hijos, prefería no tomar a la ligera la decisión de tenerlos. Para Sofía, tener hijos con Ignacio era un paso más para el compromiso, que era interpretado por ella como un paso que él no quería dar. De nueva cuenta, estas ideas estaban siendo matizadas por la terapia y por el contexto socio-cultural en el que la pareja estaba viviendo.

Sistema de significados

Los individuos siempre están inmersos en varios juegos semánticos en los cuales pueden “com-ponerse” (Ugazzio, 2001). El individuo puede componerse en polaridades semánticas similares en el seno de una familia y relacionarse con personas con polaridades compatibles, pero al estar inmerso en contextos de narrativas muy distintas a las suyas, hace necesario el cambio de polaridades semánticas y flexibilidades de los significados, mismas que se promuevan en la terapia.

Episodio enigmático. Diferencias en las polaridades semánticas de cada miembro la pareja. En el proceso terapéutico de Sofía e Ignacio fui testigo de varios momentos donde se promovieron estas diferencias en los marcos contextuales en los cuales estaban inmersos. Por ejemplo, como narraron ellos en la terapia, en la primera etapa de la relación tuvo lugar el juego semántico conocido por ambos (el compromiso, el deseo de vivir juntos), pero a medida que la relación fue creciendo los dos miembros de la pareja encontraron “**episodios enigmáticos**” como lo menciona Ugazzio (2001) que pusieron en crisis la posibilidad de seguir adelante en la relación, en su caso, fueron las polaridades semánticas de *compromiso* y *paternidad/maternidad*. La crisis inicia cuando ambos piensan distinto sobre la decisión de tener hijos, para Sofía, tener hijos era la señal necesaria para saber que su pareja estaba comprometida con ella así como la disposición a contraer matrimonio de forma religiosa y civil. Para Ignacio, la polaridad del compromiso no estaba relacionada con tener hijos, y tampoco con el matrimonio. Estas polaridades no se veían ni se podían abrir de forma privada, fue la terapia que permitió que de forma paulatina pudieran sobrellevar sus diferencias.

Como mencionan Cronen, Johnson y Lannaman (citados en Ugazzio, 2001), existen niveles múltiples de contexto creados en las conversaciones, al menos deben considerarse 4: el episodio, la relación, el self o biografía personal y los modelos culturales, todos constituyen un sistema jerárquico de significados en donde cada nivel se convierte en contexto en el cual interpretar los significados de nivel inferior del mensaje, aunque es importante señalar que esta estructura es flexible en el transcurso de las conversaciones terapéuticas.

Así, el sistema de significados por los cuales Sofía e Ignacio llegan a la terapia queda esquematizado en la siguiente figura (figura 7).

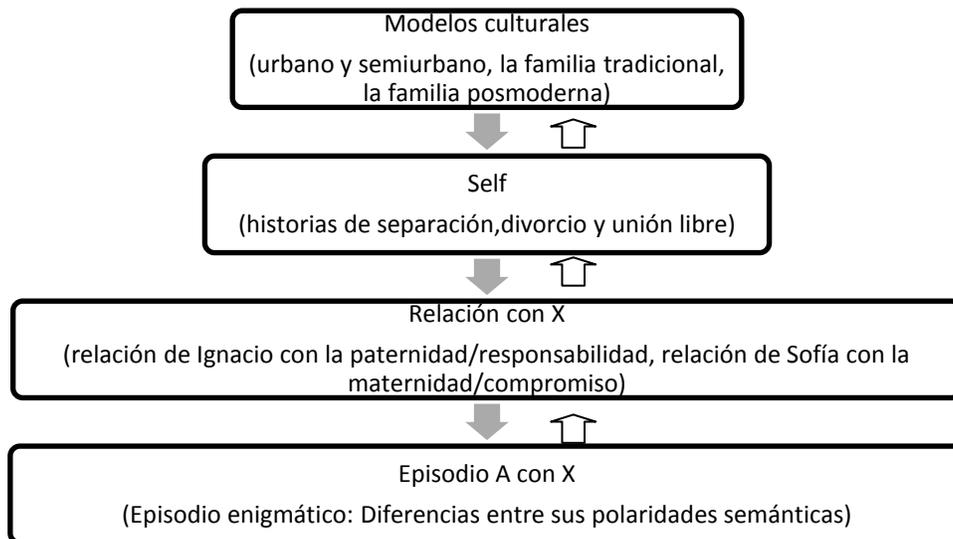


Figura 7. Diagrama del sistema de Significados de la Familia Figueroa A.

Evolución del sistema familiar en el proceso terapéutico e intervenciones asociadas.

Durante el proceso terapéutico hubo acontecimientos que marcaron la evolución de la terapia con la pareja. Estos acontecimientos serán analizados a continuación.

La dinámica de la relación cambió una vez que fueron más transparentes el uno con el otro. Al explicitar en el diálogo terapéutico la hipótesis del equipo de percibirlos como una pareja “polite”, políticamente correctos, es decir, cuidándose el uno del otro de lastimarse y de decirse cosas que pudieran no manejarse, la pareja se movió de lugar. Sin embargo, dentro de esta dinámica, ambos dejaban de decir las cosas que pensaban y la comunicación y los acuerdos entre ellos se veían afectados. Una vez que el equipo explicitó durante varias sesiones esta hipótesis, se notó como Sofía e Ignacio llegaban a las sesiones con información nueva acerca de cómo se habían acercado a hablar, y de cómo en la sesión se decían cosas antes no dichas. Eso ayudó a que las verdaderas decisiones sobre tener o no tener hijos, fueran puestas en la mesa con claridad, es

decir, a que se explicitaran los desacuerdos sin poner en peligro su relación. Al mismo tiempo, se alcanzaron los objetivos terapéuticos, sin embargo, la pareja abrió otros temas que estaban sin resolver entre ellos, lo cual permitió avance en la terapia en la comprensión de su propia relación. La terapia contuvo la ansiedad de la pareja al no poder abrir de forma libre sus desacuerdos antes de poder manejarlos.

La independencia en los dos miembros de la pareja

Las terapeutas propusieron las ideas de independencia económica y que Sofía se beneficiaría de un trabajo para estar más feliz consigo misma y en la relación. Para la siguiente sesión, Sofía llegó comentando el estar empezando a buscar trabajo. Lo que sí es claro es que estas ideas ayudaron a que la pareja abriera el tema del conflicto con el dinero, pues para Ignacio la carga de toda la responsabilidad económica de su hogar, era pesado, sobre todo por los “gastos excesivos” que solía hacer Sofía, algo que no se había hablado entre ellos. La terapia fue el espacio propicio para hacerlo. Así mismo, Ignacio trajo noticias a la terapia de retomar su vida social con sus amigos, algo que no hacía porque Sofía deseaba pasar todo el tiempo con él. Esto ayudó a que Sofía viera la otra parte de Ignacio que él tantas veces había ocultado para no poner en peligro el tiempo que ambos tenían para pasar juntos (que era bastante), y que él se sintiera con más libertad de seguir haciendo sus hobbies. El abrir este tema en sesión ayudó que las creencias sobre “pasar todo el tiempo con tu pareja” fueran cuestionadas.

La sesión interrumpida, la explicitación de la demanda resuelta y el fin de la terapia

Para la pareja, y también para las terapeutas y el equipo, la décima sesión, donde Sofía abandona el consultorio, representó un momento importante. Ambos pudieron explorar y aflorar sus emociones de forma clara. La pareja acudió una sesión más a la terapia, y se dieron cuenta (**hipótesis del equipo**) que abrir las emociones y los conflictos de forma clara, mostrar desacuerdo el uno con el otro, era suficiente para ellos. El equipo consideró que la pareja no estaba lista para más cambios, pero que los pasos dados en la terapia eran suficientes para la demanda de la terapia. El equipo también realizó hipótesis sobre que esta apertura pudo haberlos unido y fortalecido como pareja, mientras estaban listos para tomar la decisión de separarse o no.

Sistemas observantes

Construcción del sistema terapéutico en proceso

Según Bertrando (2011), el sistema terapéutico está conformado por algunos elementos que han de configurar nuestro trabajo como terapeutas.

Hipótesis

En primer lugar, las terapeutas del caso avanzamos con hipótesis sistémicas entre lo que pasaba en la relación de Sofía e Ignacio, rastreando conductas, secuencia de las interacciones y patrones relacionales. Esto conformó un clima de confianza en la terapia, donde ambos miembros de la pareja no se sentían juzgados ni con un árbitro que iba a darle la razón a uno u otro.

Como terapeuta, incluí términos de mi propio lenguaje cotidiano, como la palabra “polite” que fue una **hipótesis** que ofrecí para describir lo que veía qué pasaba en la pareja. Esta palabra anglosajona me pareció que podría ser bien recibida por la pareja, debido a su nivel educativo, una palabra que podría tener sentido para ellos.

Contexto

Dentro del contexto terapéutico, es importante señalar las circunstancias que permitieron que el caso avanzara hacia cierta dirección. En primer lugar, eran atendidos en un centro de servicios psicológicos público, bajo supervisión, lo que pudiera haber generado cierto grado de dirección a la hora de intervenir. Sin embargo, la pareja tenía un nivel educativo superior que permitió que se entablara una terapia más dialógica y reflexiva, y menos directiva. Así mismo, conforme fue avanzando la terapia, las terapeutas abandonamos las intervenciones conductuales y preguntas por la pauta, por preguntas e hipótesis que abrieran la conversación dialógica entre ellos y nosotros.

Evolución de la relación terapéutica

Tomando en cuenta que la relación terapéutica es en sí misma un trabajo de los terapeutas de estar conscientes del modo en que el contexto influye en la terapia y la terapia influye en nosotros (Bertrando, 2011), analizo a continuación los cuestionamientos que como terapeuta influyeron mi trabajo y permitieron que la relación terapéutica evolucionara hacia una relación con la pareja.

De la concepción del problema. Al inicio de la terapia, rastreamos, junto con mi co-terapeuta, las pautas relacionales que se seguían manteniendo en la relación que afectaban su bienestar. Bajo éstas premisas, todas las preguntas iban enfocadas a entender que era lo que estaba pasando entre ellos que habría que detener. Sin embargo, durante las primeras dos sesiones, entre las reflexiones del equipo, nos cuestionamos que tan útil era seguir en las descripciones conductuales, dado que la pareja solía atraparse en el contenido de su relación. De ahí, como terapeuta me cuestioné lo infructuoso que era para ésta pareja seguir el mismo patrón que ya tenían, sin lograr hacer nada terapéutico en la sesión. Las terapeutas empezamos a entender que el tema de la pareja no tenía que ver con lo que hacían, si no con lo que pensaban y creían de lo que hacían, es decir, teníamos

que adentrarnos en los significados y en las premisas de cada uno de ellos, y desde ahí, intentar cambiar algo.

Intervenciones

Las intervenciones pasaron de ser conductuales a volverse dialógicas, en el sentido que empezamos a promover un diálogo en la terapia que fuera más útil para ellos. Es importante señalar que esta segunda etapa del proceso, estuvo caracterizada por una apertura y transparencias de las terapeutas. No sólo se pusieron en la mesa las hipótesis del equipo, sino incluso, compartimos con la pareja la confusión, la inestabilidad, y el impasse de la terapia, como algo que pasaba en la pareja, y que nos contagiaba a nosotras mismas, haciéndonos sentir confundidas, inmovilizadas, y con una incapacidad emocional de ayudarlos a pasar el bache de su relación.

Enganche terapéutico

Finalmente, quiero destacar, que como terapeuta, evolucioné en la forme de dirigirme a cada uno de ellos en la terapia. El diálogo que promoví, fue cada vez más caracterizado por posicionarme en un lugar de mucha confianza entre la pareja, de cercanía emocional, y de verdadero interés por comprender y ayudar a sanar su relación. Desde este postura, considero que el enganche terapéutico que se generó ayudo a que la pareja tuviera confianza en el proceso y dejará sentirse el dolor de la separación y del conflicto entre ellos.

Posición o posiciones del terapeuta a lo largo del proceso

Según las posturas del terapeuta, podemos entender el proceso terapéutico con Sofía e Ignacio como en tres momentos específicos.

En primer lugar, las primeras dos sesiones de la terapia se encontraron con dos terapeutas con una postura más estratégica que buscaba encontrar la pauta problemática e interrumpirla. Aunque cabe aclarar, que nunca se jugó un papel poco flexible, es decir, el cambio nunca fue dirigido por las terapeutas. Pensaría que nuestra postura fue con una *tendencia al heroísmo y rescate de la pareja*, capaces de asumir el control y la dirección del cambio, sin embargo, no considero que se haya asumido la postura del todo.

En un segundo momento, adoptamos entonces *la postura interlocutora*, transparentando nuestras hipótesis, trayendo nuestros prejuicios, creencias y premisas de la pareja, y promoviendo el diálogo constructivo en la pareja, alternando entre preguntas de significado y preguntas circulares.

Un tercer momento se dio, cuando, intencionalmente, tuvimos una sesión individual con Ignacio, con el objetivo de explorar sus pensamientos acerca de la paternidad. Considero que en éste momento específico del proceso terapéutico, asumí *una posición de oyente compasivo*, en el cual era

importante para mí entender cuál eran las premisas, creencias y prejuicios que sostenía Ignacio para elegir no ser padre, sin que el interpretara esa sesión como una sesión para señalar y cuestionar su decisión de no querer ser padre (una decisión que creo era muy válida para él y respetada por las terapeutas). Al ser un tema delicado, las terapeutas asumimos una postura mucho más de escucha y comprensión, y de respeto hacia su decisión tomada.

Hipótesis sistémicas sobre el funcionamiento del terapeuta en el proceso

A través del análisis del proceso terapéutico, es importante analizar cuál era el funcionamiento de las terapeutas en el propio sistema creado.

Las terapeutas como mediadoras y encargadas de dar “el veredicto” final. Se dio en la primera etapa de la terapia, donde la pareja necesitaba tener certezas de qué era lo “anormal” en la relación, quién tenía que cambiar, y qué se tenía que hacer para cambiar o evitar el desacuerdo.

Las terapeutas como sostenedoras y contenedoras del conflicto conyugal. Se da en el momento más álgido de la terapia, el clímax, donde ambos miembros de la pareja exploran sus sentimientos de forma más abierta y se permiten contactar con el dolor. En este momento, la pareja dice no poder hablar a solas de los temas más dolorosos en la intimidad de su casa (la separación, el matrimonio o la paternidad), y siempre traen los diálogos a la terapia, que para ése entonces parecía ser un lugar seguro para ellos de exploración.

Las terapeutas como fuentes importantes de reflexión. En la parte casi final de la terapia, la pareja menciona que las reflexiones llevadas al espacio privado (fuera de la terapia) había sido importante para ellos, pues a partir de eso llegaban con nuevas reflexiones de sí mismos a la terapia. Más de una ocasión, Sofía decía que se había llevado ciertas preguntas de las terapeutas dándoles vueltas en la cabeza.

Las terapeutas como acompañantes en su proceso de transformación y evolución como pareja. Para la etapa final de la terapia, la pareja llegaba a las sesiones abriendo su propio diálogo, sin la necesidad de tener como interlocutoras a las terapeutas. En esta etapa, se vislumbra que la pareja ahora puede sostener las diferencias, abrirlas, dialogarlas, y ser sólo acompañados en el proceso por sus terapeutas. La etapa final de la terapia se interpretó por el equipo como una señal de la pareja de hacer claro que hasta ahí querían llegar en el proceso terapéutico, tomando las riendas ahora de su propia relación.

Logros y aspectos pendientes

El final del tratamiento fue considerado exitoso por las terapeutas y el equipo. La pareja logro hablar de forma explícita sus desacuerdos, y manejar sus conflictos de forma más real y concreta. Al ser dados de alto, el equipo llego a la conclusión que la pareja no podía estirar más cambios en la terapia para los que no estaban listos, por lo tanto, fueron dados de alta, al no haber ningún aspecto pendiente.

3.1.5 Reflexiones finales del caso

Finalmente, quiero mencionar que decidí reportar el caso, principalmente por las siguientes razones:

- Fue para mí un tratamiento terapéutico que fue un reto personal, y que hizo reflexionar en mí muchos temas antes no tocados. Desde el principio de las sesiones movió mi esquema de intervención, desafió mucho de mis prejuicios como terapeuta y permitió que viera el caso a la luz de nuevos significados. Precisamente, con la elaboración de éste reporte, me di cuenta de lo importante que era tomar en cuenta los contextos más amplios en lo que estaba inmersa la pareja, así como también adentrarnos dentro del significado que adquiriría para ellos vivir esta etapa como pareja.
- La postura que las dos terapeutas adquirimos en las sesiones, me pareció muy útil para llevar el proceso. Personalmente me sentí muy interesada por el caso, curiosamente “activa” en las sesiones, e involucrada con la problemática en general. La flexibilidad de abordar el caso desde este enfoque y desde esta postura, me permitió entender a la pareja, lograr una alianza adecuada y cercana, y moverme de forma cómoda en las sesiones.
- Considero también que las ideas e hipótesis del equipo eran sumamente útiles durante todo el proceso, y que usarlas en las sesiones con ellos ayudó a introducir información al sistema que jamás habían puesto a dialogar en su relación. Esta modalidad de “transparentar” las hipótesis me pareció una forma muy colaborativa de llevar la terapia, que al final se convirtió en mi forma favorita de posicionarme ante la pareja (y otros clientes).
- En tercer lugar, el proceso terapéutico me ayudo a adentrarme en el campo de la terapia de pareja, como un área de mis favoritas dentro de la terapia familiar. Sin darme cuenta, intuitivamente, apuntalé intervenciones que ayudarían a llevar el proceso terapéutico por buen camino. La grata experiencia de *aprender haciendo* me acompañó durante toda la terapia.
- Por último, a nivel personal, el caso me ayudo a reflexionar acerca de los monólogos que existen en las relaciones de pareja, que precisamente, por provenir de creencias y

experiencias personales y contextuales, limitan la reflexión en ambos. Reflexioné también sobre temas tan controversiales en las parejas posmodernas: el derecho a decidir la maternidad y paternidad, los distintos significados del compromiso, el dolor de la separación, el derecho a recurrir a ayuda profesional para entablar un diálogo con tu pareja, etc. Así, las reflexiones las llevo para mi propio diálogo personal, y con la apertura de abordar cada tema con las parejas de una forma y flexible y abierta.

- Considero que el proceso también fue de utilidad para la pareja. No sólo hubo cambios en los significados de lo que cada quién entendía en la relación, si no llegaron a comportarse diferente en su relación de pareja. Consideramos que fue un caso de éxito porque se logro que ellos pudieran hablar de forma más clara sus intereses, sin que esto pusiera en riesgo el rompimiento de la relación.

Caso 2: Familia Amezcua A

3.1.5 Contextualización de la forma de trabajo

El siguiente caso es reportado bajo el modelo de Milán, pero también con la propuesta de intervención sistémica del Instituto Ackerman, bajo el enfoque del abordaje multinivel, desactivar los celos y reconsiderar los affaires en terapia de pareja. Para éste apartado del análisis se describirá el trabajo desde el enfoque del Instituto Ackerman.

Dicha propuesta se enmarca dentro de la terapia sistémica, al tomar en cuenta los patrones relacionales que se mantienen y la forma de detener las pautas, sin embargo, también muestra una postura más posmoderna al reconsiderar los significados de la infidelidad, más allá de un enfoque de traición, y al promover que los terapeutas asuman una postura más reflexiva, flexible y abierta durante el trabajo en terapia de pareja.

Cabe aclarar que al inicio del tratamiento la terapeuta trabajo en desactivar los celos y detener los patrones dañinos y negativos de la pareja, sin embargo, después de un episodio de violencia del esposo hacia la esposa, se decide separar los procesos de terapia de pareja, por lo que la intervención dio un giro drástico, específicamente hacia la terapia narrativa siempre enmarcada en la perspectiva de género (sesiones que no se incluirán en esta descripción de caso).

3.1.6 Integración del expediente

1. Descripción de la familia

- a. *Nombre de la familia:* Daniel A. y Graciela A. (pareja)*
- b. *Número de sesiones:* 9 sesiones
- c. *Duración del tratamiento:* 04 de Abril de 2014-Actual.

- d. *Genograma*
- e. *Motivo de consulta: Abordar el tema del abuso sexual con sus hijos.*
- f. *Categorías diagnósticas médicas o psiquiátricas:* Karina fue tratada en el Hospital por abuso de Sustancias: cocaína, marihuana y alcohol. El hermano mayor fue diagnosticado con depresión, y la hermana menor es atendida por abuso sexual.
- g. *Fuente de referencia:* Psiquiatra de la hija mediana (Karina).
- h. *Tiempo de lista de espera:* 1 mes.
- i. *Terapeuta:* Saraí Farías Anda.
- j. *Supervisora:* Mtra. Elizabeth Colón Monsreal
- k. *Equipo terapéutico:* Israel Narváez y Fernanda Carreño (pasante de Psicología, Hospital Psiquiátrico).
- l. *Institución:* Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

m. *Genograma*

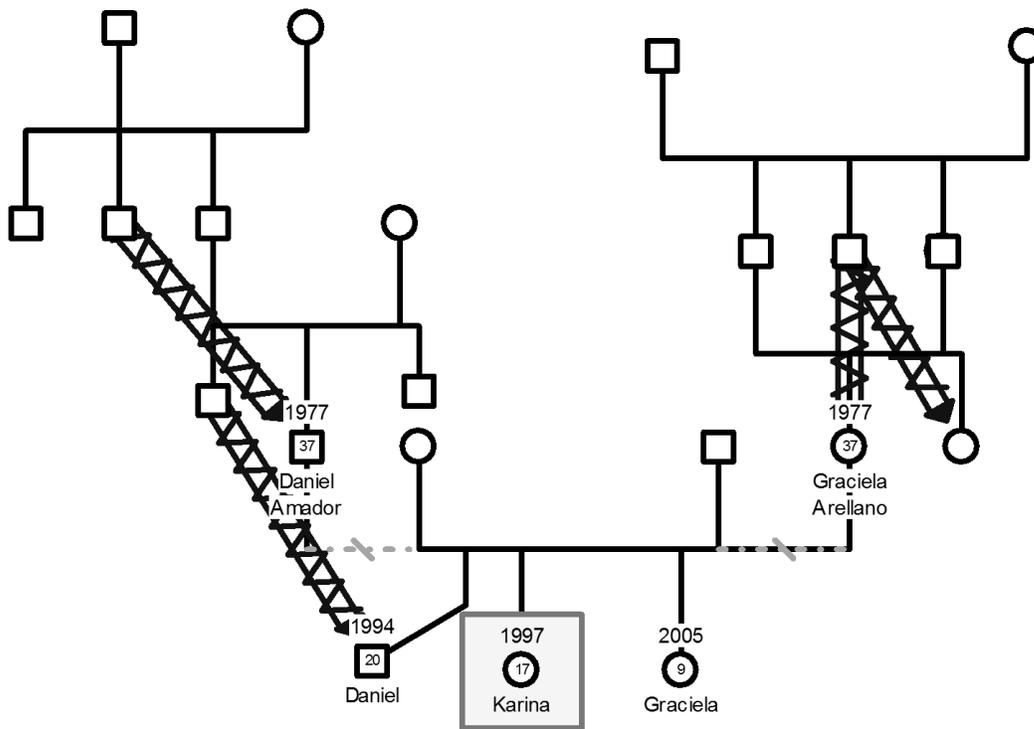


Figura 8. Genograma Familia Amezcua A.

Nota. Los nombres verdaderos han sido cambiados, para preservar el anonimato de la pareja.

2. Historia de la familia

La familia llega a terapia por referencia de la terapeuta de la hija mediana, Karina, quién además es paciente del hospital por abuso de sustancias (cocaína, marihuana y alcohol).

Los tres hijos de la pareja han sido pacientes del hospital. David, el hermano mayor vino por ansiedad y depresión, después intento suicidarse y fue atendido en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino. Karina, la paciente, acudió al hospital por intoxicación por consumo de cocaína y mariguana hace 7 meses, aproximadamente, ingresó al Programa de Adicciones del Hospital (PAIDEIA) sin internamiento. La paciente también ingresó al hospital por depresión a los 13 años. Por último, la hermana menor ha sido paciente del hospital, atendida en Clínica de las Emociones y Programa de Atención a Víctimas por Abuso Sexual (PAINAVAS).

En el momento que llegan a terapia la pareja pide el espacio para ellos solos, por querer abordar el tema del abuso sexual con sus hijos, un tema no hablado, temido, etc. Karina, desde hace algunos meses, le ha dicho a su mamá haber tenido sueños de que la abusaban, y la madre no sabe si contarle la verdad o no, de sus sospechas del abuso de su hija.

La pareja vivió violencia, fuertes conflictos, y adicciones en la familia, tanto ella como él. Ambos decidieron separarse hace medio año, por dos meses, y retomaron su matrimonio después de apegarse a la religión cristiana e ir a grupos espirituales, grupales y de pareja. Ambos consideran que ésta es la mejor etapa de su matrimonio. La madre considera que se han dado cuenta que hay muchas cosas que tendrían que trabajar para que la familia esté en mejores condiciones. Para ella es primordial trabajar el abuso sexual de sus hijos, como abrir el tema con ellos, y cómo cuidarlos. Ella sospecha que fueron abusados por el hermano de su esposo, algo con el que el esposo no está muy de acuerdo. La madre sospecha que Karina fue abusada sexualmente a los 3 años, y dice que ella ha empezado a recordarlo diciéndole que tiene recuerdos de ése tipo, algo que le preocupa mucho a ella.

El hospital atiende a la pareja desde múltiples perspectivas: Karina tiene atención psiquiátrica y terapéutica (en grupo de adolescentes con enfoque narrativo), los padres acuden a Terapia Familiar (Saraí Farías) y además asistieron a un grupo para padres sobre Adicciones y Adolescencia (TF Elizabeth Colón Monsreal, que concluyó a mediados de mayo de 2014).

2. Resumen del tratamiento terapéutico

Sesión 1

Objetivos terapéuticos: exploración del motivo de consulta, dinámica familiar y problemática actual (para un resumen más detallado de la sesión ver cuadro 12).

Descripción breve de la sesión: la pareja narra sus preocupaciones principales acerca de venir a terapia, entre ellos el abuso sexual. Dado ser un tema primordial se señala como primer objetivo terapéutico hablar del abuso sexual y cómo abordar ése tema con sus hijos.

Cuadro 12. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 1 Familia Amezcua.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Exploración de la dinámica familiar	Preguntas circulares	Se habla del abuso, de qué forma se ha abordado, cómo han reaccionado los involucrados y qué consideran que debería trabajarse en relación a éste tema.
Promover la alianza terapéutica y reencuadrar el problema de la familia	Brindar esperanza a través del reconocimiento de los “puntos fuertes”. Mirar las narraciones positivas.	La terapeuta hace un reencuadre de la fortaleza y valentía de la familia por abrir el tema del abuso sexual en la primera sesión y les agradece la confianza. Considera que la valentía y la fortaleza son recursos que como familia pueden ayudarles a solucionar el tema.

Sesión 2

Objetivos terapéuticos: conocer la pauta problemática de la pareja, prevención del abuso sexual (para más detalles ver cuadro 13).

Descripción breve de la sesión: se explora el tema del abuso sexual, así como las ideas, miedos y pensamientos que hay acerca de abrir éste tema con sus hijos, buscando estrategias que han servido antes. Así mismo, se habla de su situación como pareja, dejando entrever la dinámica actual: celos y control, así como falta de desacuerdos entre ellos.

Cuadro 13. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 2 Familia Amezcua.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Conocer la pauta problemática en la pareja	Rastrear las secuencias de la pareja que se convierte en el problema	La terapeuta les pide que expliquen cómo se encuentran atrapados entre ponerse reglas para salir, hablar, o hacer cosas. Ambos piensan distinto, ella dice que no ha habido reglas y él dice que si habido pero ella no las ha respetado. Se explora como las diferencias entre ellos ha estado afectando la familia. Ellos dicen que se ha generado un clima de tensión.
Búsqueda de un momento donde han estado libres del problema. Brindar expectativa de mejoría en el tratamiento.	Elogio y connotación positiva. Reconocimiento de puntos fuertes.	La pareja menciona que hay momentos en los cuales, a pesar del enojo, se sientan a ver una película juntos en familia. La terapeuta toma la excepción a la aparición del problema para ampliarla y pregunta por otros momentos, donde a pesar de sus diferencias, la pareja puede compartir momentos juntos. Ellos mencionan que salir juntos, ver películas e ir a la iglesia.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Prevención del abuso sexual	Preguntas directas sobre la protección de sus hijos. Directivas sobre monitorear las visitas, o detenerlas.	La terapeuta señala que es necesario reducir la convivencia de sus hijos con el posible abusador (tío). También se habla de que aunque aún no se puede confirmar el abuso, la vigilancia constante y permanente debe existir siempre con sus hijos, en cuanto a visitas con su hermano y otras personas dentro de la familia y fuera de ella de las que puedan tener sospecha. Se menciona la necesidad de hacer equipo en la prevención.
Normalizar la experiencia del abuso sexual	Normalización	Daniel señala que un día sintió la necesidad de irse a golpes contra su hermano, al sospechar del abuso. La terapeuta explora que fue lo que lo hizo mantener en calma, y lo felicita por lograr lo anterior. Se normalizan los sentimientos de coraje y temor ante un abuso sexual, y propone que son precisamente estas ideas y sentimientos los que se tendrían que trabajar para prepararlos en el momento de abordarlo con sus hijos.
Resaltar los puntos buenos de la familia	Reconocimiento a través del elogio y la connotación positiva	Se señala que se observan ciertos recursos que como familia y pareja tienen, de los que pueden hacer uso en este proceso de terapia, entre ellos, que están dispuestos a continuar la terapia, su religión (red de apoyo), comunicación como pareja, y que a pesar de estar molestos y en situaciones críticas, han sabido lograr sortear las dificultades dentro de sus posibilidades. La terapeuta les pide como tarea pensar individualmente qué es lo que les puede estar preocupando más acerca de hablar lo del abuso sexual con sus hijos.

(Continuación)

Sesión 3

Objetivos terapéuticos: Prevención del abuso sexual.

Descripción breve de la sesión: La pareja no acude a sesión, pero la madre informa que hablo con su hija acerca de las sospechas de abuso sexual porque ella se lo pidió, y dijo notar que su hija lo haya tomado de forma muy madura. La terapeuta señala la importancia de no abandonar el cuidado y la protección, así como el abordar en terapia cualquier dificultad encontrada en torno a lo anterior, señala de nuevo que es importante seguir suspendiendo las visitas del tío de quién se sospecha el abuso, y mantener poco contacto con personas desconocidas, hablar constantemente con los hijos, y denunciar cualquier comportamiento extraño y fuera de lugar que los hijos experimenten (sobre todo con la hija menor).

Sesión 4

Objetivos terapéuticos: explorar la reacción de la familia ante abrirse el tema del abuso sexual, sugerir las sesiones de terapia de pareja (para más detalles ver cuadro 14).

Descripción breve de la sesión: Sólo acude a la sesión Graciela. Se explora principalmente que llevo a Graciela a contarle a su hija acerca la sospecha de su abuso, como se sintió al respecto y que se necesita seguir haciendo.

Cuadro 14. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 4 Familia Amezcua.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Reencuadrar el abuso sexual como algo positivo	Reencuadre y valores ausentes pero implícitos	La terapeuta pregunta que cosas le está enseñando a su hija cuando decide decirle la información que conoce, y ella dice que a estar atenta a esas cosas que “no deben pasar” y a cuidarse a sí misma.
Exploración de la dinámica de la pareja.	Preguntas circulares para rastrear las secuencias del patrón problemático	Se aborda cómo es que a partir de las relaciones alternas (infidelidades) que cada quien tuvo cuando estaban separados, la confianza y seguridad en la relación ha sido muy afectada.
Sugerir la terapia de pareja	Generar alternativas	A partir de haber abordado lo del abuso sexual, la terapeuta señala que podrían tomarse algunas sesiones en pareja, y seguir abordando lo del abuso sexual. Los objetivos de esas sesiones serían detener los altercados de celos, llegar a acuerdos sobre su relación de pareja, y crear un ambiente seguro libre de violencia, así como fomentar un espacio de contención de la pareja.

Sesión 5

Objetivos terapéuticos: monitorear el tema de la vigilancia por abuso sexual, explorar la “danza de la pareja”, detener la escalada en terapia y en casa, y sugerir soluciones. Por último, metacomunicar la pauta problemática que mantienen como pareja.

Descripción breve de la sesión: Se monitorea el tema del abuso, acerca de la vigilancia y protección permanente de sus hijas (ver cuadro 15).

Durante la sesión, se monitorea la escalada en la pareja y se sugiere una solución para detenerla antes de la siguiente sesión.

Cuadro 15. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 5 Familia Amezcua.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Prevención del abuso sexual	Preguntas y directivas.	Se pregunta sobre las visitas a casa de familiares, así como visitas del tío. Los padres dicen no haber ninguna, excepto reunión familiares donde están todos. Señala la tarea que como padres tienen de comprometerse a seguir la vigilancia, si es que deciden seguir tomando las sesiones de pareja. La madre dice que siempre lo hacen, y que incluso los hermanos mayores han asumido un papel muy protector y vigilante de lo anterior con la hija menor.
Explorar la “danza de la pareja”	Preguntas circulares	Se explora la forma en que ambos contribuyen a que la discusión se mantenga. Graciela reconoce reaccionar muy enojada, grosera y agresiva, lo que piensa que es símbolo de no ser sumisa, y reaccionar con enojo ante todo. David insulta a Graciela, habla mal de ella enfrente de las personas, lo que hace que Graciela se aleje, y él quiera seguirla, etc.
Detener las discusiones y los altercados en las sesiones	Interrumpir el patrón de escalada	En toda la sesión hay acusaciones por parte de ambos, pero principalmente de Daniel, al acusar a su esposa y no validar su punto de vista. Cada vez que pasa eso, Graciela quiere responder y seguir en la discusión. La terapeuta interrumpe cada una de las escaladas, usándose como “árbitro” en la terapia.
Promover el “darse cuenta” de su patrón de relación	Metacomunicar la pauta problemática y exteriorizar el patrón.	La terapeuta explica lo que sucede entre ellos: Graciela se enoja desmedidamente ante comentarios de sus hijos, su suegra, y Daniel, cuando él la insulta o la acusa, se aleja, duerme en el sofá y se aísla o se encierra en otros cuartos de su casa, lo cual acrecienta los celos de su esposo (Daniel asegura que su esposa utiliza el tiempo que se esconde para comunicarse con otras personas y serle infiel), que inmediatamente va a buscarla, y la amenaza diciéndole que otra vez está haciendo de las suyas, “ <i>haciéndolo pendejo</i> ”. Graciela responde con insultos, gritando, y retando a Daniel. Graciela por su parte experimenta constantes celos por las salidas de Daniel a su pueblo, por el recuerdo de la ex, llegando incluso a prohibirle la visita de él o se sus hijos.
Sugerir una solución para detener las escaladas	Ejemplo de “tiempo fuera”. La terapia como espacio de discusión para evitar escaladas en casa. “Hablar a través del terapeuta”.	Se señala que para llegar a acuerdos hay que detener las discusiones de este tipo. Se les sugiere usar el “tiempo fuera”, tomar un espacio para tranquilizarse antes de seguir discutiendo. La terapeuta señala que una de las cosas que pueden intentar hasta la siguiente sesión es hacer explícito la petición del espacio, de forma que Daniel sepa porque Graciela se aleja, y Graciela sepa que Daniel va a respetar ese espacio, y no va a ir a buscarla para insultarla. Daniel dice que eso es algo muy diferente para él, y a la luz de eso, puede sentirse más tranquilo. Se les pide que eviten abordar los temas álgidos y reserven esas discusiones en la terapia.

Sesión 6

Objetivos terapéuticos: explorar si la tarea funcionó de alguna forma a detener las escaladas, explorar el tema de los celos, localizar las dificultades en términos de tensiones contextuales (ver cuadro 16).

Descripción breve de la sesión: En esta sesión, la pareja parece tener avances en términos de las discusiones y agresiones verbales. Sin embargo, el tema de los celos sigue siendo un “enemigo” que se interpone entre ambos y que no les permite disfrutar su relación. Se decide seguir trabajando en el terreno de los celos y los nuevos acuerdos como pareja.

Cuadro 16. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 6 Familia Amezcua.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Explorar la tarea	Preguntas circulares	Señalan no haber hecho la tarea de espacio ni tiempo fuera, aún cuando hubo un altercado de celos. Ambos narran que eso les hace pensar que no están listos.
Reconocimiento de cambios	Preguntas circulares	Se explora la reacción de ambos durante la última escena de celos. La terapeuta señala que la discusión fue diferente a las anteriores, pues ambos reaccionaron de forma tranquila, sin gritarse o señalarse las cosas. Esto sorprende a la pareja, pues, habían comentado que nada había cambiado. La terapeuta señala que el último altercado había sido una “escalada” que había llegado a que no se hablaran, a que ella se alejara y el la persiguiera, y habían dejado de dormir juntos. Ellos están de acuerdo, que se había sentido igual de intenso, pero la acción de reclamar no había cesado.
Explorar el significado de los celos	Preguntas de influencia relativa, circulares y reflexivas	Se exploran los celos, desde una perspectiva de amenazas reales, derivadas de las relaciones que ambos tuvieron. La terapeuta señala como los celos pasaron de ser solo sospechas de ambos a ser hechos reales que sucedieron, y que ahora son los celos los que “los atrapan” a ambos. La pareja describe individualmente momentos de prohibición y reglas que se han puesto por tener celos.
Explorar los momentos de excepción a las discusiones	Buscar formas de haber solucionado las discusiones	Se explora que ayudo a que en la última pelea: pedir una disculpa y hablar de forma más tranquila, el menciona que haberse contenido muchísimo, y aceptar la disculpa de su esposa.
Resignificar ser la idea de maldad	Preguntas con una sugerencia incluida	Graciela se da cuenta que se ha convertido en una “mala persona” porque ya cambio su forma de soportar el dolor o las culpas, y de querer frenar la violencia de su marido. La terapeuta intenta resignificar la idea de que ella es “mala” si no más bien, es ella una persona que ha estado haciendo cosas para cuidar de sí misma, si no siendo buena con ella. Ella lo toma de buena manera y dice que si la forma de decir las cosas cambiaran ella no se sentiría así.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Marcar de qué manera el contexto influye en su situación	Contextualizar la problemática externa y socialmente.	Se pide que reflexionen los propios marcos exteriores que los definen y los mantienen en estas discusiones. De forma breve Daniel habla sobre lo que le afecta el no ver a sus papás, la situación con su hermano (abusador), la presión económica del hogar, que lo tensan. Ella dice que no tener espacios personales allá afuera ni de ejercicio, religioso o de recreación. La terapeuta señala la importancia de resolver esos asuntos, para que en la medida que eso se retome la relación experimentará menos tensión.

(Continuación)

Sesión 7

Objetivos terapéuticos: retomar los cambios experimentados desde la última sesión, poner límites en la relación, visibilizar la violencia (ver cuadro 17).

Descripción breve de la sesión: la pareja reporta haberse sentido mucho mejor, con menos discusiones y menos conflictos, aunque sintiéndose distanciada. Han experimentado cambios, ayudándose mutuamente, ella con el trabajo de él, y él respetando la petición de Graciela: “nada más no me faltes al respeto, si algo no te agrada mejor dímelo en privado”. Sin embargo, se hace explícita la violencia física y psicológica conforme la sesión avanza.

Cuadro 17. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 7 Familia Amezcua.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Explorar la violencia	Preguntas circulares y reflexivas	La terapeuta realiza preguntas para informar a Daniel de su familia acerca de su violencia y forma exagerada y exaltada de contestar a ciertas escenas. Daniel acepta que fue así, aunque con muchas dificultades y por culpa de sus hijas y esposa.
Explorar si hubo algún cambio en el manejo de las escenas de celos	Preguntas sobre el comportamiento	Ante la narración de celos, se explora como Graciela logró abordar este tema con su esposo. Sin embargo al abordarlo, hubo una escena de perseguidor-perseguido. No hubo ninguna mejoría al respecto.
Brindar a la pareja elementos para poner límites en su relación	Delinear fronteras	La terapeuta señala que están en un proceso como pareja, y que efectivamente hay muchas cosas que trabajar, señala que tienen que diferenciar las tareas y necesidades que hay entre ser una pareja de papás, un equipo como pareja de papás, y las funciones de una pareja conyugal, señala algunos ejemplos y les pide que diferencien cuando es un conflicto como papás y cuando como pareja, pues a veces se molestan como pareja cuando hay conflicto por la diferencia de creencias entre las crianzas, Graciela dice que esa diferenciación le hace mucho sentido.

Sesión 8

Objetivos terapéuticos: contener la tensión en la pareja, prevenir episodios de violencia en un futuro (ver cuadro 18).

Descripción breve de la sesión: La sesión abordó el tema del episodio violento por celos de Daniel a su esposa. Ambos se presentan a la terapia y narran el episodio. Esta sesión es el parteaguas para el giro de la terapia, pues se visibiliza la violencia y es necesario detenerla. De ésta forma, la prevención de la violencia se vuelve el tema prioritario de ahora en adelante, dejando de lado la terapia de pareja.

Cuadro 18. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 8 Familia Amezcua.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Contención	Escucha reflexiva	La terapeuta explora el acontecimiento y se da cuenta que fue un acto de violencia por parte de Daniel a su esposa, por un ataque de celos, debido a que Graciela salió con un amigo que según ella sabía que le quería proponer una relación o romance, y no se lo informó a Daniel, por lo que dice haber “traicionado” a su esposo. Cuando Daniel se entera al revisar los mensajes de facebook, se enoja, comienza la discusión y la golpea brutalmente en ojos y cara. Graciela dice que no lo quiso detener e incluso le pidió a sus hijos que los dejarán solos y que a pesar de los gritos no se entrometieran. La terapeuta explora porque hizo lo anterior, y ella dice que en otras circunstancias se hubiera defendido, pero que en ésta, ella sabía que era culpable y que se lo “merecía”. Al no poder controlar después la ira de su esposo, Graciela le pide a su hija mayor Karina que le ayude a controlarlo, y la hija responde llamando a la policía. Cuando llega la policía, Graciela les pide a sus hijos y a su esposo que se escondan y que no salgan, y así Daniel termina de golpearla.
Detener episodios posteriores de violencia	Directiva	Les pide que de ahora en adelante no podrán explorar los celulares de ambos, porque no fomenta la honestidad ni confianza entre ellos, más que la persecución. Señala que la violencia es algo que éticamente no se puede permitir mientras sigan viniendo a terapia, y propone a Daniel el grupo de reflexión sobre relaciones equitativas, se le brinda información, lugares y costos para ello.
Explorar la violencia con detenimiento	Directivas y delinear fronteras	La terapeuta comenta a la pareja la decisión de separar la terapia a procesos individuales en el futuro, para trabajar la escena de violencia y encontrarle la solución. Daniel solloza y dice estar arrepentido por haber faltado a su promesa de no volver a pegarle a su esposa.

Sesión 9

Objetivos terapéuticos: explorar eventos de violencia (ver cuadro 19).

Descripción breve de la sesión: la pareja habla en la sesión de no haber sentido que algo cambiará en la terapia, y coinciden que ha sido su falta de compromiso como pareja, es decir, la reflexión de la terapia sirve, hasta llegar a casa, que es cuando se olvida.

Después, a las sesiones individuales sólo se atiende a Graciela, pues Daniel cancela cada una de sus citas. La terapeuta toma las sesiones individuales con Graciela, tratando de sembrar ideas sobre la posible separación. Graciela lo toma de buena manera, sin embargo durante las siguientes 3 sesiones dice no estar preparada para afrontarlo ni promoverlo, pues para ella “*el divorcio*” es lo peor que les puede pasar. La terapeuta normaliza la separación, así como se adentra en los significados y creencias de la separación y el divorcio y en cómo Graciela pudiera verlo como una buena decisión para ella misma y su familia. David no acude nunca a sus sesiones individuales, y la violencia psicológica y económica continúa. En la terapia, se sigue trabajando el empoderamiento de Graciela, lo que ayuda a que se fortalezca su autoestima e identidad.

Cuadro 19. Descripción de los objetivos terapéuticos y los elementos o técnicas de intervención de la sesión 9 Familia Amezcua.

Objetivo terapéutico	Elemento terapéutico/técnica de intervención	Descripción de la intervención
Detener las escaladas	Interrumpir los reproches en la discusión	La pareja coincide en no experimentar ningún cambio en la terapia, porque ellos no los han hecho. Durante la sesión ambos se atrapan en reproches y en explicar la versión “real” de los malentendidos. La terapeuta siempre trata de frenar esas escaladas, aunque sin mucho éxito debido a la conducta sumamente agresiva y violenta de Daniel.
Promover una posible separación para evitar posteriores discusiones y episodios violentos	Generar alternativas	La terapeuta señala que si han considerado la posibilidad de separarse, y les muestra un cuadro para posicionarse donde ellos decidan: vivir juntos bien, vivir juntos mal, separarse de buena forma, o separarse en malos términos. También señala que a veces las parejas toman una buena decisión cuando se separan, ahorrándose más desgaste para ellos y sus hijos. Ambos dicen que están juntos y mal pero que en definitiva quieren estar juntos y bien. Ambos dicen haberlo pensado e incluso platicado, pero nunca lo habían visto de forma real. Se les pide lo reflexionen de forma individual para retomarlo en sus sesiones individuales.
Prevención de la violencia	Directivas y mensaje	Se señala que las reacciones violentas de Daniel tienen que detenerse, así como la forma de Graciela de alterarse ante los celos y las salidas de él. Se les pide de forma individual pensar en esas cosas que sí les hace estar aún en la relación, las cosas que sí funcionan y les gustan a ambos de estar en pareja con el otro. Se señala que habrá algunas sesiones individuales.

3.1.6 Análisis y discusión de la intervención clínica

Premisas del abordaje multinivel

Analizar el caso de Graciela y Daniel desde el abordaje multinivel, se vuelve no sólo necesario, si no sumamente útil. Cuando recién los conocí, noté las múltiples temáticas que estaban afectando desde muchos lugares a la pareja, la manera como estaban “*atrapados*” entre querer seguir juntos y luchar por su matrimonio (incluso ya habían ido a terapia de pareja en grupos espirituales y consejeros matrimoniales en su comunidad cristiana), pero sin poder avanzar por las historias de su pasado, y los acontecimientos del presente.

Desde este abordaje, se puede no sólo intervenir en la situación interaccional problemática, si no también tomar en cuenta la historia de la familias de origen de cada uno y la relación inequitativa en términos de poder, que ellos presentan.

Por otro lado, las relaciones simultáneas que ambos tuvieron mientras vivían juntos (que al parecer fueron mantenidas aún en la separación) son las fuentes de mayor ansiedad para los celos que ambos experimentan hacia el otro. Si bien es cierto, que cada uno de ellos tiene distintas formas por las cuales sentir celos, también es cierto que reconocen que esas historias del pasado siguen afectando en el presente, de ahí su necesidad de hablarlo.

Según la clasificación de Sheinckman (2010), los celos que experimentan Graciela y Daniel parecen corresponder a los celos de segundo grado. Sí existen miedos anticipatorios por parte de Daniel de que Graciela utilice los espacios en privado y el celular para contactar con otra persona, lo que lo hace reaccionar de forma obsesiva, fijándose incluso “en las miradas” que Graciela hace con amigos o familiares, etc. Esta reacción lo ha llevado a la violencia física. Graciela por su parte experimenta celos por el fantasma de la “ex” de Daniel, de quién siente celos por haberle brindado cariño o amor de una forma que ella no sabe darle. Graciela ha prohibido a su esposo, e incluso hijos, visitar el lugar de nacimiento de Daniel (Hidalgo) por temor a volverse a encontrar a su relación previa.

Considero que el patrón de celos que se reactiva constantemente en la relación de pareja de Graciela y Daniel no corresponde al síndrome de Otelo, es decir, celos excesivos, pues ambos experimentaron una relación alterna durante y después del rompimiento de la relación, lo que se vuelve una amenaza constante con temor a que se repita.

Una vez que Daniel y Graciela exploraran las secuelas que la “traición” de las infidelidades trajo en la relación, se podría llevar a la pareja a retomar el tema del *affaire* de ambos en su relación como una herramienta útil para trabajar en pro de la mejoría de su matrimonio. Desde este lugar, promover la empatía y comprensión de ambos que les sucedió a los dos, puede ayudar a acercarlos a nuevos términos de lo que quieren para sí mismos.

Sin embargo, como se mostró en el resumen del tratamiento terapéutico, a pesar de las intervenciones terapéuticas en el sentido de desactivar el patrón de celos, la violencia seguía presente y seguía visibilizándose en la terapia, lo que detenía cualquier mejoría en la relación de la pareja. Los reproches y acusaciones violentas, durante y fuera de las sesiones, eran cada vez más frecuentes.

Cuando el episodio violento se presentó, como terapeuta me replanteé el hecho de seguir bajo la terapia de pareja con ambos miembros juntos, y decidí separar los procesos como un intento de trabajar en niveles individuales y detener en las sesiones la repetición de la violencia.

Finalmente, las sesiones individuales fueron retomadas bajo una perspectiva de género, y tratando de engrosar las historias alternativas de lo que era Graciela, más allá de ser una mujer celosa, deprimida, sumisa y co-dependiente, como ella se describía a sí misma, tratando de vislumbrar sus puntos positivos como ser una mujer comprometida, que valora el amor, congruente con sus creencias y protectora de sus hijos.

Lo más importante para mí, en el proceso terapéutico, fue promover la separación como la forma más viable de que Graciela recuperará su bienestar, trabajando en deconstruir las creencias tradicionales del matrimonio. De antemano, el proceso actual sigue en esa línea y Graciela muestra cada vez más apertura y reflexión acerca de vivirse como madre separada y divorciada.

Técnicas utilizadas

Desde el abordaje multinivel, se hicieron las siguientes intervenciones:

- Rastrear las secuencias. A través de la reconstrucción de un episodio de discusión.
- Visibilizar la coreografía de la pareja (persecución-distanciamiento). En la cuarta sesión, la terapeuta exploró el último altercado, tratando de entender la pauta problemática. Graciela se enoja y reacciona con reproches y gritos, Daniel la insulta, ella se aísla por no soportar estar con él ni hablar, él la sigue cuando se aísla pues esto le hace pensar que ella usa la intimidad para volverle a serle infiel, y así sucesivamente, hasta que pasan días enteros sin hablar ni dormir juntos.
- Generar alternativas. Cuando la terapeuta les propone a Graciela y Daniel nuevas formas de interrumpir estos altercados: escribir los insultos y pensamientos, y pedir el espacio para estar solos, de forma explícita. En las últimas sesiones individuales con Graciela, la terapeuta promueve la alternativa de la separación, sembrando ideas positivas acerca del divorcio.
- Interrumpir las soluciones intentadas. Cuando la terapeuta les pide detenerse en los momentos de discusión, abordarlos en terapia, dejar de insultar, etc.

- Brindar esperanzas a través del reconocimiento de puntos fuertes. (Sesión 1 y 2). Sesiones individuales con Graciela: engrosando sus actitudes positivas: mujer comprometida, que valora el amor, congruente con sus creencias y protectora de sus hijos.
- Normalización. Cuando Graciela siente el coraje y el enojo por los insultos de Daniel. También cuando Daniel dice sentir odio y resentimiento por su hermano, ante la posible verdad que el haya abusado de su hijo. Cuando se promueve el divorcio como un proceso normal y común de las familias mexicanas.
- Reformular sugestivamente, por narraciones de las necesidades y anhelos de cada miembro de la pareja, una mirada diferente a las acusaciones mutuas. La terapeuta sugiere a Graciela que su enojo ante los insultos de Daniel es una forma de exigir respeto y frenar la violencia, así como una forma de “autocuidarse” alejándose de escuchar cosas “malas” de ella misma.

Logros y aspectos pendientes

En cuanto a los pocos logros de la pareja, podemos mencionar la visibilización de la violencia y su señalamiento de forma explícita. Las últimas sesiones ayudaron a que Graciela se fortaleciera en su autoestima e hiciera cosas para ella misma. Aunque Daniel no cambió su patrón de interacción con su esposa, es posible que se haya sembrado la idea de la reflexión sobre la violencia. Sin embargo, para considerarse un caso exitoso tendría que trabajarse los siguientes aspectos pendientes:

- *Llamado a la responsabilidad.* Responsabilizar a Daniel de su forma violenta de reaccionar. Algo que me ha sorprendido de él, es que desde la segunda sesión pudo reconocer sus reacciones desmedidas de enojo y agresividad, algo que también aceptó en la última sesión. Considero que la violencia es otro “hueso duro de roer” en ésta pareja, pues han pasado de vivir etapas muy críticas a etapas de cambio total. Una de mis sugerencias de trabajo terapéutico a seguir, sería usar las sesiones individuales con Daniel para promover la sensibilidad de sus acciones violentas e invitarlo a un grupo de terapia externo, donde reflexione con otros hombres estos temas. A la par de éstas reflexiones, considero que es importante que la violencia sea también un tema a tratar con Graciela, ayudando a ver lo “ausente pero implícito” de lo que defiende cuando se enoja ante insultos y escenas de celos de su esposo.
- *Negociar acuerdos.* Es necesario que Daniel y Graciela resuelvan las tareas relacionadas a ser pareja, desde definir los límites de su unión, los significados de fidelidad, generar un espacio de seguridad y libertad, y comprender desde sus experiencias las incertidumbres, miedos y temores de su relación con el otro.
- *Actualizar el quid pro quo.*

- *Generar empatía* a través de la redefinición de los “affaires” en la pareja. Voltar la mirada positiva hacia que les ayudo a ver de su relación los affaires de cada uno.
- *Nombrar las vulnerabilidades*. A través de la construcción del ciclo de la vulnerabilidad.
- *Mapear la historia de sus familias* de origen y establecer la diferencia de sus propias historias (sobre todo por el tema del abuso).

3.1.7 Reflexiones finales del caso.

Considero que el trabajo con Graciela y con Daniel es complejo. Cuando conocí a la familia, me sentí abrumada por todas las cosas que eran fuentes de ansiedad y estrés para ellos. Sin embargo, algo que me ayudo fue pensar en el caso en múltiples niveles y trabajar con ellos los temas prioritarios. Sólo después de haber abordado de forma directa el abuso sexual, me sentí con la libertad de adentrarme un poco más en la dinámica de pareja, sin descuidar el tema principal de la terapia.

Creo que es una pareja que me ha enseñado la disponibilidad y el compromiso que tienen con su relación. He notado que sus fortalezas espirituales los ayudan a querer seguir adelante, y como una vez me dijo Gabriela al terminar la sesión: *“me voy con esperanza”*.

He notado que son bastante fuertes y directos. No temen poner las cosas en claro sobre la mesa del diálogo terapéutico, tan es así que en cinco sesiones se hablaron de temas trascendentales para ellos: el abuso sexual, las infidelidades, los celos y la violencia.

Así mismo, leyendo cuidadosamente el desactivar los celos en pareja, me he dado cuenta que cuando es una tarea imposible, entonces es necesario o sano promover la separación, lo que para mí constituye los pasos a seguir en las sesiones individuales con Graciela. Tratando de resquebrajar y flexibilizar creencias acerca del divorcio o de la separación en el matrimonio.

Para mí, descubrir los abordajes sistémicos, integrales y colaborativos de la terapia de pareja ha sido muy grato e interesante. Trabajar con parejas me parece primordial cuando se trabaja con familias, pues indudablemente, es uno de los sistemas que con mayor frecuencia llegan a la consulta.

Las aportaciones teóricas descritas en mi marco teórico de este caso me han sido sumamente útiles, pues me ayudaron a establecer una ruta clara de intervención, y me han devuelto la sensación de agencia personal al trabajar con parejas multiproblemáticas, como Graciela y Daniel.

He decidido reportar este caso porque es un claro ejemplo de cómo han cambiado los valores en la pareja mexicana. A pesar de que los celos no fueron controlados, la disposición de ambos de perdonarse y seguir juntos en pareja después de una infidelidad habla del desquebrajamiento de los valores en el “sagrado” matrimonio. Por otro lado, no queda de más señalar que la familia atravesaba por muchos factores que hacían difícil, más no imposible su evolución. Por ejemplo, el uso de la violencia física y psicológica de Daniel hacia su esposa, me orilló como terapeuta a interrumpir el

proceso normal de la terapia y dar un giro. Desafortunadamente, el hecho de que él empezará a faltar a sus sesiones dificultó que se pudiera reflexionar sobre su propia violencia ejercida.

3.2 Habilidades de Investigación

3.2.1 Reportes de investigaciones cuantitativas

El desarrollo de las Habilidades de Investigación incluye dos apartados importantes: la investigación cuantitativa y la investigación cualitativa.

Dentro del área cuantitativa, desarrollé con Montserrat Salazar y Fernando Monjardin, una investigación sobre jefas de familia en México, investigación que arrojó datos interesantes acerca de la percepción de capacidad y fortaleza con la que se reportaban las mujeres jefas de familia (Farías, Salazar, Monjardin y Calleja, 2014). El objetivo de dicha investigación fue brindar una caracterización de las Jefas de Familia en México, pues en la literatura sólo se reportaban descripciones cualitativas. La caracterización se enfocó en describir el tipo de jefatura que ejercían y los rasos que asumían que tenían ellas mismas de acuerdo a su carácter y personalidad. Se trabajó en diferentes instituciones para recolectar la muestra, y acceder a la población de jefas de familia. Se asistió a centros de desarrollo comunitario, así como a DIF municipales, y sindicatos donde laboraban trabajadoras universitarias.

Finalmente, dado que la investigación arrojó información nueva, nuestro proyecto desembocó en diseñar un instrumento que evaluará la percepción de la vulnerabilidad social a la que estaban expuestas las mujeres jefas de familia, y en general, las mujeres mexicanas. En este instrumento, se exploran los activos y estrategias que las mujeres llevan a cabo y que son primordiales para percibirse como vulnerables o no. La vulnerabilidad es definida como la existencia de recursos y activos que contrarresten la pobreza, por lo tanto, también es una cualidad atribuida por las personas, una cuestión de percepción.

Se presentan a continuación el resumen de ambas investigaciones.

3.2.1.1 Jefas de familia en México: caracterización y rasgos instrumentales-expresivos

Saraí Farías, Montserrat Salazar, Fernando Monjardin y Nazira Calleja.

Artículo publicado en la Revista Mexicana de Investigación en Psicología (Farías, Salazar, Monjardin y Calleja, 2014).

Resumen

La jefatura femenina se ha incrementado en los últimos años por motivos económicos, sociales y psicológicos. Los propósitos del presente estudio fueron identificar a las mujeres en términos del tipo de jefatura que ejercían en la familia (total, compartida o nula) y diferenciarlas respecto de la presencia de rasgos instrumentales y expresivos. Participaron 305 mujeres de 15 a 75 años de edad, quienes respondieron el Cuestionario de Jefatura de Hogar y el Inventario de Instrumentalidad y Expresividad-rasgos positivos. El 26.9% de las entrevistadas desempeñaba una jefatura total (se asumían como jefas, aportaban al gasto familiar y tomaban decisiones). Las jefas totales resultaron de mayor edad, eran mayoritariamente divorciadas o viudas y tenían un trabajo remunerado. Obtuvieron puntajes significativamente más altos en el rasgo instrumental de capacidad y en el expresivo de lealtad. Se concluyó que la jefatura femenina, más que implicar vulnerabilidad para la familia, está asociada con fortalezas psicológicas en las mujeres que la ejercen.

Palabras clave: jefatura femenina, roles instrumentales y expresivos, género, familias monoparentales.

Introducción

A partir de los años setenta del siglo pasado se ha observado un incremento en el número de familias encabezadas por mujeres. Según datos del INEGI (2012), en México los hogares con jefatura femenina constituyen el 22.3% del total. Esta situación responde a factores de diversa índole, como abandono de la pareja, divorcio, crisis económicas –que derivan en mayores índices de migración masculina– y mayor esperanza de vida en las mujeres (Buvinic, 1991; García y Oliveira, 2005). Sin embargo, se ha argumentado que estos cambios se deben principalmente al crecimiento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, al aumento de sus niveles educativos y al control natal, lo que les ha permitido tomar la decisión de constituir una familia sin pareja (Arriagada, 2009; Uribe, 2007).

Ser la proveedora principal del hogar implica contar con un trabajo remunerado y aportar su ingreso, o parte de él, para los gastos familiares. Además, encabezar a la familia requiere tomar las decisiones necesarias para su funcionamiento. También la subjetividad es un factor relevante. Acosta, (2001) y García y Oliveira (2005) hablan de “jefatura declarada”, es decir, aquella en la que la persona se asume a sí misma como jefa y es reconocida como tal por los demás.

Al caracterizar los roles de género se utilizan los conceptos de masculinidad y feminidad (Díaz-Loving, Rivera-Aragón y Rocha-Sánchez, 2001, Díaz-Loving, Rocha-Sánchez y Rivera-Aragón, 2004; García-Campos, 2008), principios estables a través del tiempo, independientes y exclusivos, pero que pueden coexistir en cierto grado en una sola persona (sea hombre o mujer). Las conductas que tradicionalmente se atribuyen a la masculinidad corresponden a la instrumentalidad. Puesto que

las mujeres jefas de familia están asumiendo roles tanto femenino como masculino, se esperaría que poseyeran atributos tanto expresivos como instrumentales.

Según Ochoa (2007), los hogares encabezados por mujeres se hallan en situación de pobreza y vulnerabilidad social, fenómeno que ha sido llamado “feminización de la pobreza”. No obstante, algunos estudios han mostrado ciertas fortalezas con las que cuentan estos hogares. Se ha encontrado, por ejemplo, que las mujeres dedican todo su salario para cubrir las necesidades de su familia (Chant, 2003; Ochoa, 2007) y que cuando las mujeres son las jefas de familia existe mayor equidad en la realización de las tareas domésticas y en la toma de decisiones respecto de la repartición del dinero, así como menores índices de violencia familiar (Lázaro et al., 2005).

El propósito inicial del presente estudio fue identificar a las mujeres que son jefas de familia en términos de tres factores: asumirse como tales, tomar las decisiones en el hogar y aportar económicamente para cubrir los gastos familiares. Un segundo objetivo fue analizar las variables sociodemográficas que las caracterizan. Finalmente, se pretendió evaluar si los niveles de instrumentalidad y de expresividad de las jefas de familias son mayores que los de quienes no lo son, en virtud de que, sin dejar de desempeñar los roles femeninos tradicionales, ellas ejecutan también los considerados comúnmente masculinos.

Palabras clave: jefas de familia, roles de género, expresividad, instrumentalidad.

Método

Participantes

La muestra estuvo integrada por 305 mujeres residentes de la ciudad de México y área metropolitana. El rango de edad fue de 15 a 75 años ($M = 33.5$ años, $DE = 11.31$).

Más de la mitad de las participantes (61.3%) habían cursado estudios de nivel medio superior o superior; el 69.5% de ellas desempeñaban una actividad remunerada (eran empleadas, obreras, profesionistas o tenían un negocio propio). Dijeron ser casadas o vivir en unión libre el 56.7%; el 74.1% tenía hijos.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico (para evaluar edad, escolaridad, ocupación, estado civil y número de hijos de las participantes).

Cuestionario de jefatura del hogar, el cual registró la proporción de los gastos del hogar que son cubiertos por la aportación económica de la entrevistada, la proporción de las decisiones de la familia que son tomadas por ella y su creencia respecto de quién es el (la) jefe(a) de la familia.

Inventario para evaluar las Dimensiones Atributivas de Instrumentalidad y Expresividad (IDAIE) de Díaz-Loving, Rocha-Sánchez y Rivera-Aragón (2007), el cual consta de cuatro subescalas: la instrumentalidad negativa y positiva y la expresividad negativa y positiva.

Análisis de datos

Se realizaron análisis factoriales y de consistencia interna para determinar los índices psicométricos de la escala utilizada, así como correlaciones interfactores. Posteriormente, las participantes fueron agrupadas de acuerdo con el tipo de jefatura que ejercían en el hogar, con base en la proporción de decisiones que tomaban en la familia, la aportación que hacían al gasto familiar y el hecho de que se asumieran como jefas de hogar. Se realizaron pruebas de chi cuadrada para analizar la distribución de las mujeres con jefatura total, compartida y nula en relación con sus variables sociodemográficas. Finalmente, se utilizaron análisis de varianza de un factor para probar las diferencias entre las jefas y no jefas de hogar con respecto a los rasgos de instrumentalidad y expresividad.

Resultados

Las correlaciones interfactores del IDAIE se presentan en la tabla 10. Todos los factores correlacionaron positiva y significativamente. Los índices más altos se obtuvieron para capacidad con osadía, con organización y con lealtad, así como para idealismo con ternura y con osadía.

Tabla 10

Índices de correlación entre los factores del Inventario de Instrumentalidad-Expresividad-Rasgos positivos

Factores	Instrumentalidad			Expresividad		
	Osadía	Capacidad	Organización	Ternura	Lealtad	Idealismo
Instrumentalidad	Osadía	1				
	Capacidad	.531*	1			
	Organizac.	.223*	.440*	1		
Expresividad	Ternura	.391*	.359*	.196*	1	
	Lealtad	.313*	.530*	.400*	.282*	1
	Idealismo	.423*	.300*	.101	.551*	.278*

Nota: *p < .000.

Para identificar a las mujeres que ejercían la jefatura del hogar, se consideraron las variables: jefatura asumida, aportación al gasto familiar y toma de decisiones en el hogar. La distribución porcentual de las participantes en cada una de las categorías de estas variables se muestra en la tabla 11.

Tabla 11

Distribución porcentual de las participantes en las variables de jefatura de familia

Variables de jefatura de familia	Categorías	Porcentaje de las participantes
Jefe(a) de familia declarado(a) por la mujer	La mujer	34.4
	Su pareja	14.9
	La mujer y su pareja	17.2
	Los padres de la mujer	30.2
	Otros	2.6
	Total	100.0
Aportación al gasto familiar por la mujer	Nada o casi nada	31.8
	Menos de la mitad	18.7
	La mitad	18.0
	Más de la mitad	6.3
	Todo o casi todo	25.2
	Total	100.0
Decisiones del hogar tomadas por la mujer	Ninguna o casi ninguna	11.0
	Menos de la mitad	12.3
	La mitad	25.2
	Más de la mitad	15.6
	Todas o casi todas	35.9
	Total	100.0
Tipo de jefatura: Jefatura asumida + aportación + toma de decisiones	Jefatura nula:	17.0
	Jefatura compartida: O se asumen y/o aportan y/o toman decisiones	56.1
	Jefatura total: Se asumen como jefas, aportan la mitad del gasto o más y toman la mitad de las decisiones o más	26.9
	Total	100.0

La combinación de las tres variables citadas permitió obtener una clasificación de jefatura femenina: a) jefatura total: la mujer se asume como jefa, aporta la mitad del gasto o más y toma la mitad de las decisiones o más; b) jefatura compartida: o se asume como jefa y/o aporta la mitad del gasto o más y/o toma la mitad de las decisiones o más; c) jefatura nula: la mujer no se asume como jefa, aporta menos de la mitad del gasto y toma menos de la mitad de las decisiones. Una cuarta parte de las entrevistadas correspondió a la primera categoría, un poco más de la mitad a la segunda y casi una quinta parte a la tercera. Para probar la hipótesis planteada respecto de la relación entre jefatura femenina y rasgos instrumentales-expresivos, se efectuaron análisis de varianza, cuyos resultados se muestran en la tabla 12.

Discusión y conclusiones

Es de llamar la atención que algunas mujeres, aunque decidan y aporten a la economía familiar, no se identifican con el papel de jefas de hogar, lo cual podría explicarse por la influencia de los estereotipos de género, que colocan al hombre como la cabeza indiscutible de la familia (Ochoa, 2007).

Los hallazgos del presente estudio mostraron que el 26.9% de las mujeres entrevistadas ejercían una jefatura total, proporción similar a la reportada por el INEGI (2012), que es de 22.3%, es decir, una de cada cuatro o cinco mujeres son responsables de sus familias.

Tabla 12

Diferencias significativas obtenidas entre los tres grupos de jefatura femenina en rasgos de instrumentalidad y expresividad

Subescala	Tipo de jefatura femenina				Prueba estadística
	Jefatura nula	Jefatura compartida	Jefatura total	Jefatura total	
Instrumentalidad – Capacidad	Mediana = 2.91	Mediana = 3.12	Mediana = 3.20	Mediana = 3.20	F2, 302 = 5.701, p = .004
	DS = 0.58	DS = 0.50	DS = 0.44	DS = 0.44	Scheffé: Nula-compartida: p = .025 Nula – total: p = .005
Instrumentalidad – Organización	Mediana = 2.52	Mediana = 2.87	Mediana = 2.73	Mediana = 2.73	F2, 302 = 4.778, p = .009
	DS = 0.66	DS = 0.74	DS = 0.73	DS = 0.73	Scheffé: Nula-compartida: p = .011
Expresividad – Lealtad	Mediana = 2.82	Mediana = 2.98	Mediana = 3.05	Mediana = 3.05	F2, 298 = 3.165, p = .044
	DS = 0.52	DS = 0.51	DS = 0.53	DS = 0.53	Scheffé: Nula-total: p = .045

En cuanto a los rasgos instrumentales-expresivos, se encontró que las jefas puntuaron más alto en capacidad, un rasgo instrumental, y en lealtad, un rasgo expresivo, lo cual permite concluir que, en comparación con las mujeres que no ejercen la jefatura total, las jefas se consideran más competentes, responsables, trabajadoras y tenaces, así como más fieles, seguras, cautas, comprensivas y cumplidoras. Estos hallazgos muestran las fortalezas de las mujeres jefas de familia, tanto en un rasgo considerado tradicionalmente masculino, asociado con la actividad laboral fuera de casa, como en uno femenino, que comprende características que apoyan el desempeño en el trabajo. Asimismo, favorecen la noción de que las mujeres jefas de familia no constituyen necesariamente un grupo vulnerable, como indica Buvinic (1991), ya que muestran agencia personal en su capacidad para enfrentar las situaciones de la vida y se consideran dignas de confianza para su grupo familiar.

En suma, aunque algunos estudios han encontrado que las mujeres jefas de familia tienen mayores probabilidades de vivir en condiciones de pobreza, marginación y sufrir desempleo (Ochoa, 2007), los hallazgos de este estudio indicaron que las jefas, a pesar de las condiciones económicas y sociales que pudieran colocarlas en situación de vulnerabilidad social, se consideran capaces de proveer y tomar decisiones que afectan a toda su familia, lo cual, más que contribuir a la polarización de los géneros, permitirá enfocarse en los recursos que poseen las mujeres jefas de familia, independientemente de que tengan o no pareja, y que, al integrar los atributos instrumentales (“masculinos”) a los expresivos (“femeninos”), se encuentran en el camino de romper los estereotipos tradicionales de género.

Por último, la investigación de la jefatura femenina en México debe avanzar hacia las implicaciones sociales y familiares hacia entender las diversas formas de sostenimiento económico de las familias de éste tipo y las implicaciones en el bienestar de los miembros del grupo familiar (Navarro, 2010). Lo anterior, exige que exista un manejo más amplio y cuidadoso de la información de la dinámica del hogar, información detallada sobre el mantenimiento económico y el trabajo en él, etc.

3.2.1.2 Escala de percepción de vulnerabilidad social para mujeres

Montserrat G. Salazar Segura, Fernando Monjardin Nieto, Saraí Farías Anda y Dolores Mercado.

Resumen

La vulnerabilidad social es un tema entre los países en desarrollo de América Latina, y el interés por explorar la vulnerabilidad social de mujeres y hombres va en aumento. Los índices de vulnerabilidad social y pobreza indican que los jóvenes y las mujeres jefas de familia se cuentan entre los grupos más vulnerables. Con el propósito de elaborar y validar una escala de percepción de vulnerabilidad social para mujeres mexicanas, se aplicó a una población de mujeres residentes de la ciudad de México, una escala de autoinforme con afirmaciones sobre su percepción de su condición social, laboral y económica. El listado original se basó en los indicadores que reporta Kaztman (2001) sobre capital físico, capital humano y capital social. La escala inicial, compuesta por 158 reactivos, se sometió a pruebas de claridad y validez de facie o interjueces. Como resultado de estas pruebas se obtuvieron 84 reactivos representativos de las 3 dimensiones propuestas por Kaztman (2001), mismos que fueron aplicados a una población de 293 mujeres. El análisis factorial de la prueba arrojó 8 factores significativos y la consistencia interna de la prueba derivada del alfa de Cronbach confirma la confiabilidad total $\alpha = .900$. La validez de criterio determina que la escala es sensible entre los grupos de jefas de familia y no jefas, así como otras características socioeconómicas para medición de la vulnerabilidad social, como nivel de estudios, ocupación, jefatura del hogar, estado civil, salario,

dependientes económicos, actividad remunerada, etc. La escala final quedó conformada por 5 factores y 32 reactivos, mismos que miden recursos económicos, rendimiento del dinero, apoyo de amistades, percepción de capacidad laboral y oportunidades laborales, con una varianza total explicada de 22.74%.

Palabras clave: vulnerabilidad social, jefas de familia, género.

Introducción

La Escala de Percepción de Vulnerabilidad Social para Mujeres es un instrumento que mide la valoración de los recursos y del acceso a oportunidades económicas y sociales para mantener o mejorar el bienestar de una familia, desde la perspectiva de las mujeres. Está dirigida a mujeres entre 17 y 65 años de edad, con un nivel de lectura mínimo de primaria, ya sean jefas de familia o no.

La percepción de riesgo social o de vulnerabilidad social ha sido un tema estudiado desde múltiples puntos de vista en los últimos años. Así lo han indicado las encuestas públicas, las agendas políticas y sociales, los gobiernos nacionales y locales, la preocupación de organismos nacionales e internacionales, así como diversas disciplinas e investigaciones (Busso, 2001). Un creciente sentimiento de inseguridad, indefensión y riesgo afecta hoy a la mayoría de la población, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2011). De acuerdo con este organismo, la vulnerabilidad social se reflejó en las encuestas de opinión realizadas a finales de los años noventa y se ha convertido en un rasgo característico de la sociedad latinoamericana de comienzos del siglo XXI.

La vulnerabilidad social se entiende como la incapacidad de una persona o de un hogar para aprovechar las oportunidades disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos, para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro (Kaztman, 2001). El nivel de vulnerabilidad depende de varios factores que se relacionan, por un lado, con los riesgos de origen natural y social y, por otro, con los recursos o activos y estrategias que disponen los individuos, hogares y comunidades. Así, el estudio de la vulnerabilidad actual se centra en la manera en que las fuerzas exógenas (el mercado, el Estado, la Sociedad) y endógenas (activos y estrategias de individuos y hogares) influyen en la vulnerabilidad social (Busso, 2001).

Las estrategias de que dispone una familia para disminuir su vulnerabilidad social son cada una de las formas particulares de articulación de los recursos o activos encaminados a la obtención de una meta. La meta puede ser mejorar el bienestar familiar (promoción) o mantenerlo para evitar su deterioro (adaptación).

Uno de los grupos considerados vulnerables, desde la perspectiva anterior, han sido los hogares de jefatura femenina. Sin embargo, existe evidencia en otros estudios (Chant, 2003) donde se argumenta que esto no es así, ya que las jefas, por ejemplo, disponen de todo su salario para

cubrir las necesidades de toda su familia, a diferencia de los varones, quienes guardan una parte del mismo para su uso personal.

Hasta hoy, la medición de la vulnerabilidad social se ha llevado a cabo a través de encuestas en hogares, índices de marginación, índices de vulnerabilidad social e índices económicos, pero no existe en el campo de la Psicología ninguna escala que aborde la medición de la percepción de la vulnerabilidad social. Por lo anterior, se propuso elaborar una escala de medición que reúna las características psicométricas necesarias que permitan medir la percepción de vulnerabilidad social en las mujeres.

Para la elaboración de la Escala de la Percepción de Vulnerabilidad Social para Mujeres, se utilizaron las **definiciones de activos** que propone Kaztman (2001), cuya movilización permite mejorar la situación de bienestar en los hogares y combatir la vulnerabilidad social (figura 9).

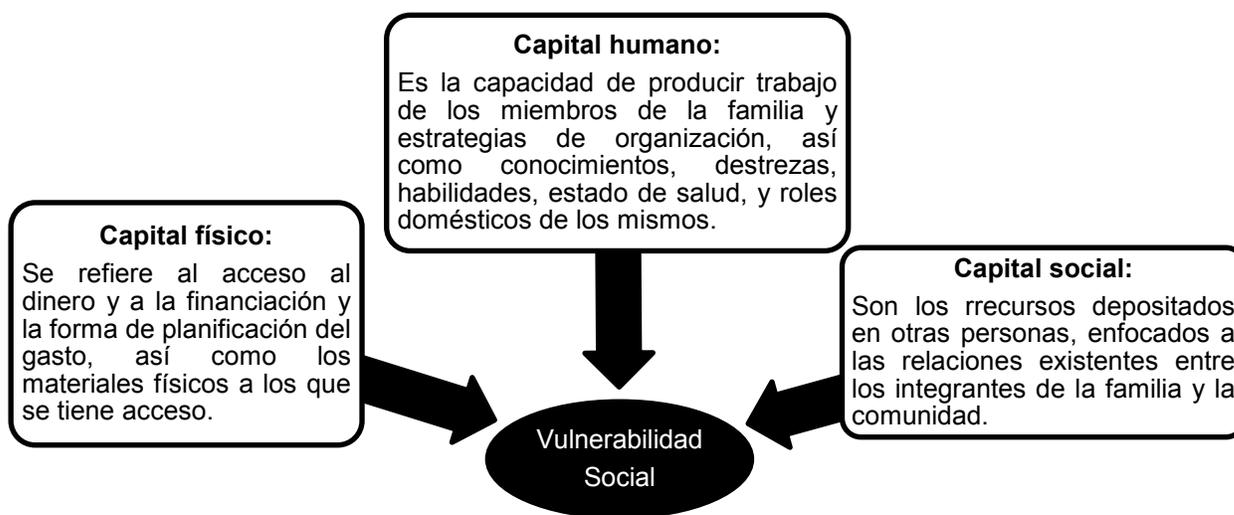


Figura 9. Definiciones de activos (capital) para la medición de la vulnerabilidad social.

Finalmente, existen otros dos conceptos utilizados por Kaztman (2001) que facilitan la medición de la vulnerabilidad social y sirven para encuadrar los conceptos utilizados en la elaboración de esta escala. Por un lado, se habla de **“activos”** como un conjunto de recursos, materiales e inmateriales, sobre los cuales los individuos y los hogares poseen control, y cuya movilización permite mejorar su situación de bienestar, evitar el deterioro de sus condiciones de vida, o bien disminuir su vulnerabilidad. Hay muchos recursos que pueden manejar las personas y los hogares, pero en el desarrollo de esta escala, se hará referencia sólo a aquellos recursos que permiten el aprovechamiento de las estructuras de oportunidades del Estado, del mercado y de la comunidad. Por otro lado, cuando se habla de activos y de recursos se utiliza la noción de **“estructura de oportunidades”** (Filgueira y Kaztman, 1999), que se define como la probabilidad de acceso a bienes, servicios o actividades que inciden sobre el bienestar del hogar porque facilitan a la familia el uso de

recursos propios o le suministran recursos nuevos, útiles para la movilidad e integración social a través de los canales que ya tienen o formaron. De esta forma, esta visión da una perspectiva más positiva de la medición de la vulnerabilidad, poniendo el énfasis en las fortalezas y oportunidades de un grupo familiar.

Desarrollo de la prueba

Objetivo

La Escala de Percepción de Vulnerabilidad Social para Mujeres se diseñó para medir la percepción que las mujeres mexicanas tienen del acceso a los recursos económicos, de las estrategias que emplean para hacer rendir el dinero, de las oportunidades laborales, de su capacidad laboral y de su red de apoyo de amistades, como recursos para mejorar, mantener, o impedir el deterioro del bienestar de su familia.

Validez y confiabilidad

Para someter la escala a pruebas de validez y confiabilidad, se aplicó a 293 mujeres residentes de la ciudad de México, con edades comprendidas entre los 17 y 63 años, el nivel de estudios comprendido fue desde nivel básico (primaria) hasta posgrado y con estados civiles de soltera o casada. A continuación se menciona el proceso realizado para someter la prueba a validez de facie, validez factorial, validez de criterio y prueba de confiabilidad.

Validez de facie

La validez de facie por el **criterio de jueces o Jueceo** se obtuvo sometiendo al análisis de expertos la representatividad de cada una de las dimensiones que constituyen la Escala de Percepción de Vulnerabilidad Social para Mujeres, así como la pertenencia de cada reactivo a cada dimensión. El objetivo fue determinar la validez de Facie o Aparente de los reactivos mediante el Criterio de Jueces o Expertos.

La escala se sometió al criterio y juicio de diez especialistas en perspectiva de género. Como resultado cada dimensión quedó conformada por 28 reactivos, con un total de 84 reactivos en la escala, para éste momento del proceso de validez.

Validez factorial

Con los reactivos resultantes de la validez de facie, se realizó el *análisis factorial*, que se detuvo a las 22 iteraciones. Se obtuvo un valor de KMO de .795 con una significancia de .000,

mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett fue de 9480.76, con una significancia de .000. La comunalidad mínima de los reactivos fue de .546, mientras que la comunalidad máxima fue de .784.

El análisis factorial dio como resultado ocho factores significativos que explican el 34.872% de la varianza total. En la tabla 13, se muestran los factores significativos con sus respectivas definiciones.

Tabla 13

Factores de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad Social para Mujeres

Factor	Aspecto a medir
Factor 1: Recursos económicos	Acceso a recursos económicos que permiten cubrir las necesidades básicas y no básicas de la familia.
Factor 2: Apoyos gubernamentales	Información conocida sobre los apoyos educativos, sociales y laborales que ofrece el gobierno.
Factor 3: Valores	Aspectos aprobados y esperados socialmente con respecto a las características de la persona y la familia.
Factor 4: Rendimiento del dinero	Estrategias para que el dinero rinda en casa.
Factor 5: Oportunidades laborales	Dificultad para el acceso a una actividad remunerada.
Factor 6: Apoyo familiar	Unión mostrada por los miembros de la familia para la realización de actividades cotidianas y resolución de conflictos.
Factor 7: Percepción de capacidad laboral	Valoración que hace la persona del medio laboral y de su capacidad de desempeño en el mismo.
Factor 8: Apoyo de amistades	Grupo de amigos y familiares que prestan algún tipo de apoyo a la persona, con los que disfruta pasar su tiempo.

Validez de criterio

Para evaluar la validez de criterio, se tomaron en cuenta los reactivos que cargaron en los 8 factores. *El criterio* utilizado fue el de *jefatura femenina*, es decir, se compararon las medias obtenidas por el grupo de jefas de familia y el grupo de no jefas de familia, compuesto por las mujeres que señalaron a su pareja o a sus padres como jefes de familia o comparten la jefatura con su pareja. Se realizó una prueba de análisis de varianza para comparar las medias de cada factor y de la escala total.

Los factores que resultaron significativos se muestran en la tabla 14. Se describe el nombre del factor, así como las medias más altas y más bajas.

Tabla 14

Factores significativos como resultado de la validez de criterio y comparación de medias

-
1. **Factor 1 (Recursos económicos):** La media más baja* corresponde a las que señalaron a sus padres como jefes de familia (40.54) y la más alta (46.50) corresponde a las mujeres que asumen la jefatura de su familia.
 2. **Factor 4 (Rendimiento del dinero):** Las que señalaron a su pareja como el jefe de familia tienen la media más baja (5.62) y la más alta es la de las mujeres jefas de familia (7.36).
 3. **Factor 6 (Apoyo familiar):** Las que indicaron que sus padres son los jefes de la familia tienen la media más baja (8.34) y la más alta es la de las jefas de familia (9.80).
 4. **Factor 7 (Capacidad laboral):** La media más alta corresponde a quienes señalaron como jefes de familia a sus padres (6.77) y la más alta es la de las jefas (8.18).
 5. **Factor 8 (Apoyo de amistades):** Al igual que en los factores 6 y 7, la media más baja es la de las mujeres que indicaron que sus padres son los jefes de la familia (9.75) y la más alta es la de las jefas (11.78).
-

Nota:*Donde la media más baja significa menos vulnerabilidad.

Posteriormente, se compararon las medias de los ocho factores de la escala con otros criterios, que son: el nivel de estudios, el estado civil, la aportación de la pareja al gasto familiar, la ocupación, la vida en pareja, el número de dependientes económicos, si se recibe una paga por el trabajo y el salario mensual.

Se elaboró un cuadro de concentración de doble entrada en el que el eje vertical contiene los criterios sociodemográficos y el eje horizontal los factores. En las celdillas se marcan los cruces significativos, para observar gráficamente el número de diferencias significativas, que se interpretan como capacidad discriminatoria de los factores y para decidir qué factores mostraron mayor capacidad para discriminar.

De este análisis, resultaron 5 factores que discriminan entre los distintos criterios. Dichos factores son: 1) Recursos económicos, 2) Rendimiento del dinero, 3) Oportunidades laborales, 4) Percepción de la capacidad laboral y 5) Apoyo de amistades. Es decir, los factores anteriores, que conformaron la versión final del instrumento, discriminan entre el grado de vulnerabilidad que presentan los distintos grupos de los criterios utilizados. Por ejemplo, el factor de Recursos económicos discrimina entre las mujeres que tienen dificultades para acceder y hacer uso del dinero y otros recursos, lo que las coloca en una situación vulnerable, y las mujeres que sí cuentan con tales recursos, lo que les permite mantener el bienestar de su familia. Con base en lo anterior, se concluye que el instrumento es sensible a tales diferencias.

Consistencia interna

La consistencia interna del instrumento se estableció con el alfa de Cronbach de la escala total. Se obtuvo una confiabilidad $\alpha = .900$. Los índices de confiabilidad de cada factor se presentan en la tabla 15.

Tabla 15

Índices de confiabilidad de los factores que componen la escala

Factor	Alpha de Cronbach
Factor 1: Recursos económicos	.902
Factor 4: Rendimiento del dinero	.702
Factor 5 : Oportunidades laborales	.724
Factor 7: Percepción de capacidad laboral	.692
Factor 8: Apoyo de amistades	.652
Alpha total= .900	

Ensayo de calificación.

La escala presentada no esté estandarizada. Por lo anterior, sólo con fines de ejemplificación, se detalló la forma de calificar la Escala de Percepción de Vulnerabilidad Social para Mujeres. Los puntajes fueron obtenidos de acuerdo a la distribución normal de los puntajes z, dónde el rango +1 a -1 se agrupa la mayor parte de la repartición del rasgo estudiado en la población, es decir lo normal, y en las colas de la distribución se encuentran lo que tienen el rasgo elevado ($z \leq +1$) y los que presentan el rasgo de forma mínima ($z \geq -1$).

Tomando en cuenta lo anterior, en la tabla 16 se muestran los criterios de calificación de la prueba.

Tabla 16

Interpretación de los puntajes obtenidos por dimensión y calificación total

Puntajes	Dimensión 1. Recursos económicos	Dimensión 2. Estrategias económicas	Dimensión 3. Oportunidades laborales	Dimensión 4. Capacidad laboral	Dimensión 5. Apoyo de amistades	Calificación Total
Media y desviación estándar	X= 42.48 S=0.58	X=6.40 S=2.34	X=9.0 S=3	X=7.32 S=2.63	X=11.30 S=3.11	X=112.46 S=19.26
Vulnerabilidad Alta	+53	+8	+12	+10	+14	+132
Vulnerabilidad Normal	31-53	4-8	6-12	5-10	8-14	93-132
Fortalezas	-31	-4	-6	-5	-8	-93

Discusión y conclusiones

Finalmente, los factores que sí fueron significativos están dentro de la dirección de los recursos económicos, rendimiento del dinero, las oportunidades laborales, la capacidad laboral y el apoyo de amistades. Lo anterior significa que el instrumento es sensible a tales diferencias, debido a que posiblemente la percepción de vulnerabilidad esté más relacionada con los factores mencionados.

Esta escala puede ser utilizada en ámbitos clínicos con el fin de conocer qué recursos tienen las mujeres y cuáles son las áreas de oportunidad a fortalecer, por ejemplo, en un trabajo terapéutico. También puede ser utilizada en investigación para conocer el perfil de una población determinada, cuáles son sus fortalezas y sus necesidades.

Se sugiere realizar más investigaciones en torno al fenómeno de la percepción de la vulnerabilidad social desde el punto de vista de las mujeres y su relación con la resiliencia, ya que esta capacidad puede ayudar a aumentar la percepción de control y potencializar el uso de recursos tanto internos como externos a la familia.

Escala final

La prueba queda constituida por 32 reactivos en 5 dimensiones, con una confiabilidad $\alpha = .900$ y una varianza total explicada de 34%. La escala final se muestra en el anexo 1.

3.2.2 Reporte de investigación cualitativa

En el presente documento se reporta el proyecto de investigación cualitativa *Migración, y estrategias de resiliencia en una familia de El Valenciano, Michoacán*. Se incluye una breve explicación de los nuevos patrones migratorios, la definición de resiliencia, y los rituales que según los expertos se convierten en estrategias de resiliencia para los migrantes. Por último, se resumen los resultados a partir de las entrevistas a profundidad.

3.2.2.1 Migración y estrategias de resiliencia en una familia de El Valenciano, Michoacán

Saraí Farías Anda

Resumen

Estudiar las causas, origen, mantenimiento e impacto del fenómeno migratorio constituye una razón principal para coadyuvar a la adecuada atención que familias y migrantes demandan. El desarrollo de estrategias de resiliencia de familias con miembros migrantes, permite que la migración se viva desde un lugar más positivo, reconociendo los recursos de los que pueden hacer uso para el pasaje a esta nueva forma de vida. La presente investigación tuvo como objetivos identificar los

recursos que la familia entrevistada ha utilizado y que han ayudado a sobrellevar el proceso migratorio. La familia participante vive en El Valenciano, municipio de Ixtlán de los Hervores, Michoacán. Se realizó análisis de contenido a través de entrevistas semiestructuradas a los 6 miembros de la familia, entre ellos madre, padre e hijos. Los resultados muestran que la familia “echa a andar” estrategias de resiliencia (y/o recursos psicológicos) que han ayudado a mantener la unión familiar y que permiten entender su situación migratoria. Entre estos recursos, se encontraron: la capacidad de vincularse con redes de apoyo familiares, el mantenimiento del contacto continuo y los rituales ligados a las creencias espirituales. Un dato importante, consistió en analizar que los motivos de la migración, pueden estar influidos por una tradición familiar, más que económica. Así mismo, los miembros de la familia fueron capaces de reconocer recursos sociales, cognitivos y espirituales, que ayudaron a entender la experiencia de la migración de forma positiva, a pesar de la separación geográfica que esto implica.

Palabras clave: migración, resiliencia, recursos psicológicos, familia.

Introducción

Durante las últimas décadas, la migración de mexicanos a Estados Unidos en cuanto a volumen, extensión territorial y características sociodemográficas de las personas que participan en ella, ha aumentado considerablemente. La extensión del fenómeno migratorio y sus profundas implicaciones en los ámbitos demográfico, económico y social de los diferentes estados del país han colocado a la cuestión migratoria como uno de los temas principales de la agenda política nacional, estatal y local. Estudiar las causas, origen, mantenimiento e impacto del fenómeno migratorio constituye su principal razón para coadyuvar a la creación de políticas públicas y a la adecuada atención que las familias y los migrantes demandan (CONAPO, 2012).

La experiencia de la migración forma parte de la vida de millones de mexicanos quienes dejan su lugar de origen en búsqueda de mejores condiciones de vida (Méndez-Puga, Castro y Duran, 2009). Se estima que en 2010 radicaban en Estados Unidos, aproximadamente 11.9 millones de personas nacidas en México. Si a esta cifra le sumamos la población de origen mexicano, su monto aumenta a poco más de 33 millones (CONAPO, 2012).

Anteriormente, se pensaba en la migración como un hecho que conllevaba separación y distancia del lugar de origen, sin embargo, hoy día la migración se ha transformado en un ejercicio que puede considerarse incluso como “modo o estilo de vida” intergeneracional con múltiples expresiones de bi y multiculturalidad.

La presente investigación tuvo como objetivo explorar acerca de las estrategias de resiliencia exitosas que ayudan a las familias al proceso de vivir su familia de forma migrante, de forma que

después estas mismas estrategias puedan ser compartidas con las comunidades que lo requieran (por ejemplo, el Valenciano en Ixtlán de los Hervores, Michoacán).

Migración

Según la Organización Internacional para las Migraciones (2013) *migración* es “un término genérico que se utiliza para describir un movimiento de personas en el que se observa la coacción, incluyendo la amenaza a la vida y su subsistencia, bien sea por causas naturales o humanas”.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2004) ha definido la *migración* como el desplazamiento de personas que cambian su residencia habitual desde una unidad político-administrativa hacia otra, como sería el caso de la migración interna, o que se mudan de un país a otro en un periodo determinado, lo cual corresponde a la migración de tipo internacional.

Nuevos patrones de migración en EU

Las estimaciones recientes mencionan una tendencia a la baja en el volumen de la migración a EU se ha suscitado desde el 2008, lo cual está relacionado con la crisis económica de ese país en el 2008, aunque también con la política migratoria más rígida, que ha obligado a los migrantes a cruzar zonas de las fronteras más peligrosas, como Sásabe, Agua Prieta y Cananea, entre otros. Existe también una participación cada vez mayor de mujeres solas o con sus familias al país vecino del norte. Según CONAPO (2012), el porcentaje de migración de mujeres aumentó del 2007 al 2010, del 12 % al 26%. Así mismo, en el año 2010 laboraban en Estados Unidos 51% mujeres mexicanas. Por otro lado, los patrones migratorios se han vuelto más diversificados; los flujos migratorios provienen de todos los estados de la República Mexicana, tanto de zonas rurales como de zonas urbanas, éstos últimos con un incremento considerable en décadas anteriores.

El Instituto de Política Migratoria (Migration Policy Institute, MPI, por sus siglas en inglés) dio a conocer en 2010, las siguientes cifras: en el año 2008 existían 11.4 millones de habitantes de México residiendo en Estados Unidos, uno de cada diez mexicanos vive en la Unión Americana, aproximadamente el 70% de los mexicanos reside en solo cuatro estados: California, Texas, Illinois y Arizona y dos de cada cinco migrantes mexicanos provienen de Chiapas, Guanajuato, Oaxaca, Sonora, Michoacán y Veracruz. Los Estados Unidos de América son el principal país de destino en el mundo y albergan al 20% de todos los migrantes en el mundo (OIM, 2013).

Resiliencia

El enfoque de resiliencia propone un cambio en la forma de ver las condiciones de adversidad, es decir, de ver como un daño en la adversidad puede transitar hacia la fortaleza. El concepto se ha utilizado en las ciencias del comportamiento poniendo énfasis en que el individuo tiene la capacidad

para enfrentar con éxito la adversidad y que la fuerza que se tiene permitirá resistir y rehacerse ante dicha condición adversa (Camacho, 2009).

Para Falicov (2001), más que vivir “entre” mundos, los migrantes resilientes adquieren la capacidad de vivir “en” dos mundos, y en esa forma de vivir alternan el lenguaje, las costumbres y aceptan su identidad de forma dual, aceptan un binacionalismo. Para la misma Falicov (2001) es necesario no romantizar o simplificar la resiliencia de los migrantes, pues han pasado por riesgos y altos grados de estrés, tanto los que se van como los que se quedan.

El desarrollo de las estrategias de resiliencia en los procesos migratorios da la posibilidad de construir un vida significativa, de crecer, reconociendo situaciones vulnerables pero creando factores de protección, factores o estrategias de resiliencia que las mismas personas que migran o la familia que se queda, desarrolla, sin saber que son recursos ante la adversidad de la migración (Camacho, 2009). Por último, si los migrantes, las familias que migran, y las familias que se quedan, son resilientes, esto no quiere decir que no han sido “tocados” afectiva o emocionalmente de las “batallas”, sino al contrario, implica que han unido la emoción con el coraje para elaborar a partir de ahí nuevas formas para la superación de las dificultades existentes (Pereda, 2006), las familias resilientes serán aquellas que encuentren y tengan la capacidad de seguir desarrollándose sanamente a pesar de las adversidades, de las separaciones y de la distancia que implica la migración.

- Los factores de resiliencia según Walsh (2004) son aquellos que ayudan a proteger a las personas y a las familias en el riesgo que implica la migración, ella identifica los factores de resiliencia a nivel familiar, Pereda (2006) y Falicov (2007) contribuyen al entendimiento de estos factores, y se resumen a continuación, pues son éstos puntos, los que darán sentido a la entrevista con la familia participante, dichos factores son:
- Capacidad de vincularse o apego.
- Capacidad de crear vínculos sanos.
- Modelos de rol.
- Reconciliación con el pasado.
- Dotar de significado la experiencia.
- Buena relación con la familia de origen y mantenimiento del contacto. Rituales.
- Identidad familiar.
- Sistema de creencias flexible y abierto.
- Aceptación del paso del tiempo y del ciclo vital.
- Comunicación previa de los motivos de la migración.

Método.

Población

La familia participante, proviene de El Valenciano, comunidad que pertenece al municipio de Ixtlán de los Hervores, situado al noroeste del estado de Michoacán. La familia está conformada por:

- Madre (56 años). Ama de casa. Residente de El Valenciano.
- Padre (61). Agricultor. Residente de El Valenciano.
- Hijo menor (18 años). Estudiante. Reside en El Valenciano.
- Hija (27 años). Abogada. Maestra en Derecho. Residente en Morelia.
- Hijo (24 años). Migrante desde la menoría de edad, radica en Houston, Texas. Su situación migratoria es ilegal. Ha laborado como obrero en una empresa de resortes en su mismo lugar de residencia.

La Plaza del Limón y El Valenciano se cuentan como dos de las localidades más importantes del municipio de Ixtlán de los Hervores, debido a la intensidad de sus actividades agrícolas y los cultivos de exportación que se producen ahí mismo, pero también, como menciona Gil Méndez (2010), porque se ha conformado como un lugar con una fuerte migración histórica.

Instrumentos

Se realizaron entrevistas a profundidad con cada miembro de la familia, en su residencia.

Entrevista a profundidad

La entrevista a profundidad fue de tipo semiestructurada (Taylor y Bogdan, 1987). Se siguieron los siguientes ejes: Significados, perspectivas y definiciones de su experiencia sobre la migración de alguno de sus miembros.

- Estrategias de resiliencia en el manejo de la migración: Cómo rituales de pasaje, contacto íntimo, reglas flexibles, etc. éstas preguntas van enfocadas a lo descrito en el apartado teórico cuando se habla de los factores que protegen del riesgo, o los factores de resiliencia (Falicov, 2007; Pereda, 2006; Walsh, 2004).
- Recursos psicológicos que ayudaron a mantener la unión en el contexto de familia trasnacional/migrante (Rivera-Heredia y Andrade, 2006).

Resultados

Las principales categorías realizadas por el análisis de contenido, fueron:

- Recursos de comunicación: Para el mantenimiento de la relación. Se usa cualquier medio que promueva la comunicación, el flujo de información entre los miembros. Entre los principales

encontramos: el teléfono celular, llamadas mediante skype, visitas de familiares a EU y México, respectivamente, quienes llevan información de salud, vivienda y estados de ánimo.

- Redes sociales: Tanto familiares, como nucleares (hermanos, madre, padre) y extensas (abuela, abuelo, tíos, primos, etc.). Donde existe, sobre todo, apoyo moral, pero también económico.
- Unión: Mantenimiento del contacto virtual, más no físico. Presencia emocional, mantenimiento del contacto continuo, a través de llamadas, visitas familiares, uso de redes sociales, etc.
- Rituales de despedida: Rituales que hace e hizo la familia que logró conectarlos mutuamente como dar una bendición, rezar una oración, dar abrazos.
- Rituales de contacto: Celebración de fechas importantes: cumpleaños, año nuevo, navidad. Contacto telefónico u de otro tipo.
- Creencias religiosas: Acercamiento a creencias religiosas para aliviar o entender la migración: creencia en Dios, visita a la Iglesia, oraciones.
- Recursos positivos: Ventajas que se miran de la migración. Forma positiva de percibir la migración. Como ayuda económica, como crecimiento personal, como un sueño cumplido.

Discusión y conclusiones.

De acuerdo a lo planteado con Walsh (2004), Pereda (2006) y Falicov (2007), la resiliencia de la familia de El Valenciano, Michoacán, tiene la capacidad de vincularse o ha desarrollado un apego entre sus miembros a través del contacto continuo. Esta característica la notamos en las categorías de unión y rituales de contacto.

Así mismo, los elementos resilientes que ayudan a las familias migrantes a que sea más fácil sobrellevar la migración, como la reconciliación con el pasado o como dotar de significado la experiencia (Falicov, 2007; Pereda, 2006; Walsh, 2004) los vemos reflejados en la categoría de recursos positivos, donde los hermanos explican cuales eran los sueños que se alcanzaron a través de la migración.

Los rituales familiares, fueron y siguen siendo importantes para mantener vivo el vínculo y la identidad familiar. Tal como lo menciona Falicov (2007), los rituales ayudaron a ésta familia a experimentar el pasaje y la transición a una nueva historia de vida. Los rituales de despedida fueron importantes en el momento de la separación, mientras que los rituales de la vida cotidiana y de fechas importantes, ayudan a que la familia se siga viviendo como una misma.

Finalmente, algo a destacar dentro de los resultados de la investigación es que, después de que se ha mencionado mucho que las familias con miembros migrantes son motivados a migrar por la necesidad económica, esta familia declara que los principales motivos de la migración tienen que ver

con la superación personal, el crecimiento personal, y el logro de metas, algo mencionado por Rivera-Heredia (2008) como un impulso de vida y esperanza de un futuro mejor.

Es importante mencionar que uno de los objetivos de la investigación es retomar estrategias exitosas para las familias que han experimentado la migración en alguno de sus miembros, para utilizarlas en talleres de intervención comunitaria, tanto en Estados Unidos como México. Por lo anterior, se propone que las estrategias vistas por la familia de El Valenciano, Michoacán sean utilizadas en estudios de investigación e intervención, con su respectivo contexto de intervención. Es decir, más que ser “estrategias exitosas” per se para todas las familias, mencionar que son “algunas” de las estrategias exitosas usadas por familias que han experimentado migración.

3.3 Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria

Como parte de la formación en la Residencia en Terapia Familiar, las actividades múltiples y de práctica permitieron que se desarrollaran dos productos tecnológicos para trabajar con poblaciones adolescentes por un lado, y por el otro, con profesores de nivel secundaria. En cuanto a la intervención comunitaria, se realizó un taller de formación en el área de los Fundamentos Epistemológicos de la Terapia Familiar, dirigido a alumnos y profesionistas de licenciatura.

3.3.1 Productos tecnológicos

3.3.1.1 Producto tecnológico I. Programa de Atención a Adolescentes: Un Enfoque Narrativo y Posmoderno para el Ámbito Hospitalario

Saraí Farías Anda y Nazario Israel Narváez

Resumen

Se desarrolló un grupo de terapia, como alternativa al tratamiento tradicional a pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Los adolescentes atendidos acudían al Programa de Atención Médica Integral para Adolescentes con trastornos provocados por el uso de sustancias Adictivas (PAIDEIA), que brinda atención a adolescentes de 12-18 años que han tenido historia de consumo.

Como propuesta, surge de la terapeuta principal de los casos, la Mtra. Elizabeth Colón Monsreal, quién nota que hace falta brindarles un espacio libre de juicios y etiquetas, a los adolescentes, más allá de los espacios de terapia familiar que cada uno de ellos tiene dentro de su tratamiento.

Para crear este espacio, los terapeutas deciden darle un giro posmoderno al grupo de terapia, elaborando un abordaje narrativo. Los resultados obtenidos, permitieron que este trabajo fuera mejorado y usado para nuevos grupos terapéuticos en el mismo hospital, o en otros que lo requieran.

Dirigido a: Pacientes adolescentes de Hospitales Psiquiátricos, Centros Comunitarios, Centros de Salud Mental, Centro de Integración Juvenil, y cualquier institución afín en donde los adolescentes hayan acudido por un diagnóstico psiquiátrico, de personalidad o del desarrollo, y a los cuales les puede beneficiar la terapia de grupo.

Objetivo

Ser un grupo de apoyo social y contención para los adolescentes que vienen a la consulta. Así mismo, ser una red de apoyo para coadyuvar a la mejoría de su tratamiento terapéutico, a través de una postura posmoderna y comprometida con la colaboración en terapia.

Objetivos específicos

- Trabajar de forma concreta con las emociones que experimentan con mayor frecuencia, como enojo, baja autoestima, frustración, sexualidad, desempeño escolar, adicciones, etc.
- Externalizar los principales problemas que experimentan los adolescentes, ya sean actitudes, enfermedades, etiquetas, preocupaciones, emociones negativas, etc. devolviéndoles agencia del problema.
- Engrosar las historias alternativas y de logros que hace que ellos mismos mejoren la imagen de sí mismos así como su autoestima.
- Propiciar la adherencia al tratamiento, así como crear un espacio de identidad en el grupo.
- Mejorar la experiencia de ser pacientes del hospital, una experiencia enriquecedora y de ayuda entre sus pares.

Enfoque. Terapia Narrativa (White y Epston, 1993).

Duración. 6 sesiones semanales de una hora y media.

Facilitadores. Sarai Farías e Israel Narváez.

Supervisora. T.F. Elizabeth Colón Monsreal.

Desarrollado. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” durante Marzo-Mayo de 2014.

3.3.1.2 Producto tecnológico II. Conferencia Conductas de Riesgo en Adolescentes: Una guía educativa para la prevención

Ana Lilia Pescador Rivera y Saraí Farías Anda

Resumen

El producto tecnológico II consiste en una conferencia, que fue elaborada como parte de la necesidad expuesta por profesores de una secundaria, quienes estaban interesados en conocer más acerca de cómo prevenir y ayudar a chicos y chicas de su instituto. Para lo anterior, las facilitadoras desarrollaron una presentación con información estadística, descriptiva y preventiva, de conductas de riesgo en adolescentes, específicamente autolesiones o automutilaciones, conductas sexuales de riesgo, consumo y abuso de sustancias, conductas suicidas, trastornos de la conducta alimentaria y conductas antisociales. Finalmente, se les proporcionó teléfonos e información de contacto para ayuda profesional, así como la información de factores protectores en la familia, en la escuela, etc.

Dirigido a: Profesores de Escuelas Secundarias, públicas y privadas, interesadas en tener información para abordar conductas de riesgo en adolescentes.

Objetivo

Brindar información oportuna a profesores y autoridades escolares, acerca de las conductas de riesgo en adolescentes, para así poder prevenir y actuar adecuadamente en caso de que se visibilicen dichas conductas.

Objetivos específicos

- Romper mitos sobre las conductas de riesgo, y a su vez, brindar información basada en investigaciones.
- Sensibilizar a profesores acerca de las posibles causas y razones por las cuales los adolescentes experimentan o llevan a cabo conductas de riesgo.
- Normalizar la etapa de la adolescencia ante los maestros, de manera que, no se “satanice” la adolescencia, sino que sea vea con una nueva mirada, una mirada más positiva y comprensiva.

Enfoque. Psicoeducativo

Duración. 1 sesión de una hora y media.

Facilitadoras. Ana Lilia Pescador Rivera y Saraí Farías Anda

Supervisora. Dra. Blanca E. Barcelata Eguiarte

Desarrollado. Durante el Proyecto PAPIIT-DGAPA-UNAM IN303714 “Adaptación y resiliencia en contextos múltiples: Bases para la intervención de la adolescencia”.

3.3.2 Programa de intervención comunitaria

3.3.2.1 Taller de principios epistemológicos de la terapia familiar sistémica

Saraí Farías Anda y Montserrat Salazar Segura

Programa

Curso- Taller:

Fundamentos Epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica

Duración: 4 sesiones de 3 horas. Total de horas: 12.

Dirigido a: Estudiantes de Psicología o áreas afines, estudiantes de diplomados y cursos de intervención en Terapia Familiar, así como profesionales de institutos privados sobre psicoterapia.

Objetivo general

Conocer e identificar los principales postulados epistemológicos que dan sustento a la terapia familiar sistémica.

Objetivos específicos

- Conocer los elementos de la Teoría general de los sistemas que son utilizados en la terapia familiar.
- Analizar cómo la visión cibernética es aplicada en la terapia familiar.
- Conocer e identificar los axiomas de la comunicación y sus patologías.
- Comprender la utilidad de una perspectiva constructivista aplicada a la terapia familiar.

Temario.

Tema 1. Teoría General de Sistemas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967).
Capítulo a abordar 4, pp. 115-139.

1.1 Definición de sistema

1.2 Propiedades de los sistemas

1.3 La familia como sistema

Referencias complementarias: Bertalanffy (1968), Hall y Fagen (1956).

Tema 2. Cibernética (Foerster, 1999; Sluski, 1987).

2.1 Cibernética de primer orden

2.2 Cibernética de segundo orden

Referencias complementarias: Hoffman, (1989).

Tema 3. Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). Capítulos a abordar 2 y 3, pp. 49-114.

3.1 Axiomas de la comunicación humana

3.2 La comunicación patológica

Tema 4. Constructivismo (Glaserfeld, 1996; Hoffman, 1989).

1.1 Introducción al constructivismo

1.2 Constructivismo y terapia familiar

Referencias complementarias: Watzlawick, (1990).

3.3.3 Constancias de asistencia o presentación de trabajos en foros académicos

Dentro del período de la residencia en Terapia Familiar, tuve a bien participar en actividades académicas, presentando investigaciones realizadas dentro de la maestría, así como otras más como participar en diferentes eventos académicos de difusión del conocimiento. A continuación se presenta un resumen de los congresos y foros en donde se participó en calidad de ponente y asistente (tabla 17).

Tabla 17

Participación en congresos y foros, 2013-2014. Residencia en Terapia Familiar

Evento académico	Lugar	Participación	Trabajo	Fecha
Congreso Nacional del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Temática: "Salud Mental Infantil y del Adolescente, una prioridad social".	Facultad de Medicina. Ciudad Universitaria, México, D.F.	Asistente	Ninguno	23 y 24 de octubre, 2013.

Evento académico	Lugar	Participación	Trabajo	Fecha
9º. Congreso de Resiliencia 2013.	FES Iztacala, México, D.F.	Ponente	Migración y Estrategias de Resiliencia en una Familia del Valenciano, Michoacán. Conferencia magistral.	6, 7 y 8 de noviembre, 2013.
Tercer Coloquio Estudiantil "Repensando la Psicología".	Facultad de Psicología. Ciudad Universitaria, México, D.F.	Ponente	Migración y Estrategias de Resiliencia en una Familia del Valenciano, Michoacán.	13 de febrero, 2014.
3er. Congreso Internacional de Terapia Breve y Familiar: Continuación y transición de lo sistémico.	Puebla, Puebla.	Asistente	Ninguno	22, 23 y 24 de noviembre 2013.
VII Congreso de Posgrado en Psicología, 2013.	Unidad de Posgrado. Ciudad Universitaria, México, D.F.	Ponente	Jefas de Familia en México: Caracterización y Rasgos Expresivos-Instrumentales. Modalidad Cartel	22 y 23 de octubre, 2013.

(Continuación)

3.4 Habilidades de Compromiso y Ética que emergen de la Práctica Profesional

La práctica profesional de la psicología implica múltiples habilidades de compromiso y ética. Como profesionales de la salud mental, es necesario que cada uno de los terapeutas implicados en el trabajo con familias, parejas e individuos, desarrollemos, de la forma más coherentemente posible, nuestra profesión, siempre en el marco contextual y social de nuestro lugar de trabajo.

Si bien es cierto, que desde la postura posmoderna la ética pasa a ser un término poco palpable y más líquido y escurridizo, también es cierto que está más interesada en su contribución ética al trabajo en terapia con personas, que otros modelos sistémicos. Sobre esto, Limón (2005) señala que se ha satanizado la postura posmoderna al criticar su supuesto "todo se vale", que se piensa, puede llevar al anarquismo y a los excesos inaceptables de la práctica clínica, y en pocas palabras, al apocalipsis.

Sin embargo, éste mismo autor retoma el término de "*márgenes de libertad*" para referirse a los contextos socio-culturales y contextuales que permiten que un terapeuta actúe según los estándares de determinada sociedad, y por lo tanto, guarde las costumbres, morales y valores éticos, y sin embargo, saber dentro de esos márgenes de libertad, de qué forma se puede contribuir a la creación de nuevos valores y creencias, que no estén funcionando o que necesiten una ligera

transformación, lo que puede convertir al terapeuta en un agente social “ligeramente subversivo” (Cecchin, 1992).

Durante el Reporte Final, señalé, de forma implícita, la necesidad de re-significar a las familias y empezar a verlas desde una postura más abierta y flexible, de manera que un terapeuta vislumbre a las familias de México como múltiples, diversas y enriquecedoras, en cualquiera de las formas en que decidan o prefieran vivir, es decir, a partir de los arreglos familiares que sean. Dentro de esta perspectiva, es importante saber entonces que los valores, éticos y morales de la sociedad mexicana se han transformado (y siguen transformándose) para convertirse en unos de mayor flexibilidad y apertura, haciendo que los terapeutas asumamos una visión menos enjuiciadora de normalidad y patología, dejando de lado el uso de términos como “familia disfuncional”, “familia anormal”, etc.

Está de más señalar que todas las situaciones (dentro y fuera de la terapia) están definidas por las convenciones culturales, históricas, que son múltiples y diversas, y que sobre todo, se han visto ampliadas por la irrupción del mundo posmoderno (Limón, 2005). Así, se entiende que las transformaciones sociales señaladas en el capítulo 2, han obligado a que las convenciones culturales sobre la familia se modifiquen.

Pero así como la transformación de ciertos valores socio-culturales son inherentes al desarrollo de la sociedad mexicana, también hay otros que son inmutables y deben permanecer así para el equilibrio de la sociedad. La reflexión anterior nos lleva a plantear cuales son los márgenes de libertad de los terapeutas familiares, en cuales puede moverse y en cuáles otros no.

Según lo propuesto por Cecchin (1992), la opción es adquirir conciencia de la existencia de nuestros prejuicios y creencias favoritas, a la hora de actuar en la terapia, pues de esta manera, se puede contribuir a negociar un objetivo de terapia o una forma de conducirse en ella. Como lo menciona el mismo autor, un terapeuta socio-construccionista puede y será siempre “levemente subversivo” frente a las verdades cosificadas y totalizadoras, siempre dentro de los contextos que la cultura y la sociedad en la que está inmerso, se lo permita.

Capítulo IV

Consideraciones Finales

*“El mejor científico está abierto a la experiencia,
y ésta empieza con un romance,
es decir, la idea de que todo es posible”.*
Ray Bradbury (1920-2012).

4.1 Resumen de Habilidades y Competencias Profesionales Adquiridas

Durante la formación en la Residencia en Terapia Familiar, he adquirido y desarrollado habilidades tan necesarias en el campo de la intervención clínica como de la investigación. Como una forma de presentar ordenadamente, dichas habilidades y competencias, se muestran de forma resumida en la siguiente figura (10).

4.2 Reflexión de la Formación en la Residencia

La experiencia de haber pertenecido a la Primera Casa de Estudios del país, fue para mí un sueño hecho realidad. Desde mi formación en la licenciatura, tuve como objetivo ingresar a la maestría de la UNAM, por muchas razones personales y profesionales, y he de confesar, que lograr lo anterior me llena de satisfacción.

Así pues, puedo decir que mis expectativas fueron satisfechas en cuanto al grado de calidad de mi formación. Considero que la práctica clínica y la supervisión en vivo, fueron de las actividades que más disfruté como estudiante de posgrado, y las más importantes para mí. Sin embargo, la maestría me brindó más que la experiencia clínica en la intervención con familias, también me enseñó el desarrollo académico de la profesión desde otros puntos de vista, por lo que despertó en mí el gusto por la investigación, así como también tuve la oportunidad de adquirir habilidades docentes y de trabajo con grupos estudiantiles. A nivel personal, la maestría aportó al desarrollo de mi madurez intelectual, pensamiento crítico y crecimiento personal, al retarme día a día en dar mi mejor esfuerzo durante cada actividad. Más aún, la integración con mis compañeros de clase, fue una experiencia más de vida que disfruté enormemente, así como la oportunidad de conocer excelentes profesores, con calidad humana y experiencia clínica.

Ahora, al haber egresado puedo decir que me siento competente en el área laboral, debido a la formación, y sin embargo, también considero que puedo poner en una balanza las habilidades que me faltan por desarrollar y las habilidades adquiridas. De forma breve, puedo decir que las

habilidades que me faltan por desarrollar tienen que ver con actividades que la formación no pudo brindarnos por no ser de su competencia, pero que tienen que ver con difundir, establecer relaciones públicas, engrandecer el trabajo de los terapeutas, y lograr un lugar cada vez más respetado en el campo de la salud mental de la Terapia Familiar Sistémica y/o Posmoderna. Considero que lo anterior, es sin duda, parte de nuestros retos de ser egresados de la Residencia, y de ser maestros en Psicología.

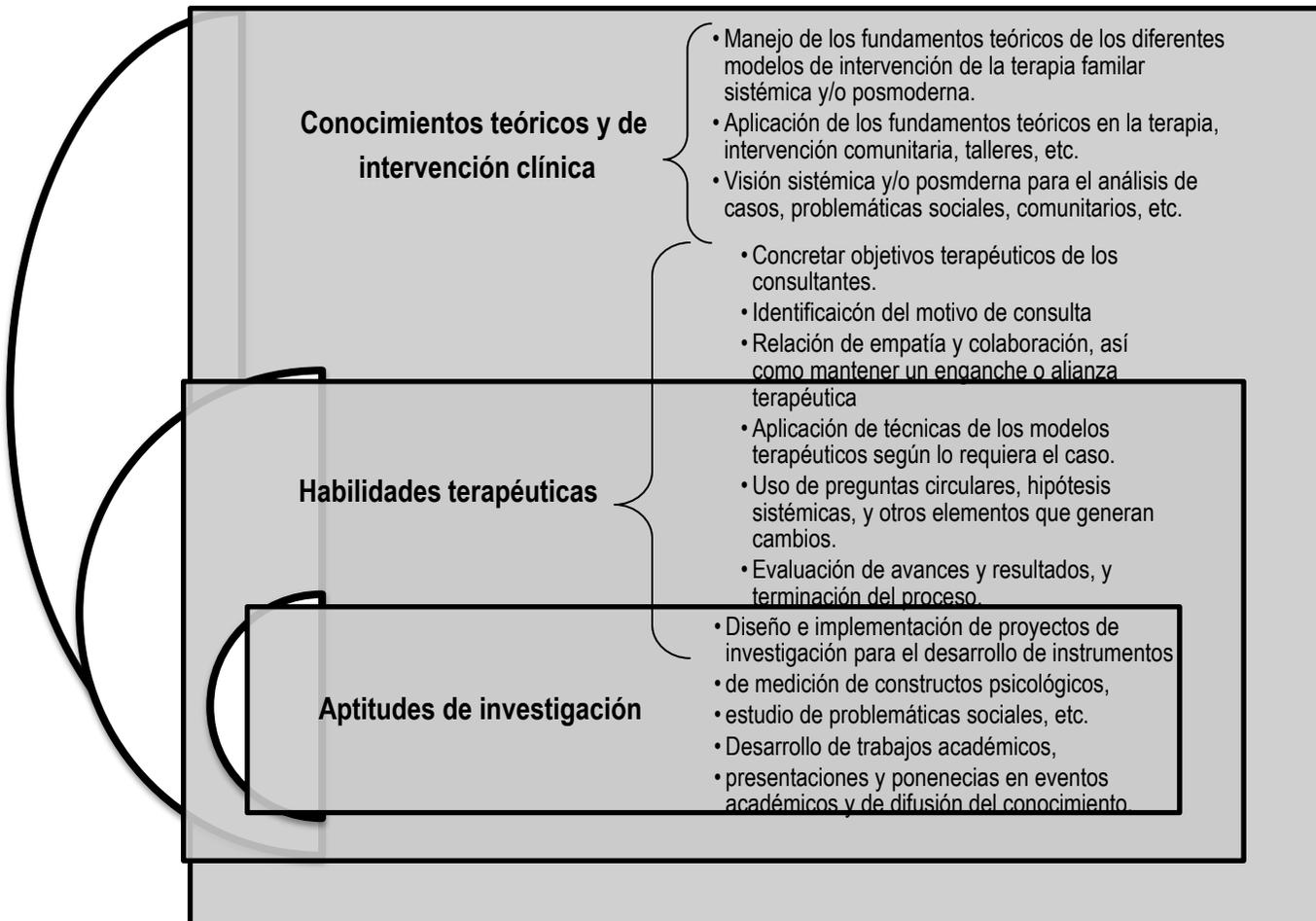


Figura 10. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Por otro lado, considero que la formación en la práctica clínica de la psicología nunca se acaba. Cada familia, cada consultante, cada situación, nos orilla a seguir aprendiendo, a seguir formándonos, a conocer, a aprender, a sorprendernos.

4.3 Aportaciones del reporte final al campo de la Terapia Familiar

Este Reporte Final tuvo como primordial objetivo, brindar un panorama general sobre las nuevas configuraciones familiares y los nuevos valores y creencias de la familia mexicana, a través de investigaciones, casos atendidos y estadísticas del país. A todas estas transformaciones las he asociado con “La re-significación de la Familia Mexicana”, porque representaba para mí un título que abarcaba la idea y el punto de vista sobre el cambio y el movimiento a través del tiempo que se habían experimentado en México, en tema de familia.

Como ejemplo de los cambios en la sociedad mexicana, se presentaron dos casos atendidos en terapia que vislumbraban cambios en las relaciones de pareja, que incluían el cuestionamiento de las expectativas sociales sobre la paternidad y maternidad, así como el cuestionamiento del sagrado “matrimonio”, y específicamente, de términos como “la traición de la infidelidad” y “el divorcio”.

A través de las investigaciones cuantitativas, se propuso que las jefas de familia sean tomadas en cuenta como una configuración familiar cada vez común en México, que no sólo es definida como vulnerable, si no como una configuración más equitativa, más democrata y más interesada en cambiar los roles estereotipados del género, por lo que habría que empezar a darle la importancia que se merece.

A través de la investigación cualitativa, se propuso entender a las familias con un miembro migrante, como familias binacionales, multiculturales y virtuales, que seguían funcionando y perpetuando sus objetivos de crecimiento, a pesar de la distancia geográfica de sus miembros. Como tal, se proponía entonces, que las familias de migrantes dejarán de verse como familias desprotegidas y fragmentadas, y empezaran a verse como familias que se auto-regulaban, se re-organizaban y se mantenían unidas y en pie, a pesar de todas las circunstancias, con la posibilidad de ver a la migración como una oportunidad de crecimiento.

A pesar de no ser exhaustivo, el reporte pretendió ser un ejemplo de lo que pasa en México a nivel relacional y familiar, y como tal, quiso aportar reflexiones derivadas de la práctica clínica que estuvieran enfocadas a invitar a los terapeutas familiares a asumir una postura neutral y flexible ante el surgimiento de la nueva familia.

Ante las reflexiones de los ejemplos puestos, sólo me queda plantear que el Reporte Final pretendía como objetivo no implícito, reflexionar sobre la forma en que los terapeutas familiares nos acercamos a la nueva familia mexicana. Sabiendo que la familia en México ya tiene muchos significados, muchas formas de ser y estar, y muchas formas de conformarse, me preguntaba cuál

era la postura que favorecía que las familias se vieran y se trataran desde una perspectiva más flexible e inclusiva, tal como el contexto lo demandaba.

Mi conclusión fue que la postura posmoderna, con todas las implicaciones éticas, metodológicas y epistemológicas que conlleva, podía ser la postura que más se acercara a un tratamiento más flexible, menos rígido y estigmatizado que otros enfoques terapéuticos. Con lo anterior no quiero decir que sean los modelos posmodernos los más idóneos para trabajar con familias, sino simplemente quiero señalar que la postura posmoderna brinda mayor flexibilidad mental ante la práctica clínica con familias, a pesar de que el modelo de intervención sea Terapia Breve (problemas y soluciones), el Modelo de Milán, el Modelo Estratégico o el Modelo Estructural, o cualquiera de los Modelos Posmodernos (Narrativo, Colaborativo y Reflexivo).

También es importante aclarar, que el Reporte Final no pretendió ser profundo ni mucho menos aportar temas nuevos bajo el sol, que de por sí es bastante difícil. Si no al contrario, pretende contribuir con un granito de arena a la reflexión del trabajo con familias mexicanas en el siglo XXI.

4.4 Reflexiones Finales

Finalmente, me gustaría decir que la elaboración del Reporte de Experiencias Profesionales implicó un reto más en mi formación, pues se necesitaba resumir y dar forma a dos años de trabajo exhaustivo, lo cual parecía una empresa imposible. Sin embargo, y gracias a la formación de la maestría y a las personas implicadas en el desarrollo de este reporte, puedo decir que ha sido una empresa agradable y, finalmente exitosa.

Espero que éste Reporte Final sea de utilidad para la comunidad de la UNAM (estudiantes de licenciatura y posgrado), y abra la posibilidad de reflexionar sobre el trabajo con familias mexicanas.

Referencias

- Acosta, F. (2001). Jefatura de hogar femenina y bienestar familiar: Resultados de la investigación empírica. *Papeles de Población*, 28, 41-97.
- Anderson, H. (2005). Un enfoque postmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En G. Limón Arce (Comp.). *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp.59-67). Ciudad de México: Pax.
- Arriagada, I. (2009). La diversidad y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista Latinoamericana de Estudios de la Familia*, 1, 9-21.
- Bauman, Z. (2001). *La posmodernidad y sus descontentos*. Catalina de Suárez: AKAL.
- Berger, P. & Luckman (1966). *The Social Construction of Reality. A treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Open Road.
- Bertalanffy, L. v. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. (2011). *El terapeuta dialógico. El diálogo que conmueve y transforma*. México: Editorial Pax.
- Biscotti, O. (2006). *Terapia de pareja. Una mirada sistémica*. Buenos Aires: LUMEN.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1992). El anillo reflexivo del pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta (Alma G. Aguilar Segura, trad.). *Family Process*, 31, 119-130.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Busso, G. (2001). Vulnerabilidad Social: Nociones e implicaciones de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. *CEPAL-CELADE. Publicación de las Naciones Unidas*, 2-69.
- Buvinic, M. (1991). The vulnerability of women-headed households: Policy questions and options for Latin America and the Caribbean. *Economic Commission for Latin American and the Caribbean*, 8, 1-34.
- Camacho, G. (2009). Migración y resiliencia. *Rayuela, Revista Iberoamericana*, 204-212.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 401-413.
- Cecchin, G. (1992). Construcción de posibilidades terapéuticas. En S. McNamee y K. Gergen (Comp.). *La terapia como construcción social* (pp. 111-120). España: Paidós.

- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1993). De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y Familia*, 6, 7-15.
- CENSIDA (2008). 25 años de SIDA en México. Logros, aciertos y retos. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>
- CENSIDA (2012). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/semana52-2012.pdf>
- CEPAL (2011). *El Panorama Social de América Latina 2011*. Publicación de las Naciones Unidas. Recuperado de cepal.org/publicaciones/xml/1/4517panorama-social-de-america-latina.pdf
- CONAPO (2004), Programa Nacional de Población 2001-2006. Informe de Ejecución 2003-2004. Recuperado de conapo.org.mx
- CONAPO (2010). XI Censo General de Población y Vivienda 2010. Recuperado de www.conapo.org.mx
- CONAPO (2012). Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos 2010. Recuperado de www.conapo.org.mx
- Chant, S. (2003). Nuevas contribuciones al análisis de la pobreza: desafíos metodológicos y conceptuales para entender la pobreza desde una perspectiva de género. CEPAL: *Mujer y Desarrollo*, 47, 3-78.
- Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S. y Rocha-Sánchez, T. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Interamericana de Psicología*, 33, 131-139.
- Díaz-Loving, R., Rocha-Sánchez, T. y Rivera-Aragón, S. (2004). Elaboración, validación y estandarización de un inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad. *Revista Interamericana de Psicología*, 38, 263- 276.
- Díaz-Loving, R., Rocha Sánchez, T. y Rivera Aragón, S. (2007). *La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural*. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Porrúa.
- Epston, D., White, M., y Murray, K. (1996). Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: La revisión de su vida y un comentario. En S. McNamee y K.J. Gergen (Comp.) *La terapia como construcción social* (pp. 121-141). España: Paidós.
- Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales, *Perspectivas Sistémicas*. Recuperado de www.redsistemica.com.ar

- Falicov, C. (2007). La familia transnacional: un nuevo y valiente tipo de familia. *Perspectivas Sistémicas*, 5(94). Recuperado de www.redsistemica.com.ar
- Farías, S., Salazar, M., Monjardin, F. y Calleja (2014). Jefas de familia en México: Caracterización y rasgos instrumentales-expresivos. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 6(1) 87-96.
- Filgueira, C. H. y Kaztman, R. (1999). *Marco conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades*. Montevideo: Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL.
- Foerster, H. v. (1999). Ética y cibernética de segundo orden. En G. Nardone y P. Watzlawick. *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Froeschle, J. & Moyer, M. Just cut it out: Legal and ethical challenges in counseling students who self mutilate. *Professional School Counseling*, 7(4).
- Fruggeri, L. (1992). Las emociones del terapeuta (trad. Gerardo Reséndiz). *Psicobiectivo*, 3, 23-34.
- Fruggeri, L. (1998). Del contexto como objeto a la contextualización como principio de método (trad. Gerardo Reséndiz). *Connessioni*, 3, 75-85.
- Fruggeri, L. (En prensa). *Diferentes normalidades: discontinuidades familiares y modelos de análisis*. Universidad di Parma.
- García, B. y de Oliveira, O. (2005). Mujeres jefas de hogar y su dinámica familiar. *Papeles de Población*, 43, 29-51.
- García-Campos, T. (2008). Cultura tradicional y masculinidad feminidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 42, 59-68.
- Gergen, K. y Warhus, L. (2003). *La terapia como una construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias*. E. U. A.: University of Aarhus.
- Gergen, K. J. (1991). *El yo saturado*. España: Paidós.
- Gil Méndez, J. (2010). Actividad agrícola y migración internacional rurales del Valle de Ixtlán, Michoacán. Análisis del Medio Rural Latinoamericano. *Cultura y Sociedad*, 31-54. Recuperado de <http://www.chapingo.mx/revistas/revistas/articulos/doc/51e9923650525c6beacf3530b5b2884d.pdf>
- Glaserfeld, E.v. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En M. Packman (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana*, 1. Barcelona: Gedisa.
- Hall, A. D. & Fagen, R.E. (1956) Definition of a system. *General Systems Yearbook*, 1, 18-28.
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Psicoterapia y Familia*, 2, 41-53.
- Hoffman, L. (1990). Constructing Realities: An art of lenses. *FamilyProcess*, 29(1), 1-12.

- INEGI (2005). Los hogares con jefatura femenina. Recuperado de inegi.org.mx
- INEGI (2011a). Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario ampliado. Base de datos. Recuperado de www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2012/familia0.doc
- INEGI (2011b). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011. Tabulados básicos. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/>
- INEGI (2011c). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010. Recuperado de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2010/ENOE_2010.pdf
- INEGI (2012). Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario ampliado. Base de datos. Recuperado de inegi.com.mx/
- INEGI. (2013). México en Cifras. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/movil/MexicoCifras/mexicoCifras>
- INEGI (2014). Nupcialidad/Relación de divorcios-matrimonios por entidad federativa. Recuperado de <http://www.cuentame.inegi.org.mx>
- Kaztman, R. (2001): Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. Serie Documentos de Trabajo del IPES – *Colección Aportes Conceptuales* 2, 275-301. Recuperado de cepal.org/publicaciones
- Lázaro, R., Zapata, E., Martínez, B. y Alberti, P. (2005). Jefatura femenina de hogar y transformaciones en los modelos de género tradicionales en dos municipios de Guanajuato. *La Ventana: Revista de Estudios de Género*, 22, 219-268.
- Limón, G. (2005). Del constructivismo al construccionismo; una nueva perspectiva para la terapia familiar. En: G. Limón (Comp.) *Terapias postmodernas: Aportaciones Construccionistas* (pp. 29-48). México: Pax.
- Lyotard, J. F. (1989). *La posmodernidad explicada a los niños*. Barcelona: Gedisa.
- Méndez-Puga, A., Castro, I. L. y Duran, E. (2009). Posibilidades educadoras de los campos jornaleros agrícolas migrantes. *Revista de Educación y desarrollo*, 10, 57-65.
- Migration Policy Institute (2013). Estados Unidos: Autor. Recuperado de <http://www.migrationpolicy.org>.
- Moyer, M. & Nelson, K. (2007). Investigating and understanding self mutilation: The student voice. *Professional SchoolCounseling*, 11(1), 42-48.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Ochoa, M. C. (2007). Pobreza y jefatura femenina. *La Ventana: Revista de Estudios de Género*, 25, 168-198.

- Ordaz, G., Monroy, L. y López, M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. Distrito Federal: INCIDE Social.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2013). Recuperado de www.iom.int
- Organización Mundial de Salud (OMS) (2013). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012). Salud en las Américas, Volumen de Países.
- Ovejero, A. (2003). *La nueva psicología social y la actual posmodernidad*. Barcelona: Universidad de Oviedo.
- Pereda, E. (2006). Resiliencia e inmigración. Cursos de Terapia Familiar. España: *Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar*.
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán: 1969-2009. *Psicoterapia y Familia*, 23, 30-39.
- Reséndiz, G. (en prensa). Elementos de la Concepción Sistémica de la Familia en el Modelo de Milán.
- Rivera-Heredia, M.E., y Andrade Palos, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Rivera-Heredia, M. E. (2008). La promoción de la salud y el fortalecimiento de los recursos personales, familiares y sociales como estrategias de intervención ante la migración. Presentado en el *1er. Congreso Latinoamericano sobre migración internacional: voces del sur*. 12-14 octubre, Toluca.
- Segal, L. (1994). *Soñar la realidad*. España: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hipótesis, neutralidad y circularidad (Trad. Tatiana Hernández, 1996). *Family Process*, 19, 3-12.
- Sheinckman, M. y Werneck, D. (2010). Desactivar los celos en las relaciones de pareja: un enfoque de múltiples dimensiones. *Family Process*. 49: 486-504.
- Sheinckman, M. & Dekoven, M. (2004). The Vulnerability Cycle: Working with impasses in couple therapy. *Family Process*, 43(3), 279-299.
- Sheinckman, M. (2003). Más allá del trauma de la traición: reconsiderando los affaires en la terapia de pareja. En *Contra el amor: una polémica*. Kipnis, L. Nueva York: Pantheon Books.
- Sheinckman, M. (2008). El abordaje multinivel: una hoja de ruta para la terapia de pareja. *Family Process*, 47, 197-213.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y Terapia Familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, 3(2), 65-69.

- Suyemoto, K. & MacDonald, M. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(1), 162-171.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14,(3), 511-532. Recuperado de http://terapiainpacto.com/userfiles/98412/file/10_TARRAGONA.pdf
- Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26(1), 3-13.
- Ugazio, V. (1985). Hypothesis making: The Milan approach revisited. In D. Campbell y R. Draper *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach* (Cintia Aguilar Delgadillo, trad.). Florida: Grune and Stratton.
- Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas*. Polaridad semántica familiar y psicopedagogía. Barcelona: Paidós.
- Uloa, R., Contreras, C., Paniagua, K. y Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 36, 417-420.
- Urdanibia, I. (1990). Lo narrativo en la posmodernidad. En V. Vattimo y otros. *En torno a la posmodernidad*. Santa Fe de Bogotá: Anthropos.
- Uribe, P. I. (2007). Familias monoparentales con jefatura femenina, una de las expresiones de la familia contemporánea. *Tendencia y Retos*, 12, 81-90.
- Vicencio, J. (2011). *Mapas del amor y la terapia de pareja*. México: PAX.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar*. Argentina: Amorrortu.
- Watzlawick, P. (1990). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, B. J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- World Development Report (2012). *Gender Equality and Development* Washington D. C.: The World Bank.

Anexos

Anexo 1. Escala de Percepción de Vulnerabilidad Social para Mujeres.

El siguiente cuestionario tiene el objetivo de conocer qué recursos tiene usted que le permiten mantener y mejorar el bienestar de su familia. La información que proporcione será absolutamente **confidencial y anónima**. Deseamos conocer su opinión personal, por lo que no hay respuestas **correctas o incorrectas**. No deje **ninguna pregunta sin contestar**.
Su sinceridad es muy importante. Muchas gracias por su colaboración.

Fecha: _____

A1. Edad: _____

A2. Máximo nivel de estudios

Primaria ()
()

Secundaria ()
()

Carrera técnica ()
()

Preparatoria ()
()

Licenciatura ()
()

Posgrado ()
()

A3. Ocupación

Empleada ()

Profesionista ()

Hogar ()

Negocio propio ()

Estudiante ()

Otros ()

A4. Estado Civil:

Soltera

Casada

Divorciada

Viuda

Unión libre

Otro

A.5 ¿Vive usted en pareja?

Si ()

No ()

()

Si no tiene pareja, pase a la A.7

()

Casi todo ()

A.6 ¿Cuánto aporta su pareja al gasto familiar?

Casi nada ()

Menos de la mitad ()

Más de la mitad ()

Más de 3 ()

A.7 ¿Cuántas personas

económicamente

Nadie

De 1-2

A.8 ¿Le pagan por su trabajo?

Si ()

No ()

Si no le pagan, pase a la pregunta A.10.

Casi todo ()

A.9 Su salario mensual equivale (aprox.):

\$1500-3000 ()

\$3000-6000 ()

Más de \$6000. ()

()

A.10 De todo lo que se gasta en su casa, ¿cuánto aporta usted?

Casi nada ()

Menos de la mitad ()

Más de la mitad ()

()

A.11 De todas las decisiones que se toman en su hogar (por ejemplo en qué se gasta el dinero, quién le pone reglas a los hijos) ¿qué tantas toma usted?

Casi ninguna ()

Menos de la mitad ()

Más de la mitad ()

Casi todas ()

A.12 En su casa, ¿quién es (la) jefe (a) de la familia?

Yo () Mi pareja () Mi pareja y yo()

Mis padres () Otras personas ()

<i>Marque con una "X" la opción que más corresponda a su situación.</i>		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
B1*	Tengo problemas para pagar la luz, agua u otro servicio de mi casa.				
B2	Puedo pagar actividades extras para mis hijos/as.				
B3*	Me he visto en dificultades para conseguir un buen empleo.				
B4	Puedo comprarme algunos "gustos".				
B5	Puedo comprar cosas a crédito sin quedarme sin dinero.				
B6	Alguna vez he conseguido trabajo gracias a un amigo/a.				
B7	El dinero que tengo me alcanza para mis necesidades básicas.				
B8	Si me quedo sin trabajo, sé que podré conseguir otro.				
B9	Puedo solventar gastos inesperados sin mayores problemas.				
B10	Sé que tengo derecho a prestaciones laborales.				
B11*	Aunque mi familia me apoye, me siento desamparada.				
B12	Tengo la libertad de asistir a eventos sociales.				
B13*	Me falta dinero para comprar cosas necesarias.				
B14*	Mi nivel educativo me dificulta encontrar trabajo.				
B15*	He tenido problemas para pagar mis deudas.				
B16	Mis amigos me ayudan en mis dificultades.				
B17	Me sería fácil obtener una tarjeta de crédito.				
B18*	Necesito entrar a tandas para que me alcance el dinero.				
B19	Disfruto pasando tiempo con mis amigos/as.				
B20	La situación económica de mi familia es buena.				

Marque con una "X" la opción que más corresponda a su situación.		Totalmente de Acuerdo	De acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
B21 *	He perdido oportunidades laborales por falta de estudios.				
B22	Puedo conseguir un crédito bancario.				
B23	Mis familiares me han ayudado a encontrar trabajo.				
B24	Mi salario es suficiente para hacer un ahorro.				
B25	Tengo las mismas oportunidades que cualquier persona de obtener un empleo.				
B26	Puedo pagar un servicio de internet.				
B27	Puedo endeudarme y pagar sin problemas.				
B28	Tengo la oportunidad de progresar laboralmente.				
B29	Mi salario cubre las necesidades básicas de mi familia.				
B30	Puedo pertenecer a un club social o deportivo.				
B31	Mi salario me alcanzaría para pagar una propiedad (casa, departamento, terreno).				
B32 *	Tengo que participar en tandas para adquirir mis cosas.				

