



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**FAMILIAS MONOPARENTALES CON JEFAS DE FAMILIA**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**YOLANDA HUERTA RAMÍREZ**

TUTORA:

**MTRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA**

*México, D.F. NOVIEMBRE 2014*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **RESUMEN**

La teoría familiar sistémica emerge como una perspectiva alterna a los modelos tradicionales de psicoterapia, con el objetivo de entender de una manera diferente las múltiples y complejas problemáticas de la persona. A partir de estas explicaciones se comenzó a identificar que los problemas emocionales se relacionan con el contexto familiar, social, cultural y económico del individuo. De esta manera, la persona no es un ser aislado, sino un agente activo y reactivo de su medio, es decir, es influido y ejerce influencia, las experiencias y conductas están determinadas por esta interrelación.

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad Nacional Autónoma de México, facilita y habilita a los(as) alumnas para desarrollar esta visión sistémica relacional. El presente reporte de experiencia profesional evidencia de manera teórica las habilidades, competencias y conocimientos adquiridos durante los dos años de formación de la Maestría en Terapia Familiar.

**Palabras clave: enfoque sistémico, teoría familiar, contexto**

## **ABSTRACT**

Family systems theory emerges as an alternative perspective to traditional models of psychotherapy, with the aim to understand differently the multiple and complex problems of the person. Psychotherapists began to identify that emotional problems are related to family, social, cultural and economic context of the person. The person is not an isolated being, but an active and reactive agent of his environment, the person influences and is influenced; experiences and behaviors are determined by this interrelation. Residence in Systemic Family Therapy at Universidad Nacional Autónoma de México, facilitates and enables students to develop this relational systemic vision. This report evidence professional experience, theoretically skills, competencies and knowledge acquired during the two years of training of the Master of Family Therapy.

**Keywords: systemic, family theory, context**

## INDICE

<b>Introducción y Justificación</b> .....	3
<b>I. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados</b>	
1.1 Características del campo psicosocial.....	5
1.2 Principales problemas que presentan las familias.....	11
1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	15
<b>II. Marco teórico</b>	
2.1 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y/o Posmoderna que sustentan los casos presentados.....	17
2.2 Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados.....	37
<b>III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales</b>	
3.1 Habilidades clínicas terapéuticas.....	43
3.1.1 Casos atendidos.....	44
3.1.2 Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en la que se atendió como terapeuta.....	50
3.1.3 Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica con las dos familias elegidas.....	71
3.1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.....	95
3.2 Habilidades de investigación	
3.2.1. Reporte de investigaciones	
3.2.1.1 Metodología cuantitativa.....	98
3.2.1.2 Metodología cualitativa.....	113
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria	
3.3.1 Productos tecnológicos.....	126
3.3.2 Programas de intervención comunitaria.....	144
3.3.3 Reporte de presentación del trabajo realizado en foros académicos.....	150
3.4. Valores éticos.....	156
3.4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.....	157
<b>IV. Consideraciones finales</b>	
4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	159
4.2. Reflexión y análisis de la experiencia.....	162
4.3. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.....	163
<b>V. Referencias</b> .....	165

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La terapia familiar surge como un paradigma alternativo a los modelos tradicionales y dominantes: el modelo médico y el psicoanalítico. El movimiento de terapia familiar en México se inicia en la segunda mitad de los años sesenta. Los modelos de terapia convencionales parecían haber agotado sus posibilidades para explicar algunos problemas clínicos, por ejemplo la esquizofrenia o los problemas relacionados con la alimentación. Los tratamientos parecían ser demasiado largos y costosos, o sumamente superficiales, al atender únicamente la conducta sintomática. Se comenzó a identificar que los problemas emocionales se generaban en la interacción familiar y en el medio que los rodea. De esta manera, se incursiona en un trabajo clínico que traspasa la asistencia exclusiva al paciente identificado, para ampliar su foco hacia el grupo familiar (Eguiluz, 2004).

La premisa general de la teoría sistémica es la visión de la persona dentro de un contexto familiar-social, es así que el individuo no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo en su entorno (Minuchin, 1979). La noción central de esta nueva epistemología es la circularidad o enfoque circular, la base de este abordaje proviene de la Teoría General de Sistemas y de la Cibernética, la cual establece que cada conducta de los miembros de una familia es recíprocamente influenciada por los demás, por tanto, un cambio en uno de sus integrantes alimenta cambios en los diferentes miembros (Reséndiz, 2012).

La cibernética de segundo orden incluye al observador en el sistema, así como su participación dentro del sistema observador, de esta manera, cuando se observa un sistema se vuelve parte de él, el observador se vuelve parte del contexto pero al mismo tiempo se examina así mismo como si estuviera fuera de ese contexto, se trata de una postura autoreflexiva (Boscolo et al., 1985).

Este marco epistemológico ha sido la base de distintos modelos de terapia familiar que permiten una comprensión e intervención diferente de las diversas problemáticas humanas, en especial de las familias.

De este semillero de ideas y propuestas, surgen la terapia estructural, el modelo estratégico, las terapias breves y el modelo de Milán. Con la influencia de las ideas posmodernas emergen otras aportaciones terapéuticas, como el modelo narrativo y el enfoque colaborativo. Para fines de este trabajo se aborda el Modelo Estructural y el Modelo de Milán de Boscolo y Cecchin.

De manera general, el Modelo Estructural sostiene que la modificación de la estructura de interacción dentro de un contexto o entorno familiar lleva a la transformación de las experiencias individuales de sus miembros.

En el Modelo de Milán, Boscolo y Cecchin privilegian el dialogo con la familia, cobra importancia los intercambios de significado entre los miembros de la familia y los terapeutas, el objetivo son las premisas epistemológicas del cliente y las hipótesis que van desarrollando los terapeutas en cada sesión o entrevista.

Por otra parte, en cuanto al campo psicosocial que envuelve a las familias mexicanas, se distingue la existencia de una diversidad de estructuras y arreglos familiares, derivadas de una realidad compleja donde intervienen factores económicos, sociales e ideológicos, por tanto, es errado apuntar hacia la existencia de un solo tipo de familia ideal e inmutable. Sobre las principales temáticas o problemáticas que sustentan los casos presentados, sobresale la tendencia creciente de los hogares monoparentales, especialmente los de jefatura femenina, debido al aumento de separaciones y divorcios.

Debido a estas complejas transformaciones sociales que impactan a las familias, cada vez más padres de familia acuden a profesionales que los orienten o los asesoren sobre cómo manejar un paternaje o maternaje adecuado.

Por último, la residencia en Terapia Familiar habilita a sus estudiantes para ofrecer un servicio psicoterapéutico profesional y ético en el ámbito de la salud mental. El terapeuta familiar aborda las demandas desde una visión sistémica relacional.

Como parte del programa de la residencia, se elabora un reporte de experiencia profesional que representa la culminación de los estudios de posgrado, es un acervo que refleja las habilidades, competencias y conocimientos adquiridos durante los dos años de formación de la Maestría en Terapia Familiar.

El reporte está conformado por los informes de actividades elaborados durante el entrenamiento, permitirá la evaluación y presentación del examen de competencias para la obtención del grado, a continuación se desarrolla dicho reporte de experiencia profesional.

## **I. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDEN LOS CASOS PRESENTADOS.**

### **1.1 Características de campo psicosocial**

Debido a los complejos cambios a nivel social, económico y cultural, se han producido una serie de transformaciones en la estructura y organización de las familias mexicanas, algunos de estas variaciones son descritas a continuación(Mayén et al., 2010; Ordaz et al., 2010):

#### **Tabla 1. Modificaciones en las familias actuales**

##### **Cambios y recomposición del modelo familiar**

La disminución de la fecundidad e inicio tardío de la vida reproductiva por el uso de métodos anticonceptivos.	Se ha reducido el tamaño de las familias, lo cual ha significado una disminución del tiempo que las mujeres designan a las tareas de crianza.
--	---

Transformación de las prácticas sexuales como resultado de la separación entre sexualidad y reproducción, relacionadas con las relaciones sexuales fuera del matrimonio, la disminución y retraso de la nupcialidad, así como el aumento de las relaciones consensuales y el embarazo adolescente.

Cambios en la dinámica de los arreglos familiares (transiciones familiares): por una parte, alargamiento de la vida de pareja, y por otra, mayor propensión a la disolución de las uniones por separación, divorcio y abandono, y formación de nuevas uniones con hijos provenientes de relación de parejas previas de uno o ambos miembros.

Aumento de familias monoparentales, encabezadas por mujeres, de familias biparentales sin hijos, de hogares unipersonales y de sociedades de convivencia formadas por personas de un mismo sexo o personas sin relaciones de parentesco (hogares corresidentes).

Incremento de la participación de mujeres al mercado laboral, en la vida pública, su ingreso a la educación y al trabajo extradoméstico.

Aumento de las migraciones lo cual puede implicar el abandono de los hogares originales de los migrantes y la formación de nuevos hogares en los sitios de recepción o que los integrantes vivan la mayoría del tiempo separados.

Reducción de la tasa de mortalidad, que ha llevado al envejecimiento de la población, provocando la construcción de una estructura vertical, conviven 4 o más generaciones acumuladas, lo que genera conflictos y debilitamiento de los lazos familiares.

## **TRANSFORMACIONES DE LAS FAMILIAS EN MÉXICO Y EL DISTRITO FEDERAL**

Las familias cambian para adaptarse al contexto, a la época y a la sociedad, y por lo tanto son complejas y multidimensionales, lo cual ocasiona una diversidad de estructuras y arreglos familiares, confirmando que no existe un modelo único de familia.



Como se ha mencionado anteriormente, el aumento de la participación femenina en el mercado laboral ha marcado el constante incremento de los hogares de doble ingreso, así como el crecimiento de hogares con jefatura femenina, en consecuencia se ha producido una serie de transformaciones en los roles de género (Ordaz et al., 2010).

Por lo general, para el análisis de los hogares se distinguen siete tipos de hogar, agrupados en dos grandes categorías: familiares y no familiares, en el siguiente diagrama se sintetiza la tipificación de los 7 tipos de hogar (Ordaz et al., 2010):



Según los datos arrojados por el Censo de Población y Vivienda 2010, los hogares nucleares ocupan el 70.9% de la población mexicana, donde a su vez la mayor parte de ellos corresponde a los hogares que se componen por la pareja conyugal con hijos (70.4%). El 15.4% lo componen los hogares con uno solo de los padres con sus hijos. Por otra parte, 26.5% son hogares ampliados, formados por un

núcleo y algún otro familiar como pueden ser abuelos, sobrinos, tíos, etcétera (INEGI, 2013).

Por último, sólo 1.5% son hogares en los que además del núcleo y otros familiares, también cohabitan personas que no guardan ningún parentesco con el jefe del hogar (familias compuestas) (INEGI, 2013).

Los cambios afectan no sólo al tamaño y la composición de las familias sino que los roles familiares experimentan profundas modificaciones, es muy probable que muchas de las problemáticas que llegan o llegarán al consultorio del terapeuta familiar, tendrán que ver con estos nuevos arreglos familiares, con la negociación, adaptación o aceptación de estos cambios.

Lo anteriormente descrito permite realizar una crítica a los esquemas de pensamiento y concepciones que limitadamente apuntan a la existencia de un solo tipo de familia ideal e inmutable. Ante los inminentes transformaciones en las configuraciones familiares que sobrepasan las expectativas y realidades sociales, es importante la creación de políticas públicas que posibiliten la integración e inclusión para las familias (Mayén et al., 2010).

Según Meler (2010), en un contexto cambiante y contrario a las opiniones que advierten la muerte de la familia, en el futuro persistirá alguna especie de arreglo familiar, ya que sigue siendo necesario gestionar, en un grupo familiar, la reproducción de las fuerzas de los trabajadores, la crianza de los niños y los adolescentes, el cuidado de los enfermos y los ancianos, la transmisión cultural a través de la socialización primaria. Lo importante es lograr arreglos familiares más equitativos, donde las labores domésticas estén distribuidas entre todos los integrantes de la familia, para que ningún miembro tenga la necesidad de sacrificar sus metas, bienestar e integridad personal.

## **FAMILIA POSMODERNA**

En las familias posmodernas, cambia la imagen y significado que representan los padres, madres e hijos(as), se rompe con la figura ideal de familia nuclear y se encuentran las siguientes características (Burin, 2010):

a) Existe una brecha mayor en los lazos que unía a la generación joven con la vieja, hay una cierta indiferencia de los adolescentes hacia la identidad familiar y sus objetivos, así como una discontinuidad en la transmisión de valores de padres a hijos.

b) La creciente inestabilidad de los vínculos en la pareja conyugal, que se refleja en los altos índices de divorcio, y de las nuevas formas de vivir en familia (hogares monoparentales, familias ensambladas, etc.)

c) Desmoronamiento del ideal de familia como refugio para las problemáticas de la vida cotidiana, ya que en ocasiones el hogar ha sido fuente de frustración y malestar psíquico, sobre todo como resultado de violencia familiar, visible o invisible.

En la familia posmoderna, se desdibuja la importancia del papel de los padres en su rol de educadores y de figuras de identificación únicas para sus hijos(as). Esta tarea pasa a otras instituciones, como la escuela, a los pares de los hijos e inclusive a las redes sociales que han cobrado predominancia en los últimos años. Con esta transferencia de funciones, el sentimiento de familia como institución que permanece a lo largo del tiempo se desvanece. Los padres se vuelven amigos de sus hijos, y no representantes de una cadena generacional ni figuras de autoridad para ellos (Burin, 2010).

## **CRECIMIENTO DE HOGARES CON JEFATURA FEMENINA**

Una de las tendencias que ha destacado en las transformaciones de la estructura y dinámica de las familias es el incremento de los hogares con jefatura femenina, especialmente en el Distrito Federal. Algunos de los factores asociados con este crecimiento son: la migración, los divorcios, el incremento de madres solteras, la baja mortalidad de las mujeres, una menor tendencia en las mujeres viudas a divorciarse a contraer un segundo matrimonio, el acceso al mercado laboral, etc. (Lázaro, 2005).

Se observa que el número de hogares encabezados por mujeres ha continuado creciendo desde comienzos de la década de 1990, hasta llegar a representar casi una cuarta parte a nivel nacional (23%) y casi una tercera parte en el Distrito Federal (28.9%) para el 2005 (Ordaz et al., 2010).

De acuerdo con datos censales, 7 de cada 10 jefas de hogar son solteras, separadas, divorciadas o viudas. Al segundo trimestre de 2012, un 57.2% de las jefas es económicamente activa (INEGI, 2013).

El 22.3% del total de hogares familiares son encabezados por mujeres, aun cuando en la mayor parte de los hogares (77.7%) prevalece la jefatura masculina. Destaca que en los hogares constituidos por uno solo de los padres y sus hijos (mononucleares), el porcentaje de los que tienen jefatura femenina es predominante, 86.7 por ciento. Esta información refleja la mayor participación de las mujeres en aspectos económicos, políticos y culturales (INEGI, 2013).

## 1.2 Principales problemas que presentan las familias

### VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La literatura es muy amplia en torno al fenómeno de violencia, sin duda alguna, diversas instituciones y disciplinas, se han esforzado por comprender, describir y visibilizar este fenómeno. Existen varias formas de definir la violencia intrafamiliar, a continuación se mencionan algunas de las definiciones encontradas en la teoría:

En general, el término de violencia indica una forma de actuar que lastima y perjudica a una persona, mediante el uso exclusivo o excesivo de la fuerza física o bien obligar mediante cualquier tipo de coacción, a que una persona haga algo en contra de su voluntad. Otras formas de violencia son la imposición social o presión psicológica, que puede ser emocional, invisible, simbólica y económica. Los efectos producen tanto o más daño que la acción física (Velázquez, 2006).

Para Amaya & Becedóniz (2009), la violencia intrafamiliar es todo acto u omisión de un miembro de la familia hacia otro, con consecuencias negativas para éste, y que tiene como resultado un daño físico, psíquico o en su desarrollo.

Según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la violencia intrafamiliar es un fenómeno social definido como el uso intencionado y repetido de la fuerza física o moral para controlar, manipular o atentar en contra de la pareja o algún otro integrante de la familia (INEGI, 2013)

Teubal et al. (2001) define la violencia intrafamiliar como cualquier forma de conducta abusiva entre los integrantes de una familia, donde existe una direccionalidad reiterada desde los más fuertes hacia los más débiles.

Las principales determinantes de las relaciones violentas en el ámbito familiar son las desigualdades de género y edad, de allí que sean mayormente los hombres

adultos los agresores, y los más expuestos sean: mujeres, niños(as), ancianos(as) y discapacitados(as) (Sauceda-García, 1999; Teubal et al., 2001)

La violencia en el ámbito familiar es la más difícil de reconocer por el secreto o invisibilidad, la falta de pruebas, obstáculos sociales y jurídicos. La forma más común de maltrato es (Sauceda- García, 1999):

- Verbal (80%), a través de gritos, desprecios insultos y amenazas de golpes.
- La forma corporal en un 82% de niños y niñas y en 81% de las mujeres adultas, se presenta a través de golpes en el cuerpo, violación sexual y golpes en la cara.
- Visto por sexo, 74% de las personas maltratadas son mujeres.

Las denuncias oficiales son infrecuentes, ya que de acuerdo con los resultados de la encuesta sobre violencia intrafamiliar del INEGI de 1999 sólo el 14.4% de las víctimas busca alguna clase de ayuda. En esta encuesta aplicada en el D.F. y 34 municipios conurbados se reconoce que: en uno de cada tres hogares hay violencia intrafamiliar (Díaz-Martínez & Esteban-Jiménez, 2003). También se encontró que la violencia generalmente se presenta de las siguientes formas:

- Maltrato psicológico en el 99.2% de los hogares
- En el 41 % se afirma que en el hogar se protagonizan “enojos”
- En el 25% hay insultos
- En el 16% se acepta que hay intimidación
- En el 11% hay violencia física consistente en patadas, jaloneos, puñetazos, bofetadas, golpes con objetos e intentos de estrangulamiento
- En el 1 % hay abuso sexual

### **VIOLENCIA DE PAREJA (HACIA LA MUJER)**

Un tipo de violencia que se desprende o se relaciona con la violencia intrafamiliar, es la violencia de pareja, que en la mayoría de los casos se dirige hacia la mujer. En el 94% de los casos denunciados de violencia intrafamiliar las afectadas son

mujeres y en el 90% de los casos los hombres son los agresores (Díaz-Martínez & Esteban-Jiménez, 2003).

La Ley General de Acceso define la violencia de género como el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y/o sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho (Álvarez & Pérez, 2012).

La violencia contra las mujeres implica una multiplicidad de actos, hechos y omisiones que las dañan y perjudican en los diversos aspectos de sus vidas y que constituyen una de las violaciones a sus derechos humanos (Velázquez, 2006).

La violencia produce además del sufrimiento inherente, un daño físico, psicológico y/o sexual para las mujeres, incluso las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada (Álvarez & Pérez, 2012).

Las mujeres de 15 y más años unidas que forman parte de hogares familiares, tres de cada diez (29.9%) declaró haber sufrido al menos un episodio de violencia por parte de su pareja en los 12 meses previos a la entrevista. En cuanto a los tipos de violencia se reportó la siguiente información (INEGI, 2013):

- La violencia de tipo emocional es la más frecuente, el 85% de las mujeres declaró haberla sufrido.
- El 57.5% expresó la violencia económica
- El 14.7% reveló la violencia física
- El 9.4 % denunció la de tipo sexual

## LA PAREJA POSMODERNA

En mundo tan cambiante, el contexto para la conformación de la pareja actual se vuelve muy incierto, los valores inalterables se han cuestionado y derribado, Predomina la incertidumbre, existen menos idealizaciones en torno a la imagen o representación de la pareja, parece que hay mayor apuro o urgencia para conformarla, y se tiende menos a la eternización de la unión. Un universo de coexistencias donde las nuevas ideas no sustituyen a las anteriores, sino que se añaden y se entretajan en la actualidad (Biscotti, 2006).

En los últimos años, la pareja ha sufrido fuerte y diversas transformaciones en diferentes áreas. Algunas de las modificaciones en el modelo de pareja y las pautas de relación que la gobernaban habitualmente las podemos mencionar a continuación (Biscotti, 2006):

- Aumento de la simetrización en la pareja
- Disminución de los estereotipos de género y/o sexuales
- Incremento de la autonomía económica, especialmente en las mujeres
- Crecimiento de la autonomía en la toma de decisiones
- Competitividad en diversas áreas
- Complementariedad alternante
- Mayor expresión de la crisis
- Mayor tendencia a la disolución del vínculo
- Aumento de la edad en la formación de la unión
- Desjerarquización de la legalización de la unión
- Aumento de la dependencia con las familias de origen

La pareja se establece y desarrolla dentro de un contexto social y familiar, que determina cómo debe ser la relación, este contexto influye tanto en la pareja como en cada uno de sus miembros, algunas de las transformaciones en las expectativas sociales sobre las parejas pueden ser las siguientes (Biscotti, 2006):

- Menor presión sobre la perdurabilidad de la pareja.



- Menor condena ante la separación
- Menor condena a la madre soltera

Esta serie de cambios en el contexto para la formación de la pareja puede desencadenar una serie de problemáticas actuales en las parejas, algunas pueden ser por: infidelidad; celos; choque de mandatos (culturales y/o familiares); la “ex” y el “ex”y sobre todo dificultades ante nuevas organizaciones familiares.

### **1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada**

La teoría familiar sistémica surge como necesidad de crear un paradigma alternativo a la manera tradicional de abordar las diversas y complejas problemáticas del ser humano. Las explicaciones formuladas para entender la conducta sintomática se han basado generalmente en un modelo médico o en un modelo psicodinámico, es decir, en términos lineales o reduccionistas, con descripciones históricas y causales del problema. Tanto en un modelo como en el otro, el individuo es el foco del déficit y la etiología está relacionada con un desajuste genético, bioquímico o intrapsíquico (Hoffman, 1987).

Desde un modelo tradicional el(la) terapeuta se centra en la exploración de la vida intrapsíquica del individuo, enfocándose en la persona, aislada de su medio, ofreciendo una visión limitada del problema. Como consecuencia, la patología es situada en la persona, de allí que la información sea obtenida únicamente de la persona. En situaciones graves y a largo plazo, este tipo de terapias parecen incapaces de promover algún tipo de cambio en la persona (Anderson & Goolishian, 1988; Minuchin, 1979).

Con la teoría familiar sistémica nace un cambio paradigmático, se transita de una perspectiva en la que el síntoma es atributo del individuo a una visión donde es

posible entenderlo dentro de un contexto familiar. La noción central de esta nueva epistemología es la circularidad (Hoffman, 1987; 1989).

A través de este enfoque circular, el(la) terapeuta concibe a la persona dentro de un contexto familiar y social, por tanto, el individuo no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo en su medio. Al estar en constante interacción con su entorno, el ser humano es influido por su contexto social, sobre el cual también ejerce cierta influencia, es así que las experiencias de cada persona están determinadas por dicha interrelación (Minuchin, 1979).

La aportación de la teoría sistémica es la comprensión de que las relaciones de las personas están entrelazadas de manera compleja y que la conducta de los integrantes de la familia es el resultado de las interrelaciones de unos con otros. La familia es más que un conjunto de personas, es un sistema organizado, donde sus miembros funcionan de tal manera que se trasciende a las características de cada individuo (Minuchin, Nichols&Wai-Yung, 2011).

Sin embargo, la perspectiva sistémica también ha sido inspirada por otras ideas, tal es el caso del pensamiento posmoderno, ésta postura cuestiona los cánones tradicionales; la realidad o verdad de las cosas es interpretada de manera diferente a lo convencional. La posmodernidad explora las “verdades” como expresión de una ideología en vez de la búsqueda de su autenticidad. Este pensamiento acentúa la multiplicidad de perspectivas que socava cualquier intento de establecer lo que es correcto (Anderson, 2005; Gergen, 1991).

El pensamiento posmoderno cuestiona muchas ideas aceptadas respecto de la teoría y la práctica tradicional de la terapia familiar en particular, de allí el surgimiento de enfoques más colaborativos y menos jerárquicos, que buscan alejarse de la visión de la terapia como liberación del individuo de las reglas patológicas de la familia percibida en los enfoques convencionales, donde prevalece la idea de que las familias están atrapadas en circuitos de

retroalimentación disfuncional. Otros de los supuestos que se cuestionan es la idea de que la familia se asimila a una máquina que se autoestabiliza, o sea, hablar de síntoma como si funcionara homeostáticamente para conservar el equilibrio familiar. En consecuencia, con esta nueva mirada surge una transformación en el foco de la teoría sistémica, se pasa de comportamientos a ideas, descentralizando la importancia que al inicio se le atribuía a las interacciones familiares, y dirigiéndose hacia la construcción narrativa de las experiencias. De esta manera, las partes de un sistema son las ideas que las unen, la red de significados que se forman, no el conjunto de personas o cuerpos (Hoffman, 1989; Minuchin et al., 2011).

En general los enfoques posmodernos están orientados hacia el presente, en los recursos y fortalezas de la persona, abriendo oportunidades o posibilidades de cambio.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y/o posmoderna que sustentan los casos presentados.**

#### **INTRODUCCIÓN MODELO ESTRUCTURAL**

El modelo estructural es una serie de teorías y técnicas que entienden al ser humano dentro de su contexto social. Este tipo de terapia es lo bastante flexible para abarcar diversas configuraciones en que puede organizarse una familia, ya sea de diferentes estratos socioeconómicos o de distintas etnias (Hoffman, 1987).

A diferencia de otras escuelas de psicoterapia, el modelo estructural propone la modificación del contexto en el que vive una persona, para que su experiencia individual cambie. De acuerdo con el modelo, las estructuras de interacción de la familia influyen en los miembros que la conforman (Umbarger, 1983).

La terapia estructural se basa en alterar la organización familiar de modo que se acerque a una estructura con límites claramente marcados entre los subsistemas o líneas generacionales (Hoffman, 1987; Umbarger, 1983).

### **ANTECEDENTES MODELO ESTRUCTURAL**

El modelo estructural fue desarrollado por el médico psiquiatra Salvador Minuchin, originario de Argentina, donde recibió su título de médico, emigró a EUA para ubicarse en la ciudad de Nueva York, donde se especializó como psicoanalista, para luego realizar trabajos en Israel. Minuchin planteó formas innovadoras de abordar los problemas, las cuales fueron derivadas de su trabajo con poblaciones pobres de zonas marginadas en la Clínica ChildGuidance de Filadelfia en Estados Unidos, asimismo trabajo con familias que tenían miembros con problemas psicosomáticos (Desatnik, 2004; Sánchez & Gutiérrez, 2000). Minuchin abordó dichas problemáticas familiares desde una perspectiva sistémica, de esta manera hizo inclusión del contexto y atribuyó responsabilidad compartida entre los miembros sobre lo que ocurre en la familia en relación al síntoma. Posteriormente desarrolló programas de entrenamiento para trabajar con poblaciones de comunidades marginadas. Otros representantes de este modelo son Charles Fishman, Jorge Colapinto, Harry Aponte y Bernice Rosman. La perspectiva estructural sistémica tiene interés por encontrar como es que todos los miembros del sistema participan en el mantenimiento del síntoma y busca comprender como es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar. El papel del terapeuta en el sistema terapéutico estructural busca unirse con la familia a través de estrategias de coparticipación, también interviene a través de movimientos de reestructuración y reencuadre, es así que desafía la visión que tiene la familia de su situación(Desatnik, 2004).

### **POSTULADOS MODELO ESTRUCTURAL**

El enfoque estructural se basa en el concepto que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo con ciertas disposiciones que gobiernan sus transacciones,

estas disposiciones constituyen la estructura de la familia. La observación y diagnóstico de la estructura familiar se logra en el proceso de asociarse con la familia, es así que el terapeuta analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia, para lograr así un diagnóstico estructural. En el enfoque estructural, se considera que el cambio se produce a través del proceso de asociación con la familia y su reestructuración de ésta en una forma cuidadosamente planificada, para poder transformar así las pautas transaccionales disfuncionales. Una de las tareas que enfrenta el terapeuta es la de explorar esa estructura y situar las áreas de posible flexibilidad y cambio. Esto con la finalidad de esclarecer partes de la estructura familiar y alternativas estructurales que han permanecido inactivas sean activas (Desatnik, 2004).

Cabe señalar que Minuchin (1979) plantea tres axiomas de la terapia estructural sistémica orientados hacia una perspectiva ecológica:

1. El individuo influye sobre su contexto y este a su vez influye sobre el individuo a través de la interacción que se establece.
2. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros del sistema.
3. La conducta del terapeuta se incluye en el contexto terapéutico. La familia y terapeuta forman un nuevo sistema terapéutico que influye en la conducta de las personas.

Los objetivos de este modelo se centran en cambiar la organización de la familia de tal modo que la experiencia de sus integrantes se modifique, y reparar o modificar su funcionamiento para que esta pueda desarrollar las tareas con mayor eficacia. Minuchin y Fishman (1984) consideran que la familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, con el curso del tiempo elabora pautas de interacción, las cuales constituyen el funcionamiento familiar, definen su gama de conductas y facilita la interacción mutua. Según Minuchin (1979) la familia efectúa dos funciones principales: protección psicosocial a sus miembros y acomodación a

una cultura y transmisión de ésta. Además de otorgarle a sus integrantes un sentido de identidad-pertenencia y un sentido de separación-individuación.

El proceso de evaluación implica el análisis de los elementos del sistema familiar, la formulación de hipótesis y la aproximación entre el terapeuta y la familia. Cabe mencionar que dicho proceso se encuentra unido al proceso de intervención. Durante el proceso terapéutico el terapeuta atiende a los modos en que los miembros familiares experimentan la realidad, la forma en que se relacionan entre sí y con él. De esta manera, una de las metas del tratamiento es redefinir el significado del síntoma.

Las intervenciones estructurales generan en la familia transiciones hacia estados de funcionamiento sistémico más complejo, se inducen ciclos de crisis y de estabilidad, con la finalidad de desarrollar nuevas pautas de conducta que propicien una estructura familiar diferente (Umbarger, 1983).

Para el autor, la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. De esta manera, la familia se expresa a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da en base a reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma. Tales pautas transaccionales son en función de los siguientes elementos:

**Tabla 1. Elementos que conforman el sistema familiar (Minuchin, 1979; Minuchin et al., 1984).**

<b>Subsistemas</b>	Cada miembro de la familia pertenece a diferentes subsistemas en lo que tiene distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciales. Se encuentran formados por: generación, género, interés, función, etc. De allí que haya los siguientes subsistemas: un sistema conyugal, parental, fraternal e individual.
--------------------	---

	<p><i>Subsistema conyugal:</i> conformado por una pareja de personas que se unen para formar una familia. Sistema nuevo donde se conjugan valores y expectativas.</p> <p><i>Subsistema parental:</i> se forma con el nacimiento del primer hijo, las interacciones que se dan son la crianza de los hijos y las funciones de socialización.</p> <p>Subsistema fraternal: se crea el primer grupo de iguales con los hermanos(as). Los hijos(as) aprender a apoyarse, se divierten, atacan y aprenden unos de otros.</p> <p><i>Subsistema individual:</i> incluye el concepto de sí mismo en contexto y contiene los determinantes personales e históricos del individuo.</p>
<b>Límites</b>	<p>Comprenden las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Los límites protegen la diferenciación del sistema o subsistema y se representan de la siguiente forma:</p> <p>Límites claros-----Límites difusos.....Límites rígidos————</p>
<b>Jerarquías</b>	<p>Son las posiciones que adquieren los distintos integrantes de la familia con relación al orden jerárquico que tienen dentro de la familia, la cual marca subordinación o supraordinación de un integrante respecto a otro.</p>
<b>Alianzas</b>	<p>Consiste en una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema.</p>
<b>Coaliciones</b>	<p>Se refiere a la alianza en oposición a otra parte del sistema, por lo general oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero y se expresa por medio del conflicto y de la exclusión.</p>
<b>Triángulos</b>	<p>Su función es equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas</p>

## ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS MODELO ESTRUCTURAL

Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar la familia mediante el cuestionamiento de su organización. La expresión cuestionamiento pone de relieve la índole de la lucha dialéctica entre familia y terapeuta dentro del sistema terapéutico, con la finalidad de buscar pautas nuevas. Existen tres estrategias principales de terapia estructural de familia, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas (Minuchin et al., 1984). Las tres estrategias son las siguientes:

**1. Cuestionamiento del síntoma:** el terapeuta ingresa en la sesión terapéutica con el supuesto de que el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Impulsa una configuración diferente de la familia, a través de ampliar o modificar su mapa de la realidad.

- **Objetivo:** modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes.

**Tabla 2. Técnicas que pertenecen a la estrategia de reencuadre (Minuchin et al., 1984).**

<p><b>1. Escenificación:</b> el terapeuta estimula la secuencia interpersonal de los miembros de la familia donde se escenifica la interacción disfuncional.</p>	<p><i>Ejemplo:</i> Padre: Hija, ¿quieres estarte en paz? Terapeuta: Deje que la madre lo ordene. Usted sabe que es ella quien lo hace cuando usted no está presente.</p>
<p><b>2. Enfoque:</b> el terapeuta selecciona y organiza los datos que la familia le brinda dentro de un esquema que les confiera sentido. Desecha la información que por el momento no es útil para su meta terapéutica.</p>	<p><i>Ejemplo:</i> Terapeuta: Eso está muy bien. Sigán adelante. Deseo ver el acto del monstruo. No se detengan ahora. ¿Y lo hacen con frecuencia? Madre: Es peor, esta es una forma mitigada.</p>



<p><b>3. Intensidad:</b> el terapeuta necesita hacer que la familia “oiga” y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia. La intensidad de mensaje del terapeuta habrá de variar según sea lo que cuestione. A veces, simples comunicaciones tienen la intensidad suficiente, mientras que otras situaciones requieren de una mayor intensidad. Las intervenciones destinadas a intensificar mensajes varían según el grado de participación del terapeuta.</p> <p><i>Ejemplo:</i> Terapeuta: Noemí, ¿ésta es tu cabeza?                  Noemí: Si                  Terapeuta: ¿es la cabeza de tu padre?                  Noemí: No lo es                  Terapeuta: ¿es tu nariz?                  Noemí: Si</p>	<p>° <i>Repetición del mensaje:</i> el terapeuta repite su mensaje muchas veces en el curso de la terapia.</p>
	<p>° <i>Repetición de interacciones isomórficas:</i> enfocar interacciones que interesan a la terapia y reunir sucesos en apariencia desconectados, con lo cual se acrecienta la experiencia de la regla familiar constreñidora.</p>
	<p>° <i>Modificación del tiempo:</i> alentar a los miembros de la familia para que continúen interactuando después que las reglas del sistema están alertas.</p>
	<p>° <i>Cambio de la distancia:</i> cambiando la posición recíproca de los miembros de la familia, haciendo que se sienten juntos para poner de relieve la significación de la díada que forman o separando a uno de los miembros para intensificar su carácter periférico.</p>
	<p>° <i>Resistencia a la presión de la familia:</i> el terapeuta no hace lo que el sistema familiar “desea que haga”.</p>

**2. Cuestionamiento de la estructura familiar:** la cosmovisión de la familia depende en gran medida de las posiciones que ocupan sus miembros dentro de diferentes subsistemas en la familia, a través del cuestionamiento de estas posiciones se logran nuevas pautas.

- **Objetivo:** aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de subsistemas significativos para dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar

**Tabla 3. Técnicas que pertenecen a la estrategia de reestructuración (Minuchin et al., 1984).**

<p><b>1. Fijación de fronteras:</b> destinadas a modificar la participación de los miembros de diferentes subsistemas. Regulan la permeabilidad de las que separan a los subsistemas entre sí.</p> <p><i>Ejemplo:</i> Terapeuta: “Sara (hija parental) pon tu silla de mi lado y siéntate.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° <i>Distancia psicológica:</i> maniobras espaciales concretas para cambiar la proximidad entre los miembros de la familia.</li> <li>° <i>Duración de la interacción:</i> extender o alargar un proceso para demarcar subsistemas o separarlos.</li> </ul>
<p><b>2. Desequilibrio:</b> modifica la jerarquía de las personas dentro de un subsistema. Cuestiona y modifica la distribución del poder en la familia.</p> <p><i>Ejemplos:</i></p> <p>Terapeuta: “No me gusta hablar con personas que no se comportan a la altura de su edad”.</p> <p>Terapeuta: “¿Quién es el alguacil de esta familia?”.</p> <p>Terapeuta: “Ya que eres tan amorosa y protectora”, “¿Cómo es posible que no te des cuenta del daño que causa lo que dices?”.</p> <p>Terapeuta: “¿Cuándo te divorciaste de tu pareja y te casaste con los niños?” (Minuchin, Nichols&amp;Wai-Yung, 2011).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Alianza con miembros de la familia: puede desequilibrar aliándose con un miembro dominante del grupo, en la mayoría de los casos esta técnica se utiliza para brindar apoyo a un miembro periférico o de posición inferior dentro de la familia.</li> <li>° Alianza alternante: atribuir a cada subsistema pericias diferentes y complementarias; en lugar de competir por la jerarquía dentro del mismo contexto, ensayarán nuevas modalidades de relación.</li> <li>° Ignorar a miembros de la familia: el terapeuta habla y obra como si ciertos integrantes de la familia fuesen invisibles.</li> <li>° Coalición contra miembros de la familia: cuestionar y descalificar la habilidad de un miembro de la familia.</li> </ul>

	<p>El éxito de esta estrategia exige que los miembros de la familia acepten que esta transformación es valiosa en beneficio de toda la familia.</p>
<p><b>3. Complementariedad:</b> cuestiona la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos:</p> <p>a) Cuestionar el problema.</p> <p>b) Cuestionar la idea lineal de que un miembro de la familia controla al sistema.</p> <p>c) Cuestionar el modo en que la familia recorta los sucesos.</p>	<p><i>Ejemplo:</i></p> <p>Terapeuta: “No puedes cambiarte a ti mismo, pero puedes cambiar a tu pareja. ¿Qué cambios quieres que él (o ella) realice para que tu vida sea más fácil?” (Minuchin et al., 2011).</p>

**3. Cuestionamiento de la realidad familiar:** las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada, de allí la importancia de cuestionar los constructos rígidos de la familia. El terapeuta es un creador de universos ofrecerá a la familia una realidad diferente. Tras verificar la fortaleza y las limitaciones de las construcciones familiares, sobre esos cimientos levantará una concepción más compleja del mundo, que promueva y sustente la reestructuración (Minuchin et al., 1984).

- **Objetivo:** producir una concepción sorprendentemente nueva de la realidad, en que se perciba de repente la posibilidad de un cambio.

**Tabla 4. Técnicas que pertenecen a la estrategia de construcción de la realidad familiar (Minuchin et al., 1984).**

<p><b>1. Empleo de constructos cognitivos:</b> convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga</p>	<p>° <i>Uso de símbolos universales:</i> El terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasaran el ámbito de la familia. Al elegir constructos universales que armonicen con la concepción del mundo de la familia,</p>
---	--

<p>necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo.</p> <p><i>Ejemplo:</i> Terapeuta: “De acuerdo con la tradición católica los padres son los ejes principales para la educación y disciplina de los hijos”.</p>	<p>el terapeuta mueve un reordenamiento de los subsistemas.</p> <p>° <i>Verdades familiares:</i> El terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento. El terapeuta se vale de la fuerza de la misma familia para inaugurar una dirección diferente.</p> <p>° <i>Consejo profesional:</i> el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría: “He visto otros casos que”; “Si usted se pone a investigar esto, descubrirá que”.</p>
<p><b>2. Paradoja:</b> Contienen un doble mensaje dirigido a la familia, por un lado, se les comunica que sería bueno para ellos cambiar, y por el otro, que no sería tan bueno, y ambos mensajes son transmitidos en forma simultánea. Se espera que los miembros de la familia se opongan a la parte del mensaje que se refiere a su imposibilidad de cambiar. Cada mensaje paradójico contiene una alternativa implícita que apunta a la</p>	<p>Papp (1988) plantea tres pasos fundamentales para idear una paradoja:</p> <p><i>I. Redefinición:</i> redefinir positivamente el síntoma y el sistema, como que uno está en función del otro, para que pueda prescribirlos. Cada conducta aislada se redefine como un gesto afectuoso consagrado a preservar la estabilidad familiar.</p> <p><i>II. Prescripción:</i> la forma en que se expresa la prescripción debe ser breve, concisa e inaceptable para la familia, ya que si fuera aceptable, no habría retirada.</p> <p><i>III. Restricción:</i> cada vez que la familia de señales de estar cambiando, el terapeuta deberá refrenarlos. Si la familia insiste en el cambio, el terapeuta debe resistirse a proceder. Puede decidirse por la introducción de un cambio pequeño y se le dirá a la familia que es con el objetivo de verificar su tolerancia</p>

<p>dirección del cambio (Papp, 1988).</p>	<p>al cambio. <i>Ejemplo:</i> el terapeuta le dijo a la familia que en ese momento parecía necesario que el hijo mantuviera su mala conducta. Dado que los padres no eran capaces de resolver el problema de su relación conyugal, parecía necesario que lo siguiera haciendo el hijo, por medio de su conducta transgresora (Papp, 1988).</p>
<p><b>3. Búsqueda de lados fuertes:</b> sondeo de los lados fuertes es esencial para combatir disfunciones de la familia. Es una constante búsqueda de alternativas válidas y funcionales de interacción. Al enfocar las capacidades curativas contenidas en la familia, el resultado puede ser una transformación de la realidad aprehendida por aquella.</p>	<p><i>Ejemplo:</i></p> <p>Terapeuta: Eres un experto en algo que yo ignoro, Luis. Eres un experto en distinguir cosas sin ver. Como ves, yo veo, de manera que no conozco muchas cosas ¿cómo haces para distinguir los objetos?</p> <p>Luis: Porque puedo tocarlos. No es necesario ver los objetos para distinguir que son.</p>

### CONSIDERACIONES FINALES MODELO ESTRUCTURAL

Recientemente Minuchin sostiene que la terapia familiar estructural ofreció un marco de referencia que dio orden y significado a las transacciones que se presentan en la familia, sin embargo, durante este proceso se perdió de vista la dinámica individual, es decir, se dejó a un lado la influencia de la historia personal en la construcción de la experiencia familiar para favorecer el proceso (Minuchin et al., 2011).

Sin duda alguna, el modelo estructural creado por Minuchin ha sido retomado por comunidades científicas y del campo de trabajo comunitario debido a su forma sistemática y consistencia teórica y clínica con las premisas de la teoría general de sistemas, la cibernética de primero y segundo orden. El modelo estructural ha aportado elementos importantes para el trabajo en salud mental, ha dejado un gran legado a través de un amplio repertorio de programas y escenarios en los que se propone la enseñanza y aplicación del modelo, tanto en institutos, universidades y centro de atención clínica en diversos países. Cabe señalar que Minuchin ha impulsado trascendentalmente el desarrollo de la terapia sistémica en México, durante la década de los ochenta participó en programas de formación que comenzaban a desarrollarse en la ciudad de México. Ha impartido varios seminarios y talleres de entrenamiento para la formación de terapeutas familiares en México, es así que su trabajo con familias mexicanas ha inspirado a muchas generaciones de terapeutas (Desatnik, 2004).

Sin embargo, una de las limitaciones del modelo que señala Hoffman (1987) es que no contiene una teoría del cambio lo bastante comprensiva para abarcar el campo erróneamente llamado “resistencia” y las modalidades que más eficazmente la atiende, especialmente en los casos que Minuchin llamaría de familias “enredadas”.

Otro inconveniente que Hoffman (1987) encuentra, es la dificultad de enseñar el modelo, dado que Minuchin trabaja con comportamientos analógicos, sus seguidores requieren observar varias familias antes de que puedan comenzar a identificar las pautas invisibles que un adiestrado terapeuta estructural distingue a la primera mirada. Según esta autora, no sirve de mucho aprender terapia estructural leyendo sobre el modelo, sino que para llegar a ser un competente terapeuta estructural se necesita mucha experiencia y una intensa supervisión en vivo.

En referencia a lo anterior, Minuchin et al. (1984) indica lo siguiente:

“La técnica no es más que un vehículo para las búsquedas creadoras del terapeuta, se puede dejar de lado las técnicas y marchar en busca de la sabiduría, ya que más allá de la técnica está la sabiduría, que es el conocimiento de la conexión que une las cosas entre sí...cuando las técnicas se guían por esa sabiduría, la terapia se convierte en arte de curar”. (p.286).

## **INTRODUCCIÓN MODELO DE MILÁN**

El grupo de Milán desarrolló una modalidad de trabajo que enriqueció el campo de la terapia familiar. Este modelo atraviesa diversas transformaciones epistemológicas a lo largo de su desarrollo, en un inicio surge de una base psicoanalítica para finalmente consolidarse en una conceptualización batesoniana. El modelo se caracteriza por una visión contextual y de proceso (Reséndiz, 2012).

La lectura de la primera edición de “Hacia una Ecología de la Mente” de Bateson, fue una influencia muy fuerte para el grupo de Milán, abrió un nuevo ámbito para ellos, dirigiendo su atención hacia los sistemas de significado, a las emociones, a las premisas epistemológicas y a la complejidad. Desde este momento, cobró importancia los intercambios de significado entre los miembros de la familia y los terapeutas. Para el grupo de Milán, fue el inicio de una evolución hacia el constructivismo (Boscolo et. al., 2004).

Su epistemología se fundamenta en la cibernética de segundo orden, el centro de esta epistemología es la información, para los autores del Modelo de Milán, la información es “la diferencia que hace diferencia”, concepto que toman de la teoría de Bateson (Mackinnon, 1983). De esta manera, el modelo se distingue por una postura autoreflexiva, es decir, cuando se observa un sistema, se vuelve parte de él, el terapeuta se vuelve parte del contexto y al mismo tiempo, el terapeuta se examina a sí mismo como si estuviera fuera de ese contexto (Boscolo et al., 1985).

De esta manera, las descripciones del observador (terapeuta) reflejan sus teorías y sus prejuicios. La incorporación de estas ideas, trajo el énfasis en el observador, en el sujeto y en la reflexividad, con una serie de consecuencias en el plano práctico del Modelo de Milán (Boscolo et. al., 2004)

Dados los fines del presente escrito, en las siguientes líneas se describe el trabajo desarrollado por Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin.

## **ANTECEDENTES DEL MODELO DE MILÁN**

Mara Selvini Palazzoli inició el Instituto de Estudios Familiares en Milán, donde invitó a participar a los que conformarían el grupo de Milán: Luigi Boscolo, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin y la propia Selvini. Inicialmente el grupo de Milán estuvo influido por las investigaciones realizadas en el Mental Research Institute de Palo Alto, específicamente por el proyecto de investigación formado por Haley, Weakland y Don Jackson, dicho grupo incursionaba en diversas áreas de la comunicación humana, las bases teóricas a las que llegaron se encuentran expuestas en la Pragmática de la Comunicación Humana, ésta teoría influyó a varios modelos de terapia familiar, incluyendo al de Milán (Hoffman, 1987; Mackinnon, 1983).

Posteriormente hubo un mayor interés por las ideas de Bateson, especialmente por Boscolo y Cecchin. Este interés dio origen al último artículo realizado por el grupo de Milán: "Hipótesis, neutralidad y circularidad: tres directivas para la conducción de la sesión", el escrito marcó la diferencia de intereses dentro del grupo, así como su separación. Boscolo y Cecchin decidieron centrarse en la formación de terapeutas; Selvini y Prata a la investigación.

Los terapeutas en formación con el grupo de Milán ocupaban puestos en instituciones públicas lo cual produjo un giro inesperado debido a que la orientación del trabajo de Boscolo y Cecchin pasó de la familia a un metanivel: las instituciones a las que pertenecían los terapeutas en formación, es así que el foco de la comprensión se amplió para integrar no sólo al sistema familiar, sino a los



sistemas más vastos como las instituciones en las que se ven inmersos tanto terapeuta como familia. De esta manera el sistema significativo se vuelve un concepto fundamental del modelo ya que envuelve tanto a personas como instituciones que se activan con el objetivo de resolver la problemática de la familia y cuya solución se solicita a los profesionales (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987).

La revisión de “Hacia una ecología de la mente” de Bateson abrió el panorama a los sistemas de significado, emociones y complejidad. Para Boscolo y Cecchin cobró importancia los intercambios de significado entre los miembros de la familia y los terapeutas. De esta manera, su nuevo objetivo se enfocó en el problema de las premisas epistemológicas del cliente, lo cual contribuyó al acercamiento a otro paradigma: la Cibernética de Segundo Orden, la cibernética del sistema observante (Boscolo, Cecchin, Bertrando&Biancardi, 2004).

## **POSTURA MODELO MILÁN**

Una de las ideas básicas de modelo de Milán es que sin contexto no hay significado, es decir, el significado de la acción y del comportamiento sólo es dado por el contexto (Boscolo, Cecchin, Campbell & Draper, 1985). Más tarde en una entrevista realizada a Boscolo y Cecchin sostienen que no hay nada fuera de la relación, la persona sólo existe en relación a otra persona, es así que si no hay una relación, la persona no existe (Boscolo et al. 2004).

La otra idea del modelo es cuando un terapeuta observa un sistema, el terapeuta se vuelve parte de él, por tanto, es parte del contexto pero al mismo tiempo mantiene una postura autoreflexiva, es decir, el terapeuta se examina como si estuviese fuera de ese contexto (Boscolo et al., 1985).

Otro de los conceptos básicos del modelo son las premisas, según Boscolo et al. (1987), las premisas son los valores de referencia o principios orientadores de la familia que son programados en un nivel inconsciente. La premisa permite construir una proposición descriptiva que organice la información obtenida acerca

del problema. La premisa se caracteriza por ser un enunciado de relación, ya que controla toda una clase de conducta. De allí que el problema es descrito como si estuviera al servicio de la premisa manteniendo en un sitio las conductas vinculadas al problema. Cuando la premisa varía o se trasmuta, este cambio afecta las principales áreas de conducta familiar o produce un cambio de orden segundo o cambio en la premisa.

Las premisas pueden ser expuestas a través de aperturas, estas aperturas son señales que la familia muestra en el curso de la sesión o que marcan una ruta fructífera hacia el desarrollo de una hipótesis (Boscolo, et al., 1987).

En este sentido, la hipótesis es una suposición que se realiza como punto de partida para una exploración con base de un razonamiento, excluyendo su valor como verdad o falsedad. Las funciones de la hipótesis son:

- a) orientar durante la sesión,
- b) informar los modelos relacionales de la familia e
- c) introducir información en el sistema familiar.

La hipótesis debe ser sistémica, es decir, debe incluir o explicar todos los elementos contenidos en la situación problemática de la familia, así como el modo en que se vinculan entre sí con el objetivo de obtener una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional (Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1990). Lo importante de una hipótesis es que demuestre ser útil, en el sentido que conduzca a una nueva información que haga avanzar a la familia. (Boscolo et al., 1987).

Uno de los aspectos que se debe tomar en cuenta como parte de la formulación de una hipótesis son los procesos familiares, debido a que ante determinadas etapas de transición de la familia se activan diversos procesos adaptativos que reorganizan las relaciones familiares para resolver las situaciones emergentes. De esta manera, los procesos son momentos de negociación, movimiento, ajuste, coordinación y reestructuración que se dan en momento de vida en la familia (Reséndiz, 2012).

Otro elemento importante del modelo es la visión que tiene de la neutralidad, debido a su fundamentación en la cibernética del sistema observante,

la presencia del terapeuta indiscutiblemente ejerce un efecto en la familia durante la sesión terapéutica. En este sentido, la labor del terapeuta es colocarse y mantenerse en un nivel diferente (metanivel) del de la familia. Por tanto, el terapeuta se mantiene con todos a la vez, es decir, trata de adoptar varias posiciones más que no adoptar ninguna, neutralizando los intentos de cualquier miembro de la familia por aliarse con él (Boscolo, et al., 1987; Selvini, et al., 1990). Cecchin (1989) propone describir la neutralidad como la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta, ya que ésta lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos.

En referencia a lo anterior, es imposible que el terapeuta pueda ser neutral, en el sentido de carecer de premisas o prejuicios, sino que las posee y su utilidad reside en la manera en que los maneja y en ocasiones los cuestiona. Para Cecchin, Lane&Wendel (1997), los prejuicios son una serie de preconceptos ocultos en el terapeuta y que es muy importante tener conciencia de ellos para que pueda asumir su responsabilidad y utilizarlos en el proceso terapéutico. Cuando somos conscientes de estos prejuicios podemos defenderlos o ser irreverentes con ellos.

El concepto de irreverencia se refiere a la incredulidad, suspicacia o cuestionamiento de toda idea que limite opciones del terapeuta, es decir, luchar con la tentación de volverse un fiel creyente de una idea o hipótesis. La irreverencia busca enajenar toda necesidad de acatar los preceptos de una sola teoría, premisas del cliente o de un sistema más amplio, como las instituciones que remiten al cliente. La tarea del terapeuta es tomar responsabilidad de sus actos y opiniones tomando en cuenta que existe el riesgo de creer que son sus intervenciones las que crearon resultados predecibles (Cecchin, Lane&Ray, 1993).

Como se decía anteriormente parte de la irreverencia es no casarse con una hipótesis, y para ello el carácter de temporalidad sustrae toda necesidad de permanecer en un solo lugar. La dimensión temporal en el modelo de Milán cobra importancia debido a que las problemáticas familiares suceden o se desarrollan en el tiempo. De esta manera la familia se ve inmersa en un proceso de interconexión

en constante cambio y en un continuo estado de flujo. La historia familiar, los acontecimientos actuales y las relaciones existentes generan un anillo autorreflexivo, en el cual pasado y presente son definidos recíprocamente. Dicho anillo se complejiza cuando el ámbito del futuro recibe el significado del pasado y del presente, pero que a su vez puede impactar el presente y pasado, es así que el pasado, presente y futuro están unidos en un anillo reflexivo en el que uno recibe su significado de los otros (Boscolo & Bertrando, 1992).

Por tanto, en la terapia un movimiento primordial es llevar los problemas y sus posibles soluciones al presente. En este sentido, el cambio en terapia implica una discontinuidad en el tiempo, es decir, la lectura diferente del presente permite la elección de un nuevo pasado y la imaginación de otros futuros posibles (Boscolo & Bertrando, 1992).

## **LA INTERVENCIÓN MODELO MILÁN**

Para hablar sobre el método de interrogatorio circular, es importante describir el concepto de circularidad. La circularidad es la habilidad del terapeuta para dirigir su indagación sobre la base de las retroalimentaciones de la familia en respuesta de la información que el terapeuta pide acerca de las relaciones, y por tanto de las diferencias y los cambios. En este sentido, se utiliza el método de interrogatorio circular para obtener información sobre las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del problema (Selvini, et al., 1990). Sin embargo, el interrogatorio por sí mismo introduce información y puede generar un cambio en el sistema familiar, de allí que el interrogatorio se convierta en parte fundamental de la intervención en el modelo de Milán.

El interrogatorio circular brinda la posibilidad de quebrantar el sistema de creencias de la familia que está fijado en “verdades”, a través del lenguaje de relación y preguntan que implican patrones y no hechos. Asimismo el

interrogatorio circular se usa para desarrollar, refinar y descartar hipótesis, lo cual a su vez permite crear un contexto de curiosidad y neutralidad (Cecchin, 1989).

Existen diferentes tipos de preguntas circulares que se mencionan a continuación (Selvini et al., 1990):

1. Preguntas que indagan la relación entre dos o más miembros de la familia
2. Preguntas de investigación diacrónica, averiguan cambios en la relación antes y después de algún hecho preciso
3. Preguntas que exploran diferencias de conductas en la relación entre diferentes miembros de la familia.
4. Preguntas que investigan conductas interactivas que se dan en determinadas circunstancias entre los diferentes miembros de la familia.
5. Preguntas de categorización y comparación de los distintos miembros de la familia en referencia a una conducta o interacción.
6. Preguntas que averiguan relaciones tríadicas
7. Preguntas desde el punto de vista del observador
8. Preguntas hipotéticas
9. Preguntas orientadas al futuro

Las preguntas orientadas al futuro cuestionan una premisa familiar o proponen otra, como consecuencia plantean un mapa familiar diferente. Este tipo de preguntas introducen bastante información que suprime casi el uso de una prescripción o comentario al término de la sesión (Boscolo et al., 1987).

Otra de las intervenciones del modelo de Milán, es la transmisión de un mensaje a la familia al final de la sesión, el cual previamente fue discutido (durante la inter-sesión o pausa) con el equipo terapéutico. La necesidad de esta discusión con el equipo reside en dar sentido a lo que emerge en la sesión, de reconstruir una historia, que se restituye en forma de intervención final.

Para Boscolo et al. (2004), el hablar con los clientes es una intervención, por tanto la intervención dura toda la sesión, no solamente la última parte donde se hace la "intervención final", lo cual para el autor es incorrecto denominarse así.

## **CONSIDERACIONES FINALES MODELO DE MILÁN**

Según Mackinnon (1983), el modelo de Milán se distingue por tener una perspectiva estética, la comprensión que hace de la familia se fundamenta en identificar los patrones que la conectan. El empeño de sus creadores por mantener la integridad y aplicación creativa del pensamiento sistémico en su metodología práctica, clasifica este enfoque como una terapia mucho más estética que práctica.

Una crítica que se le hace al modelo es la dificultad para predecir los resultados de la transformación del sistema. Los terapeutas de Milán afirman que no tienen metas específicas. Se puede decir que tienen una meta de la meta, que es la transformación de los patrones relacionales en la familia. Según Mackinnon (1983) la falta de metas hace que los resultados sean mucho más difíciles de evaluar. Esta autora argumenta que algunas familias abandonan la terapia del Modelo de Milán sin cambios aparentes, dicho resultado se puede interpretar de dos maneras diferentes: para que los cambios sean evidentes es necesario que la familia asimile la información que ingresa; o la deserción también está abierta a interpretarse como una terapia ineficaz.

Considero que el Modelo de Milán más allá de ser un conjunto de preguntas, técnicas o estrategias, es una postura filosófica, es una manera de ser y estar frente al consultante en el ejercicio psicoterapéutico, implica diversas destrezas, lentes, como la curiosidad e irreverencia, el proceso de la terapia es un producto artesanal, se co-construye sesión con sesión entre terapeuta y consultante, en palabras de Boscolo y Cecchin, la terapia tiende desde la primera sesión a poner en marcha cambios que no están preestablecidos o predeterminados como un programa o receta, sino cada sesión es como si fuese la primera (Boscolo y Cecchin, 1996 citado en Rodríguez, 2004)

## **2.2 Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados.**

### **JEFATURA FEMENINA**

La configuración de hogares con jefatura femenina responde al aumento de separaciones, divorcios, migración, abandonos masculinos y embarazos de mujeres jóvenes que permanecen solteras (García & De Oliveira, 2005; Lázaro, 2005).

El aumento de la participación femenina en el mundo laboral y el mayor acceso a la educación, permite o facilita la ruptura de vínculos conyugales no satisfactorios o violentos y la creación posterior de hogares con jefatura femenina (García & De Oliveira, 2005; Ordaz et al., 2010).

Según García y De Oliveira (2005) en México, los hogares encabezados por mujeres incrementaron significativamente en el decenio 1990-2000, en comparación a décadas anteriores. También encontraron que los hogares con jefas no necesariamente son los más pobres, se sabe de la presencia de varios contribuyentes al presupuesto familiar, así como ingresos adicionales al trabajo extradoméstico de las jefas, lo cual contribuye a garantizar su nivel de bienestar.

En un estudio realizado en la Cd. de México y Monterrey se encontraron resultados muy interesantes sobre las mujeres jefas de hogar y su dinámica familiar, los hallazgos encontrados son en relación a tres aspectos (García y De Oliveira, 2005):

**1) La participación de los integrantes de la familia en los trabajos reproductivos o domésticos.** Las jefas de hogar enfrentan y manejan grandes exigencias en lo que respecta a la ejecución de tareas económicas y reproductivas. Tienen una mayor responsabilidad o carga de trabajo en las

múltiples labores domésticas que son centrales en la organización de la vida familiar. Además combinan estas actividades, con actividades extradomésticas, asumen la responsabilidad de generar y aportar recursos económicos necesarios para su manutención y la de su familia.

**2) La participación de los integrantes en la toma de decisiones.** Las jefas de familia tienen un mayor poder de decisión al interior de sus hogares, el número de decisiones que toman equitativamente entre los miembros de la familia es reducido. Gran parte de las jefas asumen la búsqueda de la manutención económica de sus hogares, se hacen cargo de un importante número de labores reproductivas y tienen la última palabra en la toma de decisiones cruciales para la organización y reproducción de sus hogares.

**3) La exposición de violencia intrafamiliar a continuación se muestran.** Las jefas han estado más expuestas a situaciones violentas a lo largo de sus vidas de pareja, lo cual probablemente es un factor que influye y explica la disolución conyugal y la formación de hogares encabezados por mujeres.

Según Meler (2010), debido a los esfuerzos extraordinarios y las carencias a las que pueden estar expuestas las mujeres jefas de hogar y sus hijos(as), es indispensable la creación de políticas públicas que impulsen la participación de la sociedad para hacerse cargo de la reproducción generacional, garantizando las condiciones mínimas para hacer compatible trabajo, hogar y escuela. Es importante que con la creciente paridad social y política entre hombres y mujeres se refleje en prácticas de crianza compartida por ambos padres y que esta tendencia continúe más allá de los cambios del vínculo conyugal.

Esta autora propone en el caso de las mujeres que encabezan hogares la necesidad de destinar recursos institucionales para atender a los niños, así como la coordinación de los horarios de trabajo con las escuelas y una mayor flexibilidad en los lugares de trabajo. Sin embargo, las políticas sociales han atendido



prioritariamente las necesidades del ámbito público, descuidando los requerimientos del privado, sin comprender que ambos son inherentes y que el desarrollo económico depende de las condiciones de los trabajadores(as).

Los cambios en la estructura social con el aumento de la jefatura femenina transforman las representaciones que hombres y mujeres tienen de las funciones y actividades cotidianas, de los espacios y de las identidades. Los hombres, al dejar de ser los únicos que proveen económicamente dentro del núcleo familiar, propician que las mujeres contribuyan al grupo, asuman la jefatura, redefinan su posición y condición social, acepten o rechacen la maternidad, el matrimonio y busquen una mayor autonomía individual (Lázaro, 2005). Sin embargo, es necesario tener presente la necesidad de que los padres participen de la crianza, como contrapartida de la incorporación de las mujeres al mundo del trabajo (Meler, 2010).

## **SEPARACIÓN O DIVORCIO**

En la actualidad está fuertemente cuestionada el ideal de pareja “para toda la vida”, tal y como se pensaba hace medio siglo o más. La disolución de la relación de pareja antes de la separación por la muerte (“hasta que la muerte nos separe”) es una posibilidad cada vez más frecuente (Biscotti, 2006).

Desde mediados de los sesenta, en los países occidentales los índices de divorcio han aumentado considerablemente. A diferencia de lo que ciertas opiniones consideran, no es la familia la que se está destruyendo, ya que muchos divorciados vuelven a casarse, lo que ya no se sostiene es la idea de la unión para toda la vida, esto se debe principalmente a (Meler, 2010):

- La tendencia hacia la búsqueda de placer erótico.
- La independencia económica de las mujeres.

Las familias y seguirá siendo la base para que la sociedad se mantenga, ya que cumple con funciones reproductivas, operativas, así como de cuidado y socialización temprana de los hijos. Lo que está cambiando son las estructuras o configuraciones familiares que tradicionalmente se tenían (Meler, 2010; Rodríguez & Padilla, 2010).

La tendencia es que disminuya o se modifique la concepción que se tiene del modelo tradicional de familia, la llamada “familia nuclear”, integrada por el padre, la madre y los hijos(as), así como los roles tradicionales que desempeñan sus miembros, por ejemplo: el padre como el único proveedor económico de la familia y la madre como la encargada del cuidado de los hijos y el hogar (Rodríguez & Padilla, 2010).

Las principales tendencias son el aumento de las rupturas conyugales y el aumento de los hogares monoparentales, unipersonales y de las familias reconstruidas. El cambio de modelo en la familia, que se evidencia desde los años setentas, responde a los ajustes de la realidad cotidiana en lo social, lo económico e ideológico (CEPAL, 1993).

La información que resultó del análisis de la situación conyugal en México según datos del INEGI (2008) es la siguiente (Rodríguez & Padilla, 2010):

1. Cada año se divorcian más mexicanos que el año anterior, pero la diferencia relativa entre un año y el siguiente se va haciendo más pequeña.
2. Se reduce el número de mexicanos que se casan
3. No hay aumento desproporcionado de divorcios en cuanto al número de matrimonios con respecto a las tendencias sostenidas
4. Los divorcios y los matrimonios en los últimos años muestran tendencias a la estabilización
5. Los divorcios y las separaciones en México aumentan día con día

El divorcio constituye una crisis accidental dentro de la familia, ante una situación así, la familia se transforma radicalmente, en la mayoría de las ocasiones, los integrantes, en especial los hijos(as), tienen dificultades para adaptarse a la nueva estructura familiar. Algunas veces se sienten rebasados por un entorno prácticamente nuevo o diferente, con cierto desconcierto de lo que ocurre, generando vulnerabilidad por una situación que se percibe como ajena (Rodríguez & Padilla, 2010).

En un estudio realizado en México sobre los factores que intervienen en la disolución del vínculo de pareja se encontraron cuatro principales factores: falta de comunicación, la infidelidad, los problemas económicos y la violencia. Estos factores tienen igual de importancia tanto para mujeres como para hombres. Otros factores que se encontraron fueron la desconfianza y la diferencia de estatus socio – económico. El fenómeno del divorcio, evidentemente puede tener implicaciones psicológicas en las personas que lo padecen, y los factores que lo desencadenan son diferentes en cada pareja (Limón, 2011). Según Wolcott (1999), no es sólo uno el factor por lo cual las parejas se divorcian, sino que son muchos los factores que podrían haber dado lugar al divorcio.

Según Meler (2010), los miembros más perjudicados en una familia ante la crisis de un divorcio son los hijos(as), sobre todo cuando la disolución de la pareja sucede mientras son pequeños(as), o si la separación se caracteriza por el enfrentamiento, las ofensas recíprocas y la búsqueda de descalificar al ex cónyuge ante terceros y ante los mismos hijos(as).

## **PARENTALIDAD**

En la actualidad, la mayoría de los padres tienen dudas sobre la manera más adecuada para educar a los hijos(as), generalmente repiten el estilo de crianza de sus propios padres, sin embargo, a veces estas estrategias son insuficientes para un mundo o contexto tan cambiante y complejo. La labor de ser padre o madre se

vuelve difícil, sobre todo con el aumento de los cambios sociales y avances tecnológicos que vivimos, las nuevas forma de vida, las aspiraciones personales, así como las familias en las que el padre y la madre trabajan fuera de casa, el tiempo que queda para los hijos(as) es muy escaso (Durán et al., 2004).

Debido a estas complejas transformaciones sociales que impactan a las familias, cada vez más padres de familia acuden a profesionales que orienten o los asesoren sobre cómo manejar un paternaje o maternaje adecuado y pertinente a las demandas de etapas desarrollo de sus hijos(as) (Amaya & Becedóniz, 2009).

La complejidad de factores que operan en la sociedad actual, unidos a los cambios de estructura en la familia, así como de un amplio espacio de tiempo diario por parte de los padres a funciones laborales fuera del hogar, hacen que los padres y madres perciban que educar a los hijos(as) en la actualidad sea un proceso más complejo de lo que fue en momentos anteriores (Durán et al., 2004).

Las funciones parentales se apoyan de elementos tanto cognitivos que implican el reconocimiento y valoración, y como emocionales que pasan por el cariño y la ternura. En cuanto a los elementos pragmáticos, está el ejercicio de sociabilización. Los hijos son preparados por los padres para integrarse armoniosamente en la sociedad, aprendiendo tanto a respetar sus normas como a protegerse adecuadamente (Linares, 2002).

Algunas actitudes parentales positivas que tienen efectos benéficos sobre el desarrollo de los niños(as) son (Amaya & Becedóniz, 2009):

- Proporcionar afecto y apoyo
- Dedicar tiempo para interactuar con los hijos
- Comprender las características de desarrollo de acuerdo a la edad de los hijos(as)
- Establecer límites y normas adecuadas

- Comunicarse abiertamente con los hijos, escuchar y respetar sus puntos de vista y promover su participación en la toma de decisiones y en las dinámicas familiares.
- Reaccionar ante sus comportamientos inadecuados proporcionando consecuencias y explicaciones coherentes y evitando castigos violentos o desproporcionados

En los casos de separación y/o divorcio es importante señalar que la parentalidad es independiente de la conyugalidad, aunque puede existir una estrecha relación entre ambos roles, su funcionamiento no está necesariamente ligado (Linares, 2002).

La finalidad de orientar a los padres y madres de familia es para asesorarlos sobre contenidos y estrategias que les permitan desarrollar competencias personales y parentales necesarias para afrontar los retos cotidianos de la vida familiar (Amaya & Becedóniz, 2009).

### **III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

#### **3.1 Habilidades clínicas terapéuticas**

##### **3.1.1 Casos atendidos**

### 3.1.1 Casos atendidos durante la formación de la Maestría en Terapia Familiar

	<b>Caso</b>	<b>Terapeuta</b>	<b>Modelo</b>	<b>Sedes</b>	<b>Participación</b>	<b>No. de Sesiones</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Terminación del proceso</b>
1	Pareja	Beyluth, Ana, Oswaldo y Artemisa	Modelo dinámico, sistémico integrativo	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Terapeuta	8	Conflictos de pareja	Alta
2	Individual	Lydia y Beyluth	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Terapeuta	7	Conflictos familiares	Alta
3	Individual	Beyluth y equipo	Modelo de Soluciones	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Terapeuta	4	Conflicto familiares	En proceso
4	Pareja	Oswaldo y Artemisa	Modelo estratégico	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	6	Problemas de pareja	Alta
5	Familia	Eugenia	Modelos estructural	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	16	Problemas de comunicación	Alta
6	Familia	Oswaldo y Aurora	Modelo estructural y de Milán	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	22	Problemas con paternaje	En proceso
7	Pareja	Omar y Luz	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	6	Violencia intrafamiliar	En proceso
8	Individual	Selene y Artemisa	Modelo de Terapia	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo	Equipo terapéutico	9	Problemas de comunicación	Alta

			Breve MRI	Dávila			con la madre	
9	Familia	Omar y Aurora	Modelo de Terapia Breve MRI	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	3	Adicciones y problemas con el hijo adolescente	Baja
10	Individual	Oswaldo	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	10	Violencia de pareja	En proceso
11	Familia	Artemisa	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	7	Límites y violencia familiar	Baja
12	Individual	Omar	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	6	Relación con su padre y cambio de carrera	En proceso
13	Pareja	Yolanda	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	10	Violencia de pareja	Concluido
14	Individual	Ana Laura	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	1	Violencia de pareja	En proceso
15	Individual	Aurora	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	2	Violencia de pareja	En proceso
16	Familia	Ana Laura	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	3	Embarazo de hija adolescente	Alta
17	Pareja	Omar y Ana Laura	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	3	Problemas de infidelidad	En proceso
18	Familia	Luz Elena	Modelo de	Centro de Servicios	Equipo	2	Problemas	En

			Milán	Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	terapéutico		con los hijos	proceso
19	Familia	Aurora	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	1	Familia reconstituida	En proceso
20	Individual	Equipo	Modelo de Soluciones	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	3	Superar la separación de la pareja	En proceso
21	Individual	Lydia	Práctica Clínica supervisada	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	4	Problemas intrafamiliares	En proceso
22	Familia	Selene	Práctica clínica supervisada	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	1	Problemas de pareja	En proceso
23	Individual	Eugenia y Selene	Práctica clínica supervisada	Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	Equipo terapéutico	3	Problemas familiares	Baja
24	Pareja	Beyluth y Lydia	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Terapeuta	13	Conflictos de pareja	Alta
25	Familia	Aurora y Omar	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	12	Problemas con sus hijas	Canalización
26	Familia	Aurora y Omar	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	6	Problemas con los hijos rebeldes	En proceso
27	Familia	Eugenia y Yolanda	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	8	Problemas familiares	Alta
28	Familia	Eugenia y	Práctica	Centro Comunitario Dr.	Equipo	8	Problemas de	Conclui



		Yolanda	clínica supervisada	Julián MacGregor y Sánchez Navarro	terapéutico		pareja	do
29	Pareja	Oswaldo y Ana Laura	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	16	Violencia de pareja	En proceso
30	Individual	Artemisa y Selene	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	13	Adopción	En proceso
31	Individual	Artemisa y Selene	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	4	Relación con la madre	En proceso
32	Familia	Eugenia y Beyluth	Modelo estructural y estratégico	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	10	Conflictos de pareja y con los hijos	Alta
33	Familia	Eugenia y Beyluth	Modelo estructural y estratégico	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	20	Conflictos de pareja	Alta
34	Familia	Eugenia y Beyluth	Modelo estructural y estratégico	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	18	Separación de los padres	Alta
35	Familia	Eugenia y Beyluth	Modelo estructural y estratégico	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	18	Separación de los padres	Alta
36	Familia	Beyluth	Modelo de Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Terapeuta	4	Conflictos familiares	En proceso
37	Familia	Beyluth	Modelo de Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Terapeuta	1	Conflictos familiares	En proceso
38	Familia	Yolanda y Gerardo	Modelo de Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	5	Separación de los padres	Alta

39	Familia	Yolanda	Modelo de Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	4	Problemas familiares	Concluido
40	Familia	Eugenia y Gerardo	Modelo de Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	9	Violencia intrafamiliar	En proceso
41	Individual	Eugenia	Modelo de Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	4	Problemas de pareja	En proceso
42	Familia	Selene	Modelo de Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	1	Problemas de ciclo de vida - vejez	En proceso
43	Pareja	Selene y Gerardo	Modelo de Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	7	Alcoholismo y problemas de interacción	En proceso
44	Familia	Lydia	Modelo de Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	2	Violencia y alcoholismo	En proceso
45	Pareja	Ana Laura	Modelo de Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	1	Mal carácter del padre	En proceso
46	Familia	Ana y Aurora	Estructural	San Lorenzo	Terapeuta	8	Problemas con la hija adolescente	Baja
47	Individual	Ana	Colaborativo	San Lorenzo	Terapeuta	18	Violencia	En proceso
48	Individual	Ana	Colaborativo	San Lorenzo	Terapeuta	5	Problemas con pareja	Baja
49	Familia	Ana	Colaborativo y Narrativo	San Lorenzo	Terapeuta	6	Que no les afecte que la gente los vea	Alta
50	Individual	Selene	MRI	San Lorenzo	Terapeuta	23	Problemas con hijo adolescente	Alta
51	Individual	Selene	MRI	San Lorenzo	Terapeuta	1	Problemas de	En

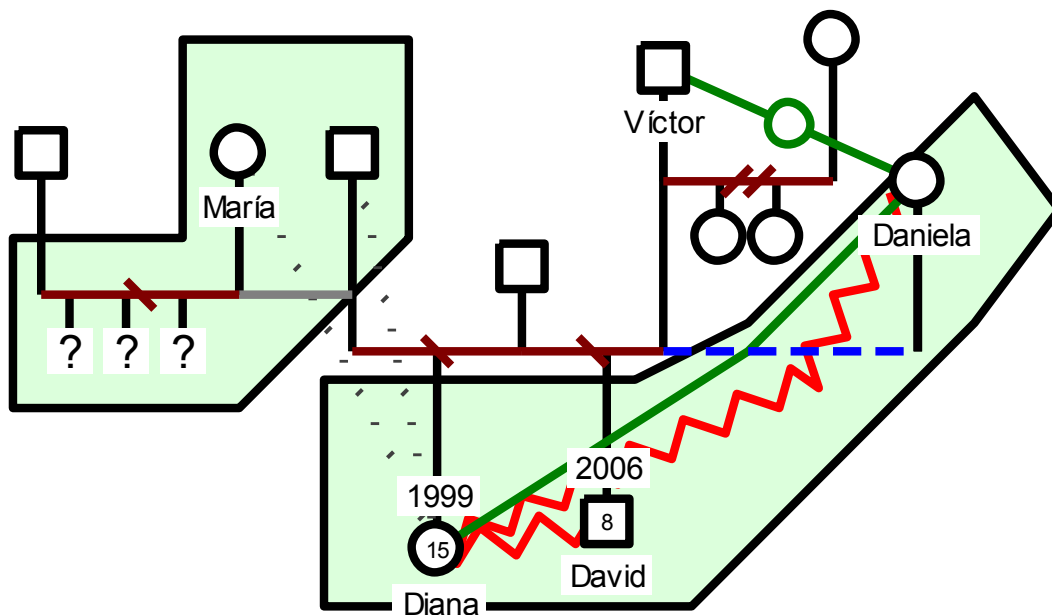
							pareja	proceso
52	Individual	Yolanda	Narrativa	San Lorenzo	Terapeuta	10	Problemas de pareja	Concluido
53	Pareja	Aurora y Ana	MRI	San Lorenzo	Terapeutas	3	Violencia intrafamiliar y alcoholismo	Baja
54	Pareja	Aurora y Ana	MRI	San Lorenzo	Terapeutas	5	Violencia intrafamiliar y adicciones	Baja
55	Individual	Aurora y Ana	Estratégico	San Lorenzo	Terapeutas	4	Problemas de pareja e inseguridad	Baja
56	Individual	Aurora	Colaborativo	San Lorenzo	Terapeuta	15	Problemas de maternaje	Proceso
57	Individual	Aurora	Soluciones y Narrativo	San Lorenzo	Terapeuta	13	Miedo a la obscuridad y a los hombres	Proceso
58	Individual	Aurora	Soluciones y Narrativo	San Lorenzo	Terapeuta	8	Mejorar paternaje y decisiones en lo laboral	Proceso
59	Individual	Aurora	MRI	San Lorenzo	Terapeuta	2	Superar la separación de pareja	Proceso

**3.1.2 Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en la que se atendió como terapeuta**

**INTEGRACIÓN DE CASO 1 - FAMILIA "G"  
MODELO ESTRUCTURAL**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
<i>Datos de la familia</i>	Madre	Jefa de hogar, comercialización de materiales médicos o quirúrgicos
	Hija	Tiene 15 años y cursa el último grado de secundaria
	Hijo	Tiene 8 años y cursa la primaria
<i>Motivo de consulta</i>	Conflictos o peleas entre los hijos, la hija refiere que le molesta que su hermano la imite y considera que su mamá no es equitativa en el trato con ella y su hermano.	
<i>Terapeutas</i>	Huerta Ramírez Yolanda y Zamora Uribe Eugenia	
<i>Supervisora</i>	Dra. Noemí Díaz Marroquín	
<i>Equipo terapéutico</i>	Alonso Vázquez Omar, Guel Montoya Lydia, Moncayo Ponce Beyluth y Quiróz Torres Aurora	
<i>Número de sesiones</i>	8	

**FAMILIOGRAMA:**



**DESARROLLO DE LAS SESIONES:**

- Los nombres de los miembros de la familia fueron cambiados para proteger la confidencialidad o anonimato de la familia.

**Primera sesión - 9 de febrero de 2012**

<i>Miembros que asistieron a la sesión</i>	Madre e hija
<i>Objetivo de la sesión</i>	Explorar el motivo de consulta de la madre, la cual refiere ser agresiva, explosiva y de mal carácter con sus hijos.

**RESUMEM DE LA SESIÓN:**

Al iniciar la sesión se le explicó a madre e hija sobre la función de la cámara de gessell, para lo cual ambas estaban de acuerdo. Posteriormente se pretendía dar una presentación o encuadre, sin embargo, Daniela (madre) inmediatamente comenzó a relatar sobre su situación actual: expresa que aproximadamente hace un año decide mudarse junto con sus hijos de la casa de sus padres, esto con la finalidad de ubicar su negocio en un lugar adecuado para cumplir con los requerimiento que le solicita la Secretaria de Salud, puesto que ella es comercializadora de materiales para este sector. Aunque, a raíz de la emancipación, se han presentado conflictos dentro del sistema familiar, Diana (hija) y David pelean constantemente. Diana refiere que su hermano constantemente la imita y por tanto quiere realizar las mismas actividades que ella hace, lo cual le molesta. Diana expresa que su madre no es equitativa en el trato con ella y su hermano. La madre refiere que cuando surgen peleas entre sus hijos ella se pone como “histérica”, es decir, les grita, pega y castiga. La forma de castigarlos es pedirles que se abracen por 10 o 15 minutos y que se digan que se quieren mucho y que lamentan el daño cometido, durante el castigo los hijos se pellizcan.

Actualmente la madre tiene pareja: Víctor, ella refiere que su pareja le pidió que “formalizaran” la relación, lo cual consiste en convivir libre y abiertamente con sus familias respectivas, así como salir de vacaciones.

Diana habla con su papá por teléfono para pedirle dinero y su padre se niega, argumentando que María (pareja del padre), le pide dinero para cosas.

La actual pareja de la madre apoya económicamente a Diana, le otorga 500 pesos semanales, sin embargo, la madre los tiene retenidos como castigo.

En dos ocasiones la madre se fue el fin de semana a Cuernavaca para pasar tiempo con su pareja y la familia de él. En esas dos ocasiones Diana se salió sin permiso y hubo problemas.

### **Segunda sesión - 23 de Febrero de 2012**

<b>MIEMBROS QUE ASISTIERON</b>	Madre, hija e hijo
<b>OBJETIVO(S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagar sobre las reflexiones que la madre hizo sobre la pregunta que se dejó de tarea: ¿Por qué resuelve conflictos individuales con sus hijos y no puede hacerlo en conflictos entre ellos?</li> <li>• Conocer la percepción de David respecto a la problemática familiar.</li> <li>• Explorar las expectativas que tiene David sobre el proceso terapéutico.</li> <li>• Entrelazar las diversas historias de los integrantes para descifrar la pauta que crea malestar en la familia, así como las soluciones intentadas que no han sido eficientes.</li> </ul>

### **RESUMEN DE A SESIÓN:**

La madre acude a la sesión sola, señalando que posteriormente Diana y David se integran a la sesión, ya que se encuentran realizando actividad escolares. Al iniciar la sesión se explora sobre la pregunta que se dejó de tarea para la madre, sin embargo, la madre evade la respuesta varias veces, por lo tanto, las terapeutas aplican las técnicas de intensidad y foco de Minuchin para obtener la respuesta a la pregunta. La madre habla sobre la pauta de las peleas entre hermanos: refiere que David pide atención a su hermana Diana, sin embargo Diana rechaza a David y la madre refuerza el rechazo al pedirle a Diana que atienda a su hermano, asimismo David intenta con más empeño obtener atención.

Cuando Diana y David se integran a la sesión, las terapeutas dan el encuadre a David, asimismo se explora sobre expectativas de la terapia.

Comentan sobre la pelea que hubo por la computadora. Las terapeutas exploran la pauta y los aspectos conductuales de las peleas tomando como ejemplo esta última desavenencia entre los hermanos. Como inicia, como se desarrolla y como termina. Que ocurre antes durante y después. Frecuencia duración y periodicidad. La solución de la madre es pararlos abrazados y obligarlos a repetir “Es mi hermano y lo quiero”, lo cual resulta paradójico, puesto que se está forzando a hacer algo que es espontáneo: las muestras de cariño entre hermanos. La manera de disciplinar de la madre es obligar a que los hermanos se abracen y que tenga que hacerlo de corazón. También se indaga sobre la efectividad de la técnica, a lo cual Diana responde que no le gusta abrazar a su hermano después de que hubo una pelea. Se les plantea la hipótesis de que David propicia que su mamá los castigue para conseguir abrazos de Diana.

Durante la inter-sesión la supervisora propone una escultura y directiva, con la finalidad de cambiar la pauta: en lugar de pedirles que se abracen, mamá los abraza a cada uno por separado, les manifieste su amor y lo importante que son para ella, posteriormente los envíe por separado a su cuarto.

La escultura consistió en que cada uno de los hermanos debía de jalar uno de los brazos de la madre, como peleando o luchando por la madre. Los miembros de la familia lloran al realizar la escultura

La pauta es la siguiente: cuando Diana quiere llamar la atención de mamá, David reacciona para pedir su atención. Cuando David se acerca a mamá, Diana reacciona para pedir más atención de la madre. Ambos hijos piden el tiempo, la atención y el cariño de mamá.

La madre abraza y a David y le dice lo importante que es para ella y lo mucho que lo quiere, después se le pide que realice lo mismo con Diana, sin embargo, Diana se abstiene de abrazar a madre y hermano, a la madre le cuesta trabajo describir las cualidades/virtudes de Diana.

La sesión finaliza al darle la directiva a la madre de abrazar a cada hijo por separado y decirles lo mucho que los quiere y son importantes para ella. Se cita

para la siguiente sesión primeramente a la hija Diana, para hablar con ella respecto a la relación con su hermano.

### **Tercera sesión - 8 de Marzo 2012**

<b>MIEMBROS QUE ASISTIERON</b>	Hija
<b>OBJETIVO(S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar sobre la relación de Diana con los diferentes miembros de familia nuclear y extensa.</li> <li>• Indagar sobre las redes de apoyo social con las que cuenta Diana.</li> <li>• Conocer la percepción de Diana respecto a la problemática familiar.</li> <li>• Investigar el vínculo fraternal Diana-David</li> <li>• Explorar respecto a lo que se suscitó al final de la sesión 2: cuando se le pide que abrace a madre y hermano se niega hacerlo y dice: “Cuando se me olvida puedo abrazarlo”.</li> </ul>

#### **RESUMEN DE LA SESIÓN:**

Al iniciar la sesión se indaga sobre la relación de Diana con su madre, refiere que la relación con su padre es distante puesto que María (pareja del padre) impide que haya tiempo o espacios de convivencia entre padre e hija. Menciona que la relación entre David y María es buena, incluso le dice mamá. David lleva buena relación con los hijos de María y Diana nada más con el mayor ya que se identifican por tener la misma edad. Diana expresa que cuando quiere hablar con su papá, llega María y sus hijas y lo acaparan. María se enoja si pasa tiempo a solas con el papá

Los fines de semana, sábados por la tarde, la madre se va con su pareja a Cuernavaca y a veces regresa los domingos por la noche o los lunes por la mañana.

El sábado y domingo cuando mamá esta fuera, le toca a Diana cuidar a David, lo lleva al parque y a veces la acompaña cuando sale consus amigas. También Diana ayuda a David a hacer su tarea y lo enseña.



La madre y David llegan media hora después para integrarse a la sesión, sin embargo, las terapeutas preguntan a Diana si prefiere continuar con la sesión sola y ella contesta que sí.

Diana refiere que la pareja de su mamá, Víctor, impone sus puntos de vista a las personas, así como a su mamá. Diana refiere que ella no ha permitido que él imponga sus puntos de vista, le desagrada bastante esta actitud de él.

Cuando Diana, mamá y hermano vivían en la casa de la abuela, la abuela fungía como madre de los tres, sin embargo, la abuela era estricta y una vez que se mudaron a su actual casa, se sintieron más libres.

Diana refiere que la situación que ha vivido le ha permitido ser independiente y desarrollar recursos de autosuficiencia, ya que desde pequeña tuvo responsabilidades de una adulta.

Con base en lo platicado en la inter-sesión se le refleja a Diana que ella cuida a todos, sin embargo, ¿Quién la cuida a ella? ¿O quién podría cuidarla? o ¿quién le gustaría que la cuidara?, a lo cual ella contesta que no quiere que alguien la cuide.

#### **Cuarta sesión - 22 de Marzo 2012**

<i>MIEMBROS QUE ASISTIERON</i>	Madre, hija e hijo
<i>OBJETIVO(S)</i>	Indagar acerca de la realización de la tarea que se dejó en la sesión 2

#### **RESUMEN DE LA SESIÓN:**

La madre refiere que en estos quince días les ha ido muy bien, no han peleado Diana y David, sin embargo, indica que David no ha querido hacer la tarea lo cual le ha ocasionado dificultades para que tenga un desarrollo escolar satisfactorio.

La madre comenta que en ocasiones le ha ayudado María (pareja del papá de Diana) a hacer la tarea, pero cuando regresa a casa, David se porta grosero con la madre, suponen que María lo mal aconseja.

Se indagó sobre las soluciones intentadas para resolver el problema de que el hijo haga la tarea, finalmente se acuerda establecer un horario para hacer la tarea, otro para convivir y otro para pasar tiempo con la madre, a David le agrada la idea. También se comenta de los cambios logrados por la familia, por un lado, Diana es más hija que madre y por lo tanto tiene más tiempo para hacer actividades de adolescente. Además la madre se encuentra más involucrada en la crianza de David, aunque el manejo de las problemáticas se le dificulte.

El castigo que tenía Diana se termina, así que va tener oportunidad de salir los fines de semana. Al parecer la madre no se encuentra saliendo con su pareja por el momento, debido a esto pasa más tiempo con sus hijos los fines de semana.

Durante la intersesión, el equipo terapéutico sugirió que era importante validar los cambios logrados en la familia, en cuanto a Diana, resaltarle su responsabilidad en el cumplimiento de las labores del hogar y en general en su rol de hija adolescente. Por otra parte, destacar a la madre su mayor involucramiento con David, así como el cambio en su agenda de fin de semana, por lo cual pasa más tiempo con sus hijos.

También en la intersesión se plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Cómo va hacerse cargo la madre de sus hijos?
- ¿Qué perdería al hacerse cargo de ellos?
- ¿Qué ganaría al hacerse cargo de ellos?
- ¿A quién le gustaría que se hiciese cargo?
- ¿De qué manera puede hacerse cargo de ellos?

Asimismo se planteó preguntarle a Daniela: ¿Cómo se está sintiendo con los cambios? Ahora en las vacaciones hay mucha oportunidad de convivencia ¿cómo le van a hacer?

En la parte final de la sesión entra la supervisora para darle una encomienda a la madre: “Daniela, date permiso de ser la autoridad de la casa, se enoje quien se enoje, tu eres la responsable de la crianza”.

Tareas para la familia:

David: poner un horario a la tarea y a la convivencia, comprometerse a cumplirla

Diana: observar si se cumplen los horarios, así como las actitudes de la madre y hermano al realizar la tarea.

Daniela: posicionarse como madre, asumir su jerarquía dentro del sistema familiar

### **Quinta sesión - 19 de Abril de 2012**

<i>MIEMBROS QUE ASISTIERON</i>	Madre, hija e hijo
<i>OBJETIVO(S)</i>	<p>Explorar sobre las tareas que se dejó a c/u de los miembros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hijo: poner un horario a la tarea y a la convivencia, comprometerse a cumplirla.</li> <li>• Hija: observar si se cumplen los horarios, así como las actitudes de la madre y hermano al realizar la tarea.</li> <li>• Madre: posicionarse como madre, asumir su jerarquía dentro del sistema familiar</li> </ul> <p>Indagar acerca de la realización de las tareas que se dejaron en la sesión 4 y sobre cómo se dio la relación familiar en estas vacaciones.</p>

### **RESUMEN DE LA SESIÓN:**

La madre refiere que David ha estado haciendo su tarea por lo que no han peleado en estos días. Diana comenta que David ha hecho la tarea pero con ayuda externa y que la madre no ha participado mucho en ello. Al preguntar a David sobre su propuesta de horarios para hacer tarea y para convivir, éste comentó que Daniela había roto su propuesta y Daniela se extrañó diciendo que lo que rompió no fue la propuesta sino el papelito que David había realizado en la sesión y que no habían acordado horarios para tareas y convivencia porque no había sido necesario ya que David estaba trabajando bien.

Al preguntarles acerca de la forma en que se habían dado las vacaciones Daniela comentó que todo bien, pero Diana dijo que ella si había tenido problemas con David, que Daniela ya se está yendo más días con su pareja. Uno de esos días que Daniela estaba fuera, y los hijos en casa de una tía, Diana fue por su hermano a las 9 de la noche a casa de los abuelos maternos y éste se había resistido a irse y la había golpeado, pero finalmente logró llevarlo a casa y estando en casa David le dijo que lo único que quería era ir a cenar con sus abuelos y Diana ofreció ir a cenar con la tía que se estaban quedando, pero David insistía en irse con los abuelos. Diana comenta que llamó a la madre y ésta le dijo que para que lo tenía haciendo berrinche que mejor lo dejara irse y Diana le dijo que no, que se acordara que ya habían quedado en que David no se quedaría a dormir con los abuelos a lo que la madre contestó que hiciera lo que ella quisiera. Se le preguntó a Daniela si había ampliado los días de permanencia con su pareja y contestó que sí porque está yendo a Cuernavaca a un curso de etiqueta y cuando se le preguntó si no podría tomarlo en México para estar más tiempo en casa con sus hijos contestó que no porque su pareja se lo había contratado en Cuernavaca no en México.

Se le preguntó a Diana cómo se había sentido ahora que su madre había ampliado los días de permanencia con su pareja y contestó que ya se lo esperaba y cuándo se le preguntó por la forma en que se sentía cuando David no le hacía caso contestó que siempre había sido así, se le preguntó si no consideraba que era mucha responsabilidad para ella hacerse cargo de su hermano y respondió que así había sido siempre y que ya estaba acostumbrada. Se preguntó a Daniela que pensaba acerca de que Diana fuera responsable de David y dijo que así había sido antes porque ella siempre ha trabajado, pero que Diana por fin entiende que ella necesita tener una pareja que antes no lo entendía pero ahora sí y ni modo que ella se regrese de Cuernavaca después de su curso de etiqueta y luego se vuelva a ir a convivir con su pareja, que sería muy complicado, por eso prefiere quedarse allá desde el sábado temprano.

Se preguntó a David porque había querido quedarse en casa de los abuelos y contestó que porque ahí están sus tíos y primos y juega con ellos y le ayudan a hacer la tarea, se le preguntó si prefería estar en casa de los abuelos y contestó que sí.

Durante la intersesión, el equipo terapéutico sugirió que se preguntara a los hijos de la familia cuáles habían sido las ventajas y desventajas de cambiarse de casa y cómo se sentían respecto al cambio.

Diana contestó que para ella estuvo mejor porque está sola y tiene más libertad y David dijo que está mejor vivir aparte de los abuelos pero no supo explicar por qué. Se preguntó a David si le gustaría quedarse con los abuelos y esbozó una gran sonrisa y dijo que sí. Se le preguntó a Daniela si no sería conveniente que durante una temporada y a manera de prueba David se fuera a vivir con los abuelos y contestó que no podía quedarse a dormir y que no creía que los abuelos lo aceptaran, Diana dijo que estaría bien que se quedara con ellos pero que había habido un problema y David no podía quedarse a dormir ahí pero que no podía hablar de ello delante de David, por lo que se acordó que en la siguiente sesión David se incorporaría media hora después para poder hablar con Diana y Daniela sobre el problema. Se preguntó a Diana con quien se llevaba mejor ella y dijo que con una tía porque hacían muchas cosas juntas y cuando se le preguntó si le gustaría vivir con ella dijo que no, que a ella le gusta vivir en su casa porque todo el día está sola.

Se dejó como tarea explorar la posibilidad de que David viva una temporada con los abuelos y que se haga la tarea dejada en la sesión 4 respecto al horario de tareas y convivencia.

**Sexta sesión - 3 de mayo de 2012**

<i>MIEMBROS QUE ASISTIERON</i>	Madre e hija
<i>OBJETIVO(S)</i>	Conocer porque David no puede quedarse a vivir con los abuelos maternos.

**RESUMEN DE LA SESIÓN:**

Daniela inició la sesión diciendo que prácticamente ya no tiene problemas para que David haga la tarea debido a que le puso como condición para llevarlo al Pentatlón que haga las tareas y que si no las cumple no lo lleva, y que el Pentatlón ha servido también para que ya no le pegue a Diana porque en el Pentatlón les han dicho que a las mujeres no se les pega ni con el pétalo de una rosa. Comentó que David ya no hace berrinches cuando se tiene que ir de casa de sus abuelos, porque ya no van por él sino que ella le habla a la abuela por teléfono y le pide que le mande a David y se lo mandan pronto.

Se les preguntó porque David no podía quedarse con los abuelos y la mamá dijo que porque había habido problemas pero que mejor lo explicara Diana porque ella era la que sabía bien. Diana comentó que el sábado anterior su mamá había quedado de llegar temprano por ellos a casa de los abuelos para recibirlos de las vacaciones que habían tomado con el papá de Diana, pero que llegó hasta el otro día, y que le dijeron a Diana que María la esposa de su papa, sus tías y su abuela habían estado hablando de su mamá y de ella. Que de ella habían dicho que era una “puta drogadicta” y de su mamá que “era una desobligada y que por andar de puta no se hacía cargo de sus hijos”.

Diana comentó que su papá le había dicho que María no había hablado mal de ellas, que habían sido las tías y que quería que hablaran los cuatro para que se aclararan las cosas. En un principio Diana estuvo de acuerdo pero después le dio miedo que María le hiciera algo a su mamá porque le dijeron que es muy brava y decidió que era mejor que su mamá no estuviera presente. Se comentó en la sesión que era muy extraño que Diana tuviera que ser quien protegiera a la madre en lugar de que fuera la madre la que la defendiera a ella y Daniela dijo que a lo

mejor Diana tuvo miedo a que se hiciera un escándalo porque cuando ella se enoja se pone como David. Pero que ya ambas habían hablado con su terapeuta personal y ambos terapeutas al igual que su pareja habían concluido que su familia era un cáncer nocivo y que lo mejor era ignorarla y por eso decidieron no aclarar nada. Se le preguntó de qué manera esto podría afectar a David, si podría seguir yendo con los abuelos y dijo que sí que puede seguir yendo tres horas diarias por la tarde pero no quedarse a dormir.

Durante la intersesión, el equipo terapéutico sugirió que sería conveniente quitarle a la familia la etiqueta de cáncer nocivo y hacerle ver a Daniela las grandes ventajas que ha representado para ella tener a su familia cerca y utilizar el calificativo de cáncer nocivo para decirle que la familia puede ser un cáncer si no se controla su invasión pero puede ser una gran ayuda si no nos invade, y que prueba de ello es el cuidado y compañía que les proporcionan.

Se le comentó lo anterior a Daniela y dijo que su familia es nociva, que sólo la critican. Se le dijo que dada esta circunstancia, probablemente el equipo terapéutico se había equivocado al sugerir que David se fuera a vivir con sus abuelos porque si convivía con ello era probable que se volviera nocivo como la familia. Daniela comentó que sólo se salvan unos cuantos y que con esos es con quien le gusta que David vaya, pero que realmente a ella no la ayudan en nada. Se le sugirió a Daniela que en la próxima sesión asista ella sola.

### **Séptima sesión - 7 de junio 2012**

<i>MIEMBROS QUE ASISTIERON</i>	Madre
<i>OBJETIVO(S)</i>	Indagar sobre la forma en que Daniela fue criada, para tratar de conocer el origen de su actitud con los hijos.

### **RESUMEN DE LA SESIÓN:**

Daniela llegó tarde y comentó que no asistió la sesión anterior debido a que tuvo un trabajo urgente. Se le preguntó sobre la situación con sus hijos y comentó que Diana le dijo que se va un mes de vacaciones y que a ella le parece que Diana se

merece estas vacaciones, pero que ello le impedirá irse con su pareja los fines de semana porque no habrá quien cuide a David. Se le preguntó sobre la posibilidad de que David la acompañe y de esa manera conviva más con ella y su pareja y dice que le planteará a su pareja la posibilidad de que algunas veces vaya David con ella.

Daniela comentó que la relación con David y Diana es cada vez mejor, y que también ha mejorado la relación entre ellos. Se le preguntó a que se debían esos cambios, Daniela contestó a que pasaba más tiempo con sus hijos los fines de semana, incluso redujo el tiempo que pasa con su pareja en Cuernavaca. También funcionó el haber dividido su tiempo para dedicar un tiempo por separado a cada hijo.

Se le recordó que el objeto de la terapia había sido mejorar las relaciones entre los miembros de la familia, y que con base en lo que ella decía y en lo que los terapeutas observábamos parecía que ese objetivo se había cumplido por lo que quizá sería conveniente explorar la posibilidad de concluir con el proceso terapéutico. Daniela comentó que si bien la situación había mejorado, ella pensaba que todavía no era momento de terminar y quería continuar con la terapia familiar. Se le sugirió que platicara con sus dos hijos y que acudieran todos a la siguiente sesión para indagar sobre lo que ellos piensan de continuar o no con la terapia.

Durante la intersesión, el equipo terapéutico sugirió que se le dijera a Daniela que debido al periodo vacacional la siguiente sería la última sesión del semestre y que durante el mes de julio el Centro permanecería cerrado, que durante ese mes podrían evaluar los cambios ocurridos para que con base en ello, ella decidiera continuar o terminar el proceso terapéutico. En caso de que decidiera continuar con el proceso terapéutico la sesión sería a principios de agosto, por lo tanto, que ella nos llamara a principios de agosto para comunicarnos su decisión. Le pareció que era buena idea y mostró gran tranquilidad.



**Octava sesión - 21 de Junio de 2012**

<i>MIEMBROS QUE ASISTIERON</i>	Madre e hijo
<i>OBJETIVO(S)</i>	Indagar sobre la opinión de la familia respecto a continuar o terminar la terapia

**RESUMEN DE LA SESIÓN:**

Daniela comentó que había hablado con sus hijos respecto a nuestra sugerencia de terminar la terapia y que ambos le dijeron que pensaban que si bien ella estaba mucho mejor y las relaciones se habían mejorado bastante, creían que debía continuarse con la terapia familiar. Daniela empezó a plantear que los hijos seguían peleando y David no cumplía con la tarea y que la semana pasada se había suscitado un incidente en el que David se había mostrado sumamente agresivo, que todo se originó porque David cumplió años y pidió que se le festejara en el pentatlón pero como estaba lloviendo no se pudo, Daniela y Diana trataron de hacer la fiesta en casa de los abuelos pero no estaban y fueron a casa de los tíos y tampoco estaban, David pidió ir a comer un consomé en un restaurante pero yo no había comida y se fueron a la casa ofreciéndole festejarlo después. Al llegar a la casa Daniela le dijo a David que iba a comprar algo para hacer de comer pero David estaba muy enojado porque no habían podido festejarlo y se agarró a golpes con Diana y no dejaba salir a Daniela de la casa a hacer las compras, como no hubo forma de calmarlo lo encerró en su cuarto.

Se le sugirió a David que hiciéramos un experimento en este mes de vacaciones, que cuando se enojara con Diana, él no le pegaría, y se le dijo a Daniela que le dijera a Diana que durante ese mes no podía pegarle a David y que Daniela tampoco le pegaría a ninguno de los dos, pasara lo que pasara. Se les preguntó que podían hacer para no agredirse físicamente y los dos dijeron que encerrarse en su cuarto. Se les dijo que eso es lo que iban a hacer cuando se sintieran muy enojados y que ninguno podía ir al cuarto del otro a pelear, sólo podían hacerlo cuando se les pasara el enojo, en tanto deberían permanecer en su cuarto. Los

dos estuvieron de acuerdo en hacer el experimento y piensan que Diana también lo estará.

Daniela preguntó si sería posible que David tuviera terapia individual porque le gustaba mucho ver películas agresivas y jugar juegos en lo que se mataba gente, además de que cuando iba caminando simulaba dispararle a la gente que pasaba cerca de ellos, que ella pensaba que este tipo de películas y juegos era lo que lo hacía agresivo. Se le preguntó si ella era violenta y contestó que sí, entonces se le planteó la posibilidad de que fuera el comportamiento violento de la familia la fuente de la agresión de David y que pensábamos que en el momento en que ella y Diana se comportaran menos agresivas, la agresión de David disminuiría. Ella comentó que le preocupaba mucho el carácter de David, él dijo que Daniela tenía miedo de que se convirtiera en un sicario. Ella contestó que sí es muy agresivo y sí le preocupa su comportamiento violento.

Al finalizar la sesión David y su madre abrazaron a las terapeutas, y la madre agradeció todo lo que se ha hecho por ella y su familia. David solicitó conocer al equipo terapéutico y él y su madre fueron llevados a la sala para que los conociera y una terapeuta habló con David para que viera cómo funcionaba el equipo. La madre de David agradeció al equipo terapéutico su apoyo y ayuda.

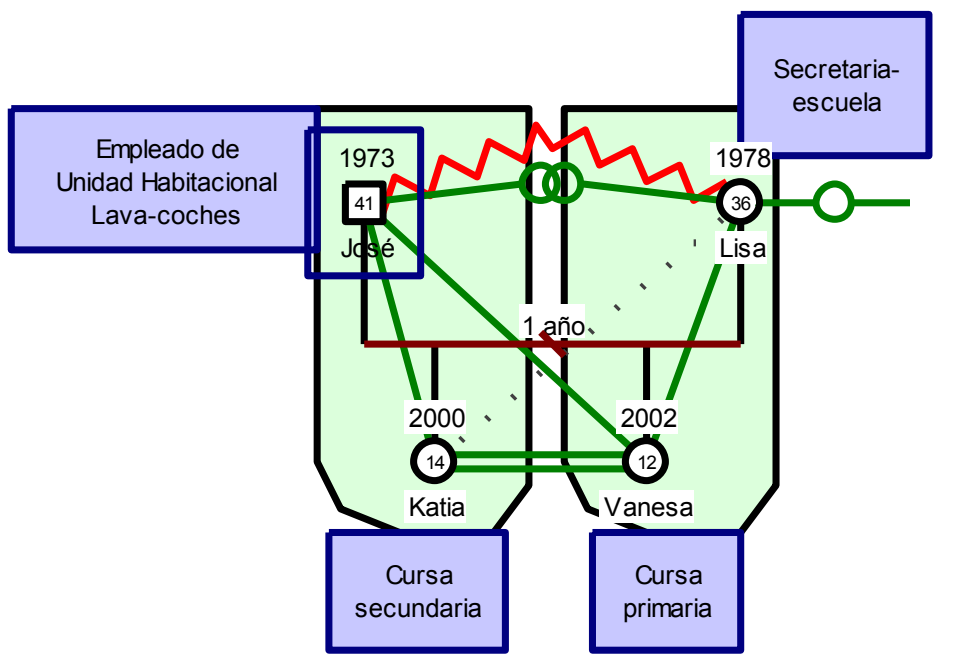
Se le ratificó a la madre el ofrecimiento de que llame los primeros días de agosto para continuar o finalizar el proceso terapéutico.

Durante la inter-sesión, el equipo terapéutico sugirió que se reforzara la tarea para el mes de vacaciones y que se alabara la preocupación de Daniela por festejar a David y se le hiciera notar a David todo lo que Daniela había hecho para festejarlo. Se mandó felicitar a Daniela porque se nota más comprometida y contenta con su papel de madre y se sugirió que se le dijera a David que tuviera en su cuarto la libreta del enojo, para que cuando estuviera muy enojado le hiciera a la libreta todo lo que quisiera. Se sugirió que se le dijera a Daniela que podía solicitar en el Centro terapia infantil para David pero había una larga lista de espera, pero que ella podría buscar en otro sitio el apoyo.

## INTEGRACIÓN DE CASO 2 - FAMILIA "R" MODELO MILÁN – BOSCOLO Y CECCHIN

<i>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</i>		
<i>Datos de la familia</i>	Padre	Edad: 41 Ocupación: empleado de unidad habitacional– Lavacoches Estado civil: separado
	Madre	Edad: 36 Ocupación: secretaria en una escuela Estado civil: separada
	Hija	Edad: 14 años, cursa la secundaria
	Hija	Edad: 12 años, cursa la primaria
<i>Motivo de consulta</i>	La pareja tiene diferentes motivos de la terapia, a Lisa le interesa recuperar/restaurar la relación con su hija Katia. En cuanto a José, dice que desea recuperar a su familia, refiriéndose tanto a su hija como pareja. No obstante Lisa muestra que ya no está interesada en regresar con José.	
<i>Terapeutas</i>	Yolanda Huerta y Gerardo Reséndiz	
<i>Equipo terapéutico</i>	Guel Montoya Lydia, Moncayo Ponce Beyluth, Zamora Uribe Eugenia, Flores Pacheco Selene	
<i>Número de sesiones</i>	5	

### FAMILIOGRAMA



## **DESARROLLO DE LAS SESIONES**

- Los nombres de los miembros de la familia fueron cambiados para proteger la confidencialidad o anonimato de la familia.

### **Primera sesión - 17 de Agosto de 2012**

<i>MIEMBROS QUE ASISTIERON</i>	Ex cónyuges
<i>TEMA(S) DE LA SESIÓN</i>	Motivo de la terapia

#### **Resumen de la sesión:**

Al inicio de la sesión Lisa relata que en su matrimonio hubo periodos de estabilidad y conflicto. Menciona que a los 2 meses de haber nacido su 1er hija, tuvo un episodio de crisis, sin embargo no menciona a que se refiere con ello. La pareja indica que la madre de Lisa estuvo enferma de insuficiencia renal por 8 ½ años, periodo durante el cual Lisa se quedó a cuidarla los fines de semana, José reprocha esta situación ya que considera que pasaba mucho tiempo en casa de su madre y lo descuido a él como pareja, señala que tenía deseos de pasar tiempo con ella.

La pareja narra que el motivo de separación fue por una discusión, donde José le da una ilusión de alternativas a Lisa para que decidiera entre alfombra, vinil y laminado para un cuarto que construyó, sin embargo, Lisa decidió que fuera Loseta, a lo cual José se negó argumentando que era muy pesado para el soporte del piso. Lisa se molestó porque sintió que su opinión no era tomada en cuenta y decide separarse. Ella le pidió a José un espacio o tiempo en la relación, pero ella comenzó a salir con otra persona en marzo. Dicha noticia se le informa a José, a lo cual reacciona con molestia ya que para él la relación no había concluido. En mayo, José le pide a Lisa que les informe a las hijas de su relación con otra persona. Ante la noticia Katia decide ir a vivir con su padre y escribe una carta a su madre, donde le hace reproches. Existe la sospecha de que el padre pudo haber leído la carta de la hija antes de ser enviada a la madre.

**Segunda sesión - 13 de septiembre de 2012**

<i>MIEMBROS QUE ASISTIERON</i>	Ex cónyuges
<i>TEMA(S) DE LA SESIÓN</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación con las hijas</li> <li>• Relación de pareja</li> </ul>

**Resumen de la sesión:**

En la pareja se percibía cierta molestia y distanciamiento, a diferencia de la sesión anterior, donde José hacía caricias a Lisa. Ella relata que la semana antepasada José busco un acercamiento con ella, pero lo rechazó, ya que no quiere lastimarlo, le dijo que ya no lo quiere y no desea estar con él, José reaccionó con enojo. Después, durante esa semana, Lisa se encontró con su hija Katia, refiere que su hija la saluda de mala gana, como si estuviera enojada. Lisa menciona que no existe relación entre el enojo de José por haber sido rechazado y el enojo de Katia.

Se ahondo en la relación con las hijas, José señala que su hija Katia percibe que su madre tiene una mayor preferencia con su hermana Vanesa, debido a que su madre tiene mayores condescendencias con Vanesa. La pareja concuerda en que les gustaría que las hijas estuvieran juntas. De hecho, José le ha mencionado a Lisa que podría tratar mal a su hija Katia, para provocar que ella regrese con la madre y hermana, dicha opción queda descartada.

Posteriormente se habló sobre el aspecto sexual de la pareja, José narra que hace aproximadamente 1 ½ mes, han tenido encuentros sexuales. José dice que ha estado tomando antidepresivos lo cual ha afectado su desempeño sexual, dada esta situación, pide ayuda a Lisa para tener relaciones sexuales. No obstante, Lisa termina por rechazar a José, el cual refiere sentirse desplazado.

**Tercera sesión - 25 de Octubre 2012**

<i>MIEMBROS QUE ASISTIERON</i>	Ex cónyuges e hijas
<i>TEMA(S) DE LA SESIÓN</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones intrafamiliares</li> <li>• Interacción entre los diferentes subsistemas de la familia.</li> <li>• Punto de vista de las hijas sobre la situación actual de la familia.</li> </ul>

**Resumen de la sesión:**

Acuden a la sesión las hijas de la pareja: Katia de 14ª y Vanesa de 12ª, inicialmente las chicas se mostraron un tanto nerviosas, mencionaron que no se imaginan el motivo de su presencia en la sesión.

Vanesa refirió que pasa tiempo en casa de su padre y hermana, sin embargo el padre señaló que la mayor parte del tiempo ella se la pasa dormida o en la computadora, por lo cual no hay mucha interacción entre padre e hija. Por otro lado, Vanesa y Katia consideran que a raíz de la separación de sus padres ellas son más cercanas como hermanas. Vanesa refiere que actualmente su padre se enoja menos que antes de la separación.

En cuanto a Katia, pareciera que es una chica fuerte, sin embargo en los momentos donde se tocó el tema de la relación con la madre, se le salieron lágrimas, expresando la tristeza y el enojo que siente. Katia refiere que no se queda en casa de su hermana porque no quiere encontrarse con su mamá, reitera que no se acerca a ella. Ante esta situación la madre también se encuentra triste y enojada, ya que por mucho tiempo no quiso acercarse a Katia debido a que le dijo que para ella estaba muerta.

El padre refiere que está a favor de que Katia y Lisa se relacionen, convivan, pero cuando la madre quiere salir con la hija, el padre dice que tiene mucha tarea, o que tiene ocupaciones, lo cual imposibilita u obstaculiza que madre e hija se relacionen. Los padres manifiestan que no se ponen de acuerdo entre ellos para toma de decisiones en cuanto a la educación de las hijas. La madre manifiesta que le gustaría convivir más con Katia, acercarse más a ella.

Al final las hijas deciden estar detrás del espejo unidireccional con el equipo.

**Cuarta sesión. 22 de Noviembre 2012**

<i>MIEMBROS QUE ASISTIERON</i>	Hijas
<i>TEMA(S) DE LA SESIÓN</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación entre las hermanas.</li> <li>• Punto de vista de las hijas sobre la situación actual de la familia.</li> </ul>

**Resumen de la sesión:**

Acuden a la sesión las hijas de la pareja: Katia de 14<sup>a</sup> y Vanesa de 12<sup>a</sup>, inicialmente los terapeutas trataron de establecer rapport preguntando a las chicas sobre sus intereses, preferencias y hobbies. Por lo general, ellas contestaron con monosílabos, sin mucha explicación o descripción, lo cual hizo complicada la conversación o interacción con ellas.

Mencionaron que su relación de hermanas es buena, Vanesa le presta dinero a Katia pero como ya tiene una gran deuda ya no le presta. Se les planteó una situación hipotética donde dieran un consejo a una familia que está pasando por la misma situación que ellas, Vanesa contestó que no se presten la ropa entre hermanas, ya que Katia toma su ropa y se la hace grande.

También se les preguntó si tienen amigas en la escuela que están pasando por la misma situación que ellas, cada una mencionó una amiga, sin embargo no se pudo obtener información que se pudiese trasladar a la situación actual de las chicas.

Se utilizó la prescripción de la varita mágica, ante la cual Vanesa contestó que aparecieran pads para cada miembro de la familia y así poder comunicarse entre sí. Se les pregunto si han deseado que sus padres se reconcilien y vuelvan a vivir todos juntos, ellas contestaron que no.

Mencionaron que sus papas últimamente han estado saliendo juntos a solas, pero desconocen a donde van o que hacen en esas salidas.

Por último se les hizo la invitación a que se sintieran en libertad de asistir a terapia cuando ellas los desearan, también se les planteo la posibilidad de sentirse en confianza para solicitar el espacio y hablar con algún miembro de la familia.

**Quinta sesión. 7 de febrero 2013**

<i>MIEMBROS QUE ASISTIERON</i>	Padre e hijas
<i>TEMA(S) DE LA SESIÓN</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios favorables en las relaciones familiares: Más cercanía de la madre con Katia.</li> <li>• Posibilidad de que Vanesa vaya a vivir con su padre y hermana</li> </ul>

**Resumen de la sesión:**

Acuden a la sesión el padre y las dos hijas, se les preguntan cómo han estado, cómo les ha ido, todos(as) concuerdan que han estado bien. José dice que han disminuido las peleas entre él y Lisa, debido a que él le da por su lado, al parecer ya no hay actitud defensiva o de ataque. Refiere que ya aceptó o se resignó la situación con Lisa, ya no insiste. Dice que Lisa ha estado ambivalente, voluble respecto a él.

También menciona que los cuatro fueron de vacaciones a la playa, en plan de familia, hubo mayor acercamiento en el nivel de pareja, la pasaron bien, sin embargo no es claro hacia dónde van ellos como pareja.

A pesar de que no existe claridad en el tema de pareja, José menciona que Lisa pasa ahora más tiempo con sus hijas, sobre todo ha habido un mayor acercamiento con Katia, lo cual ha mejorado la relación entre ellas.

Por otro lado, Vanesa expresa que le gustaría irse a vivir con su padre y hermana, ellos están de acuerdo, en cuanto a su mamá, al parecer también está de acuerdo pero le pide a Vanesa que no se lleve todas sus pertenencias personales para que posteriormente su padre no le demande una pensión alimenticia. José menciona que no haría eso y que le gustaría que sus hijas estuvieran juntas, ya sea al lado de su madre o de él.

El padre refiere que últimamente ha tenido ciertos malestares físicos que le han obligado a ocuparse más de sí mismo, de su bienestar.

Al final de la sesión se le comunico a la familia que por el momento considerábamos que ya no era necesario acudir a terapia, que se haría una pausa, se les dejó abierta la posibilidad de regresar en otro momento.



### 3.1.3 Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica con las dos familias elegidas

#### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN EN EL CASO 1

<b>ROLES</b>	La hija mayor cumple con un rol o función parental, cuando la madre no está presente se hace cargo o cuida del hermano, como si fuese un hijo.
<b>LÍMITES</b>	Hay una permeabilidad que no está siendo funcional, no se respetan los límites, existe una intromisión del subsistema fraterno al paterno, la madre no está posicionada como responsable de la crianza.
<b>JERARQUÍAS</b>	Existe una confusión de jerarquía, no hay claridad en cuanto a la figura de la autoridad, no está respetada. La hija cumple con un rol parental y entra en conflicto con el hermano, al cumplir con varias funciones de la madre tiende a hacerse cargo de su hermano.
<b>COMUNICACIÓN</b>	La familia se comunica de una manera conflictiva, los mensajes o la expresión del malestar entre los miembros se hace a través del enojo, peleas y a veces golpes

#### HISTORIA FAMILIAR

Hace un año aproximadamente Daniela y sus hijos deciden mudarse a un lugar propio, esto con la finalidad de ubicar su negocio en un lugar adecuado. Anteriormente vivían en la casa de la madre (abuela), la abuela fungía como madre de los tres, una vez que se mudaron a su actual casa, se sintieron con mayor libertad. Sin embargo, surgieron complicaciones debido a que Diana y David pelean constantemente, a la madre se le ha dificultado solucionar los conflictos que surgen entre los hijos.

La hija reclama que la madre no es equitativa en el trato que tiene con ella y su hermano y la solución que la madre interpone para resolver los problemas entre los hermanos es ineficaz. La madre pasa los fines de semana con su pareja en Cuernavaca, por lo tanto, la hija mayor queda a cargo de su hermano, de allí que ella sea la responsable de reprender, ayudarlo con las tareas y cuidarlo los fines

de semana. Esta dinámica genera conflictos entre los hermanos y la madre solicita ayuda para remediarlos.

### **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

Dado que los abuelos o papas de Daniela, desempeñaban una función parental, Daniela no se posicionó en un lugar de autoridad con sus hijos, lo cual le ha traído dificultades para asumir la responsabilidad de crianza de sus hijos ahora que viven solos. La hija mayor le ha ayudado a la madre con su labor de maternaje al asumir un rol parental, ella se hace cargo de su hermano, como consecuencia, al tomar un rol que no le corresponde obstaculiza que pueda disfrutar o vivir su etapa de hija adolescente y tener una relación de par con su hermano.

### **METAS TERAPÉUTICAS**

- Restablecer y enfatizar la jerarquía de la madre en el sistema familiar.
- Integrar el sistema familiar y fortalecer el sistema filial.
- Delimitar límites o fijar fronteras entre el subsistema materno y fraterno.
- Redistribuir la responsabilidad parental: que la madre asuma su responsabilidad materna, su autoridad y derecho de poner reglas en la familia.
- Liberar a la hija de un rol que no le corresponde, enfatizar que ella no es la madre, y su función es ser hija adolescente.
- Focalizar respecto al problema que representa para Diana fungir como madre de su hermano.

### **INTERVENCIONES, PREGUNTAS, COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS DIRIGIDOS AL CAMBIO**

#### ***Cuestionamiento de la estructura familiar: Fijación de fronteras***

La mayoría de las intervenciones realizadas a lo largo del proceso terapéutico estuvieron encaminadas a modificar la participación de los miembros de diferentes

subsistemas. Con la finalidad de regular la permeabilidad que separa a los subsistemas entre sí (Minuchin et al., 1984), a continuación se relatan las intervenciones realizadas para cuestionar la estructura familiar:

- **SESIÓN 1**

***INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:***

En esta primera entrevista se buscó establecer una alianza terapéutica y rapport con la familia, así como indagar sobre el motivo de consulta para cada miembro de la familia. Se hicieron preguntas para explorar las relaciones intrafamiliares, la situación contextual tanto anterior como actual de la familia y la definición del problema.

***COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:***

Al intercambiar con el equipo terapéutico se comentó que quizá Diana se siente sola y abandonada debido a la situación que vive en su familia. Probablemente siente que su hermano roba atención y está en constante competencia con él. Es probable que la madre sienta culpa, es importante investigar si existe y que desencadena esta culpa. También hay una confusión de roles en la familia.

- **SESIÓN 2**

***INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:***

Inicialmente se buscó indagar sobre las reflexiones que hizo la madre en relación a la pregunta ¿Por qué resuelve conflictos individuales con sus hijos y no puede hacerlo en conflictos entre ellos?, sin embargo la madre evadió la pregunta varias veces, por lo cual las terapeutas aplican las técnicas de intensidad y foco para obtener la respuesta. Sin embargo, la madre decide hablar sobre las peleas que surgen entre los hermanos, las terapeutas utilizan la información para detallar o esclarecer la pauta de interacción de las peleas entre los hermanos y como el

intento de solución que establece la madre hace que se refuerce la pauta. De esta manera se indaga sobre los aspectos conductuales de las peleas: ¿Cómo inician, se desarrollan y terminan?, ¿Qué ocurre antes, durante y después de la pelea?, ¿Cuál es la frecuencia, duración y periodicidad?

Se les plantea la situación hipotética de que quizá David propicia que su mamá los castigue para conseguir abrazos de Diana.

Durante la inter-sesión se propone una escultura y directiva, con la finalidad de cambiar la pauta: en lugar de pedirles que se abracen, mamá los abraza a cada uno por separado, les manifieste su amor y lo importante que son para ella, posteriormente los envíe por separado a su cuarto.

### ***COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:***

Se habla sobre la necesidad de fortalecer un apego seguro entre hijos y madre por separado, antes de intentar fortalecer el afecto entre los hermanos.

Se comenta que quizá la pauta es la siguiente: cuando Diana quiere llamar la atención de mamá, David reacciona para pedir su atención. Cuando David se acerca a mamá, Diana reacciona para pedir más atención de la madre. Ambos hijos piden el tiempo, la atención y el cariño de mamá. La solución intentada de la madre es pararlos, abrazados y obligarlos a repetir: “Es mi hermano y lo quiero”, lo cual resulta paradójico, puesto que se está forzando a hacer algo que es espontáneo: las muestras de cariño entre hermanos.

### **• SESIÓN 3**

#### ***INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:***

Durante esta sesión se hicieron preguntas sobre la relación de Diana con los diferentes miembros de la familia nuclear y extensa.

También se hicieron preguntas reflexivas a Diana, se le refleja que ella cuida a su familia, sin embargo, ¿Quién la cuida a ella? ¿O quién podría cuidarla? o ¿quién le gustaría que la cuidara?, a lo cual ella contesta que no quiere que alguien la cuide.

**COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:**

- El equipo se pregunta sobre lo que está ocurriendo con Diana, si la necesidad de ser cuidada es una necesidad que Diana no tiene o si es una necesidad que no se reconoce porque nunca ha sido satisfecha por una figura parental.
- La supervisora habla sobre las ventajas que tiene para Diana esta independencia-soledad. Tanto en lo anímico (soy supermujer) y en lo relacional (nadie me está poniendo reglas).
- La supervisora refiere que se deje de tarea lo siguiente: la próxima vez que Diana se sienta triste o enojada piense a quien le gustaría platicarle.
- **SESIÓN 4**

**INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:**

En general, en esta sesión se buscó la fijación de fronteras entre subsistema materno (Daniela) y fraterno (Diana y David). También se buscó la enfatización de la jerarquía de la madre en el sistema familiar, esto a través de las siguientes intervenciones:

En la sesión se acordó con David y su mamá establecer un horario para hacer la tarea, otro para convivir y otro para pasar tiempo con la madre.

Se elogia los cambios logrados por la familia:

A Diana se le reconoció su esfuerzo por ser más hija que madre y por lo tanto tener más tiempo para realizar actividades de adolescente. A la madre se le distinguió su mayor involucramiento en la crianza de David, aunque el manejo de las problemáticas se le dificulte. También se le destacó el cambio en su agenda de fin de semana, por lo cual pasa más tiempo con sus hijos.

Al final de la sesión se le hace la siguiente encomienda a la madre: “Daniela, date permiso de ser la autoridad de la casa, se enoje quien se enoje, tu eres la responsable de la crianza”.

Se le dejo una tarea a cada miembro de la familia:

- David: poner un horario a la tarea y a la convivencia, comprometerse a cumplirla.
- Diana: observar si se cumplen los horarios, así como las actitudes de la madre y hermano al realizar la tarea.
- Daniela: posicionarse como madre, asumir su jerarquía dentro del sistema familiar.

### ***COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:***

Es importante seguir remarcando a Diana que ella no es la mamá, al mismo tiempo, devolver a la madre la responsabilidad, la autoridad y derecho de poner reglas en la familia, como consecuencia, los hijos tiene la tarea de ser hijos.

Diana se encuentra muy conectada con la madre, por lo tanto, habrá que continuar delimitando límites entre subsistema materno y fraterno.

Durante la sesión Diana tiene una actitud mucho más suelta y relajada, incluso jugando con la silla, actuando como hija, aunque ella duda de los cambios logrados en la familia.

Durante inter-sesión se plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Cómo va hacerse cargo la madre de sus hijos?
- ¿Qué perdería al hacerse cargo de ellos?
- ¿Qué ganaría al hacerse cargo de ellos?
- ¿A quién le gustaría que se hiciese cargo?
- ¿De qué manera puede hacer cargo de ellos?

### **• SESIÓN 5**

#### ***INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:***

En esta sesión se realizaron intervenciones en la búsqueda de una mayor delimitación de límites entre el subsistema materno y fraterno, en este sentido se le preguntó a Diana si no consideraba que era mucha responsabilidad para ella

hacerse cargo de su hermano. También se le preguntó a Daniela su opinión acerca de que Diana fuera responsable de David.

**COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:**

Se comentó sobre qué estrategias o intervenciones implementar para que Daniela se involucre más en la crianza de los hijos y considere la posibilidad de que David viva con los abuelos ya que parece que él prefiere estar con ellos y esto liberaría a Diana de la responsabilidad de hacerse cargo de su hermano.

- **SESIÓN 6**

**INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:**

Se enfatizó en la fijación de fronteras entre el subsistema materno y fraterno, en este sentido se le reflejó a Diana la inversión de roles, al sentirse su responsable de proteger a la madre en lugar de que fuera la madre la que la defendiera a ella. Se trató de cuestionar la premisa de que la familia extensa es un cáncer nocivo y reconocer las grandes ventajas que ha representado para Daniela tener a su familia cerca. Puede ser un cáncer nocivo si no se controla su invasión pero puede ser una gran ayuda si no invade por completo, prueba de ello es el cuidado y compañía que les proporciona la familia extensa.

**COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:**

Se comentó la forma en que Daniela está desligada de los hijos, lo que incluso le impide ver la forma en que sus familiares la ayudan, ya que al considerarlos ajenos a ella considera que el favor de la familia es para los hijos no para ella. Quizá Daniela a está viviendo una etapa de romance en la que no caben los hijos, todo lo que hace gira alrededor de la pareja.

- **SESIÓN 7**

***INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:***

En esta sesión se elogió que Diana se tome un mes de vacaciones para descanso y disfrutar.

Daniela relató que los cambios en la familia se deben a que pasa más tiempo con sus hijos los fines de semana, incluso redujo el tiempo que pasa con su pareja en Cuernavaca. También funcionó el haber dividido su tiempo para dedicar un tiempo por separado a cada hijo.

Se le recordó que el objeto de la terapia había sido mejorar las relaciones entre los miembros de la familia, y que con base en lo que ella decía y en lo que los terapeutas observábamos parecía que ese objetivo se había cumplido por lo que quizá sería conveniente explorar la posibilidad de concluir con el proceso terapéutico.

Debido a que se atravesó el periodo vacacional de verano, se le sugirió a Daniela que durante este mes evaluara los cambios ocurridos y ella decidiera si continuar o terminar con el proceso terapéutico. Por lo tanto se le pidió que en la primera semana de agosto se comunicara con las terapeutas para que compartiera su decisión.

***COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:***

Se comentó sobre lo acertado que había sido dejarle a Daniela la decisión de que fuera ella quien determinara la conclusión o continuación de la terapia.

Daniela se está dando cuenta que asumir su papel de madre no interfiere tanto en su vida de pareja y que incluso pueden compaginarse.

Debido a que Daniela no asistió la sesión anterior y en está llegó con media hora de retraso planteando que la situación familiar estaba mejor, los terapeutas supusimos que el proceso terapéutico estaba llegando a su fin por lo que no se consideró conveniente indagar sobre la forma de crianza de Daniela para no abrir una nueva vertiente.



- **SESIÓN 8**

***INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:***

Para evitar las pautas de violencia física en la familia, se le sugirió a la familia hacer un experimento durante el mes de vacaciones: cuando algún miembro de la familia se enoje con otro miembro, no tiene permitido pegarle, incluyendo la madre. También se acordó que para evitar agredirse físicamente, el miembro enojado permanecerá en la habitación, hasta que el enojo pase, ninguno puede ir al cuarto del otro a pelear, sólo pueden hacerlo cuando el enojo haya pasado. Madre e hijo estuvieron de acuerdo en hacer el experimento y consideran que Diana también lo estará. Se le sugirió a David que tuviera en su cuarto una libreta del enojo, para que cuando estuviera muy enojado le hiciera a la libreta todo lo que quisiera.

Por último, se elogió a Daniela por su compromiso en su rol de madre.

***COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:***

Se comentó que aunque no se cerró formalmente el proceso terapéutico, el comportamiento de la madre, de David y la forma de despedirse constituían en cierta manera un término de la terapia.

Al finalizar la terapia, se logró la diferenciación de los subsistemas familiares, lo que ha posibilitado que cada quien juegue el rol que le corresponde y los conflictos se disminuyan.

**HIPOTESIS QUE ORIENTARON EL DESEMPEÑO**

- La familia se encuentra atravesando por una adaptación al cambio de domicilio y desprendimiento de los papas-abuelos, ya que cuando vivían con los ellos, la madre cumplía el rol de hija y hermana de sus hijos, lo cual le impedía ejercer su jerarquía de madre. En este sentido, la madre intenta ejercer su rol dentro de la familia, pero surgen complicaciones en el manejo

de conflictos con sus hijos, lo cual la hace sentir poco eficiente. También es probable que no se sienta con el derecho de hacer los vínculos filiales con los hijos. Por tanto, actualmente existe una confusión de jerarquía, no está clara, Diana es una hija parental unida a la madre y en conflicto con el hermano y con la pareja de la madre. Por otro lado, la madre se encuentra dividida en sus diversas facetas de ser madre, mujer y pareja.

- Quizá al ser Diana y David hijos de padres diferentes, la madre los vive como medios hermanos y no como familia, por lo tanto su intento de solución es pedirle a Diana que acepte los cariños de su hermano (aun cuando Diana no esté de humor para ello) con lo cual solo consigue aumentar el rechazo de Diana hacia su hermano.
- Diana es una hija parentalizada desde los 7 años, al hacerse cargo de su hermano David desde recién nacido. Sin embargo, este rol parental le ha dejado a Diana muy sola, por un lado tiene independencia, pero por el otro, no hay alguien quien la cuide.
- Diana probablemente se encuentra enojada con la madre debido a que siente que ahora que pasa más tiempo con ellos no es porque la madre lo desea ó lo haya planeado, sino porque se peleó con la pareja. Tal vez la madre ha sido una mujer dependiente, debido a que vivió siempre con sus papas, lo cual la desresponsabilizaba de la crianza de los hijos, esta situación fomentó que Daniela no sea una mujer diferenciada, ni asumida como mamá, ni como mujer adulta. Daniela desconoce una forma adecuada de relacionarse con los hijos y le parece que la que hace es adecuada.
- Posiblemente Daniela no aceptó la conclusión de la terapia porque sintió que estaba siendo abandonada y que perdía el control de la situación, lo cual le ha sucedido en repetidas ocasiones. Al poner en sus manos la

decisión la hará sentir que tiene el control y se desligue de manera más suave.

## **REFLEXION SOBRE LOS SIGNIFICADOS QUE EL PROCESO TERAPÉUTICO DESPIERTA EN EL TERAPEUTA**

Debido a la historia de vida familiar de Daniela, no había tenido la oportunidad ni la autoridad de asumir su rol como madre, trayendo dificultades para tomar la responsabilidad de crianza de los hijos cuando intento hacerse cargo. Ante esta situación, la hija mayor (Diana) asumió y la madre permitió que asumiera una función parental, este acomodo ocasionó una confusión en la jerarquía de los miembros, causando conflictos con el hermano menor. Uno de los costos de asumir un rol parental es la dificultad de disfrutar o vivir la etapa que le corresponde a la hija adolescente y tener una relación de par con su hermano.

De esta manera, las metas terapéuticas estuvieron principalmente orientadas a establecer y enfatizar la jerarquía de la madre en el sistema familiar. Uno de los logros en este proceso terapéutico fue que finalmente Diana logro posicionarse como hija adolescente, se le reconoció este gran esfuerzo que hizo. Así como a la madre se le elogió por involucrarse más en la crianza de David y pasar más tiempo con sus hijos(as) el fin de semana. La madre indica que los cambios en la familia se dieron a raíz de que está más tiempo con sus hijos y de que divide su tiempo para dedicar espacios con cada uno de los hijos por separado.

En este proceso terapéutico se logró la diferenciación de los subsistemas familiares, lo que permitió que cada quien desempeñe la función que le corresponde y los problemas se reduzcan.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN EN EL CASO 2**

### **I. ANÁLISIS DEL SISTEMA FAMILIAR**

#### **Sistema significativo**

Según Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn (1987), el sistema significativo envuelve todas aquellas personas o instituciones que se activan con el objetivo de resolver la problemática de la familia y cuya solución se solicita a los profesionales.

En el caso nombrado el sistema significativo lo componen los diferentes miembros de la familia, los terapeutas Yolanda y Gerardo, el equipo terapéutico conformado por las colegas Selene, Eugenia, Beyluth y Lydia. Así como el Instituto Nacional de Rehabilitación.

#### **Historia familiar**

Hace 1 año que la pareja se encuentra separada, narran que el motivo de separación fue por una discusión, José ha insistido en una reconciliación de la pareja, pero Lisa se opone a ello. Incluso ella comenzó a salir con otra persona. Inicialmente las dos hijas vivían con Lisa, pero después de una desavenencia entre la madre y la hija mayor, Katia (hija mayor) decide ir a vivir a casa de su padre. La hija menor, Vanesa, visita constantemente al padre y hermana, sin embargo, no sucede lo mismo con Katia. A la madre le gustaría que hubiera un mayor acercamiento con Katia, pero la hija está muy molesta con ella. La pareja acude con dos motivos de consulta diferentes, al padre le interesa recuperar a la pareja y a la familia; a la madre le interesa recuperar a su hija.

#### **Procesos familiares**

Debido a los constantes cambios a los que se ve enfrentada la familia ante etapas de transición, se activan diversos procesos adaptativos que reorganizan las relaciones familiares para resolver las situaciones emergentes. De esta manera,

los procesos son momentos de negociación, movimiento, ajuste, coordinación y reestructuración que se dan en momento de vida en la familia (Reséndiz, 2012).

La familia atraviesa por diversas crisis a lo largo de su ciclo vital, estas crisis pueden ser tanto normativas como alternativas o accidentales. La crisis es una circunstancia de conflicto o tensión elevada de gran impacto en la vida familiar, el cual es experimentado en un lapso de tiempo relativamente breve. En los períodos de crisis se desequilibra el sistema familiar y se plantea la necesidad de cambios y reestructuraciones profundas. Por tanto, no basta con cambios puntuales, ya que valores, metas, expectativas y roles se ven afectados, se cuestionan los existentes, se confunden. En consecuencia, estos lapsos de crisis reavivan problemas pasados, se observa malestar y se percibe que la situación familiar está en declive. De esta manera, la angustia y la hostilidad pueden ser muy altas y tienden a distorsionar el sistema. La magnitud del impacto de una crisis está influida por el significado que le da el contexto (Gimeno, 1999).

El divorcio constituye una crisis accidental dentro de la familia, ante una situación así, la familia se transforma radicalmente, en la mayoría de las ocasiones, los integrantes, en especial los hijos(as), tienen dificultades para adaptarse a la nueva estructura familiar. Algunas veces se sienten rebasados por un entorno prácticamente nuevo o diferente, con cierto desconcierto de lo que ocurre, generando vulnerabilidad por una situación que se percibe como ajena (Rodríguez & Padilla, 2010).

En el caso de la familia "R", está en un constante reacomodo de sus relaciones y configuraciones, existe cierta confusión en la relación de pareja, sin embargo se ha fortalecido el sistema fraterno, con la posibilidad de que Vanesa se integre al núcleo de José y Katia. Al parecer la madre está menos enojada con Katia, lo cual ha permitido que haya un mayor acercamiento y convivencia entre ellas. Probablemente sigan moviéndose hasta alcanzar una configuración más cómoda o benéfica para las hijas, para estos constantes cambios o ajustes la familia cuenta con una serie de elementos o recursos como la comunicación y cohesión, que les permitirá ajustarse de la mejor manera posible.

### **Creencias familiares**

Según Walsh (2004), los sistemas de creencias abarcan los valores, convicciones, actitudes, tendencias y supuestos; los cuales se unen para constituir un acumulado de premisas básicas que desembocan en reacciones emocionales, determinan decisiones y orientan cursos de acción.

Una de las creencias que se destacaba en la familia “R”, es la idea de que la pareja y/o familia debe permanecer unida, sobre todo desde un inicio José planteó que su motivo de consulta sería recuperar a la pareja y conformarse nuevamente como familia, pero Lisa no concordaba con esta expectativa.

Posiblemente otra creencia familiar es la confidencialidad de los problemas, las hijas no desearon hablar sobre la situación familiar y quizá esto se deba a la idea de que son temas que se hablan solamente en la familia.

### **Premisas**

Según Boscolo et al. (1987), las premisas son los valores de referencia o principios orientadores de la familia que son programados en un nivel inconsciente. La premisa permite construir una proposición descriptiva que organice la información obtenida acerca del problema. La premisa se caracteriza por ser un enunciado de relación, ya que controla toda una clase de conducta. De allí que el problema es descrito como si estuviera al servicio de la premisa manteniendo en un sitio las conductas vinculadas al problema. Cuando la premisa varía o se trasmuta, este cambio afecta las principales áreas de conducta familiar o produce un cambio de orden segundo o cambio en la premisa.

- Una de las principales premisas encontradas en la familia “R” es la desaprobación ante las diferencias de pensamiento en la pareja, lo adecuado es pensar igual. Tanto José como Lisa tenían diferentes maneras de conceptualizar y significar las situaciones, mantenían firmemente su postura de pensamiento, lo cual les traía conflictos y desavenencias.
- En relación a lo anterior, otra premisa encontrada fue que las “buenas” parejas no tienen discrepancias, es decir no existen desacuerdos ni

discuten. Posiblemente esta concepción de la pareja parte de la idea del amor romántico, donde la pareja que verdaderamente se ama debe pensar y sentir igual, son uno mismo, una misma carne. Este tipo de premisas restringe la libertad de expresión o apertura a otro tipo de ideas en la pareja. Finalmente la cuestión no es la naturaleza de los desacuerdos, sino la manera de resolverlos o enfrentarlos.

- Otra premisa fue que la sexualidad en la pareja puede continuar sin ser pareja, después de la separación de José y Lisa se dieron varios encuentros sexuales, con la finalidad de ayudarlo a él con su desempeño sexual ya que debido a la ingesta de un medicamento su libido y potencia sexual disminuyeron, de allí que Lisa lo haya ayudado con esta situación, sin embargo, esto generaba cierta esperanza en José de que en algún momento podían regresar a formar una pareja, la familia.
- Un premisa importante fue que para considerarse familia debe de estar integrada por todos los miembros. De no ser así, no existe familia, sino dos familias diferentes. Inicialmente la familia se configuraba en dos núcleos o grupos, uno conformado por el padre e hija mayor y otro conformado por la madre e hija menor, existían fronteras muy rígidas al exterior de estos sistemas, impidiendo el movimiento o entrada libre de cada una de las hijas a los diferentes núcleos, con la posibilidad de representar una deslealtad hacia uno de los padres. De allí que a la hija mayor se le dificultara pasar tiempo con la madre sin que esto representara una traición hacia el padre.

### **Elementos que configuran y reconfiguran el sistema**

Las transformaciones que suceden en la cotidianidad familiar permiten modificar la configuración interactiva y relacional entre los miembros de la familia. Son pequeñas fases de pasaje, donde se mantiene la continuidad familiar y también se integran microtransiciones de nuevas formas familiares, así como de nuevos significados. Por lo tanto, estos microprocesos sostienen la rutina y pertenencia familiar, pero facilitan la entrada a nuevas estructuras o acomodos evolutivos.

**Niveles sistémicos y contextos (Individual, Familiar, Social y Cultural)**

La multiprocesualidad implica aquellos procesos familiares que están interconectados en diferentes niveles, por tanto las relaciones que se den dentro de la familia, y de la familia con el contexto, da como consecuencia el incremento de procesos interpersonales simbólicos e interactivos que están influidos por las diferencias individuales, dichos procesos dirigen procesos macrosociales de tipo simbólico-estructural que van a su vez sostenidos y transformados a través de las relaciones al interior de la familia y de la familia con su medio (Fruggeri, 2003)

**Tiempos (Individuales, de los subsistemas, familiares, sociales y culturales)**

Parece ser que hay dos tiempos en esta familia, por un lado está el tiempo de José y Katia que está ubicado en el pasado: José constantemente hace recriminaciones a Lisa sobre eventos del pasado, es así que aún existe enojo y tristeza que no le permiten ubicarse en un presente y futuro, Katia que vive con el padre es instrumentalizada expresando el enojo y tristeza del padre hacia la madre, lo cual no le permite establecer en el presente una relación más cercana con la madre.

En cuanto a Lisa y Vanesa, me parece que están más ubicadas en el presente y futuro, Lisa ya no desea recuperar la relación de pareja pero si la de la hija, Lisa parece menos ligada a cuestiones del pasado pero si reacciona ante las agresiones de José. Lisa hace planes a futuro sin la presencia de José. A Vanesa no le cuesta trabajo moverse entre los diferentes subgrupos de la familia, goza de cierta libertad de movilidad lo cual indica que acepta la relación que tiene actualmente con el padre y la hermana.

Al finalizar la terapia, la familia se ha orientado al presente debido a la previa descoordinación temporal entre los núcleos.

**Hipótesis (Monádicas, diádicas y tríadicas)**

La hipótesis es una suposición que se realiza como punto de partida para una exploración con base de un razonamiento, excluyendo su valor como verdad o falsedad. Las funciones de la hipótesis son: a) orientar durante la sesión, b) formar



los modelos relacionales de la familia, c) introducir información en el sistema familiar. La hipótesis debe ser sistémica, es decir, debe incluir o explicar todos los elementos contenidos en la situación problemática de la familia, así como el modo en que se vinculan entre sí con el objetivo de obtener una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional (Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1990). Lo importante de una hipótesis es que demuestre ser útil, en el sentido de que conduzca a una nueva información que haga avanzar a la familia. (Boscolo et al., 1987).

En cuanto a la hipótesis que surgió en el proceso con la familia "R", se consideró que las hijas (Katia y Vanesa) son convocadas a estar en medio de la situación de los padres debido a que sienten la responsabilidad de unirlos, a los padres se les dificulta dialogar debido a que parten de premisas diferentes para entender y resolver conflictos. La relación entre José y Lisa paso de tener a José como padre de las tres mujeres a una relación en que Lisa busca un dialogo paritario con José. El silencio de las hijas puede indicar cierta fragilidad de ellas al exponer los cambios y procesos actuales.

## **II. INTERVENCIONES, PREGUNTAS, COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS**

- **SESIÓN 1 – 17 de Agosto de 2012**

### ***INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:***

Devolución final: Las hijas se encuentran en medio de la dificultad y por tanto la están pasando mal, por ello es importante que queden fuera de la situación de la pareja. También es importante señalarles que no son las culpables o responsables de la situación de sus padres.

También se les indicó a Lisa y José que son dos mundos completamente diferentes, ¿Cómo podrían dialogar y pensar sin que cada uno pugne por hacer pensar al otro igual?, es decir, entrar en un dialogo aunque piensen diferente.

**COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:**

- Lisa es importante en la medida que cubre las necesidades de José.
  - Lisa es tratada por José como hija, ella se siente ignorada, no es tomada en cuenta en la relación.
  - Las hijas (Katia y Vanesa) se encuentran en medio de la situación de los padres, cada una está de parte de uno.
- 
- **SESIÓN 2 – 13 de septiembre de 2012**

**INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:**

Devolución final: Primeramente se le devolvió a la pareja que parecía ser que tenían una relación de amantes ocasionales, ante esto, la cara de Lisa reflejaba un poco de molestia y desacuerdo, en cambio, en José se dibujó una sonrisa de aprobación y esperanza. También se le mencionó a la pareja que quizá con el tiempo podrían buscar un camino para transformar su relación en otra cosa.

Por último, se le mencionó a la pareja la necesidad de que las hijas acudan a la terapia para explorar como la están pasando con esta separación de los padres, así como buscar rescatar la relación entre hermanas. De esta manera, también se da tregua al tema de la relación de pareja, y se focaliza de manera temporal en la relación con las hijas.

**COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:**

Lisa y José entran y salen de la relación, ella le da un poco de entrada, José aprovecha la situación, ambos se enrolan en un juego de seducción y deseo. Dicha ambivalencia hace pensar en una relación de amantes ocasionales, ambos responden a esta necesidad. Por un lado, Lisa participa en la asistencia de él, cuando él pide ayuda, ella no se ve amenazada. Por el otro, José confundido, ante un mensaje doble “No hay nada entre tú y yo, pero si hay”. Así la pareja, parece

crear un entramado complejo de la relación, donde a veces parece ganar la simetría y en otras la complementariedad.

- **SESIÓN 3 – 25 de Octubre 2012**

***INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:***

En cuanto a las intervenciones que se realizaron se buscó explorar si las hijas se sienten responsables de unir o separar a los padres.

También se indago sobre los elementos que ayudarían para que Katia y Lisa se pudieran acercar y los efectos de este acercamiento en los diferentes subsistemas o integrantes de la familia.

Antes de hacer la pausa se le indicó a la familia que reflexionara sobre la manera en la cual piensan que podrían estar bien y el tipo de cosas que tendrían que hacer para estar bien.

Devolución final: Parece ser que es una familia de dos núcleos, por un lado la madre con las hijas y por el otro el padre con las hijas. Se les dijo que sería interesante o de ayuda que existiera la oportunidad de que los diferentes miembros pudieran interactuar de diferentes maneras sin que esto represente un dilema de pertenecer a uno de los dos núcleos.

***COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:***

- Existe mucho dolor en Katia y Lisa por la lejanía que hay entre ellas.
- El padre entra en la relación con la madre y Katia. De esta manera, Katia es instrumentalizada para atacar a Lisa.
- Existen lealtades divididas por parte de las hijas.
- Katia se apropió de las ideas del padre y eso ha provocado que ella se mantenga distante de la madre.
- Las hijas se sienten bien estando detrás del espejo unidireccional, parece ser que están mejor como espectadoras, que en medio de la situación de los padres.

- José continua culpando y lastimando a Lisa por lo que sucede con las hijas, es una manera de descalificarla, agredirla nuevamente.
- No hay flexibilidad en la familia para que los distintos miembros puedan pasar tiempos distintos unos con otros.
- Parece ser que Vanesa tiene libertad de moverse entre los diferentes subsistemas.

- **SESIÓN 4 – 22 de Noviembre 2012**

***INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:***

Durante la sesión se exploró la relación entre las hermanas, así como su relación con cada uno de los padres. Se les preguntó ¿Cómo ven la relación de sus papas? ¿Qué te gustaría mejorar de tu familia?

Se les planteó una situación hipotética donde dieran un consejo a una familia que está pasando por la misma situación que ellas.

Se utilizó la pregunta de la varita mágica.

Se les reconoció su unión, lealtad y que nuestra confianza en que estarán bien.

Se le comunico a la madre que las hijas decidieran quien se presenta en la siguiente sesión con el objetivo de devolverles la responsabilidad del siguiente movimiento.

***COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:***

Probablemente el mapa familiar está cambiando y ellas están confundidas respecto a la situación.

Dado el hermetismo de las chicas se pensó que posiblemente si fuera otra terapeuta ellas no se sentirían en riesgo.

Posiblemente no dialogaron para cuidar a la familia, con la finalidad de proteger lo que se ha logrado.

Son más leales con los padres que con los terapeutas.

- **SESIÓN 5 – 7 de febrero 2013**

***INTERVENCIONES Y PREGUNTAS:***

Se le comunico a la familia que por el momento considerábamos que ya no era necesario acudir a terapia, que se haría una pausa, aunado a esto se les reconoció que existiera una mayor libertad en la familia para que las hijas pudieran acceder a los diferentes subsistemas sin verse o sentirse condicionadas o que estén siendo desleales.

También se les validó que tuvieran estos canales de comunicación abiertos para intercambiar y dialogar. A las hijas se les reconoció su unión, lealtad y que confiábamos en que estarán bien.

Al padre se le destacó la tranquilidad y paz, al parecer está pasando por una etapa de mayor calma y bienestar.

***COMENTARIOS O ELEMENTOS TERAPÉUTICOS IMPORTANTES DEL EQUIPO:***

Es complicado o difícil dialogar con la familia, sobre todo existe cierto desinterés o apatía por parte de las hijas, parece ser que no le encuentran un sentido para estar ahí. El deseo de terapia tiene que venir de ellos y no de los terapeutas. Debido a esta situación durante la intercesión se decide dejar en pausa la terapia con esta familia, se les deja abierta la posibilidad de regresar en otro momento.

La relación de pareja continúa transformándose, hay confusión y ambivalencia, sin embargo se ha ganado terreno en la relación de madre e hija. Las hijas son las que han sostenido la familia.

### III. SISTEMAS OBSERVANTES

#### Aperturas

Las aperturas son señales que la familia muestra en el curso de la sesión o que marcan una ruta fructífera hacia el desarrollo de una hipótesis (Boscolo, et al., 1987).

En el caso de la familia atendida, algunas posibles aperturas fueron:

- El relato sobre el incidente de la madre (Lisa) con la hija mayor (Katia), lo cual permitió abrir o explorar la relación actual de madre e hija, así como los elementos que propiciaron la fragmentación del vínculo, se identificó que varias de las reacciones de las hijas ante la madre y su separación con el padre están fuertemente alimentadas por la lealtad que sienten hacia el padre.
- Otra apertura fue la vida sexual de la pareja, la cual permitió indagar mayormente sobre la complicidad en la pareja, se identificó que para la pareja es permisible tener encuentros sexuales, sin embargo dicho encuentro adquiere significados diferentes para cada uno: para José es una situación ambigua y confusa, ya que para él representa una esperanza, una posibilidad de reconfigurar la pareja, sin embargo, para Lisa significa ayudar a José en su respuesta sexual, pero no implica un compromiso o una posibilidad de regresar.
- Una apertura fue el día que Katia pasó tiempo a solas con su madre, este acontecimiento permitió abrir o explorar lo que si funciona de la relación madre e hija para que se continúe dando. Se indagó sobre los elementos que permitieron que se diera esta excepción para que se reproduzcan en otros momentos.
- Otro momento de apertura fue la exploración del punto de vista de las hijas acerca de la situación familiar y la relación entre sus padres, con el objetivo de conocer los significados y emociones que envuelven el contexto,

- El silencio de las hijas fue otra apertura que permitió identificar una posible premisa familiar: los problemas o situaciones familiares se hablan en casa, no se hablan con personas ajenas.
- Las miradas de cómplices entre las hermanas proporcionó información sobre su relación, la comunicación entre ellas no necesariamente tiene que ser verbal, sino analógica, a través de miradas y de acompañarse la una a la otra a pesar de que estén haciendo cosas diferentes. Tienen una forma diferente de conectarse y de estar con la otra.
- Otra de las aperturas que se dieron fue al finalizar el proceso terapéutico, donde se notó un cambio en José (padre), se le veía con una actitud más tranquila, serena y sin tanta preocupación por el futuro o por lo que iba ocurrir con la relación entre Lisa y sus hijas.
- La disminución de las peleas entre los padres, fue otra apertura importante al finalizar el proceso terapéutico. José (padre) indicó que dejó de engancharse en los conflictos o situaciones con Lisa (madre), dice que ahora “le da por su lado”, no se enrola en discusiones interminables.
- Por último, otra apertura importante fue que Lisa pasa más tiempo con las hijas, parece ser que las fronteras entre los núcleos o sistemas que se formaron a raíz de la separación se flexibilizaron y permitieron la entrada e intercambio de ambas hijas, sin que esto afectará la lealtad hacia los padres. De esta manera hubo mayor libertad de movimiento para las hijas.

### **Circularidad**

La circularidad es la habilidad del terapeuta para dirigir su indagación sobre la base de las retroalimentaciones de la familia en respuesta de la información que pide acerca de las relaciones, y por tanto de las diferencias y los cambios. En este sentido, se utiliza el método de interrogatorio circular para obtener información sobre las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del problema (Selvini, et al., 1990).

Se invitó a cada miembro de la familia “R” a decir cómo ve la relación entre otros dos miembros de la familia, es decir, indagar de qué modo ve un tercero una

relación diádica, con la finalidad de esclarecer las relaciones tríadicas. Por ejemplo: Katia, ¿Cómo ves la relación entre tu mamá y hermana? ¿Cómo ves la relación entre tu papá y hermana?

### **Neutralidad**

Sin duda alguna la presencia del terapeuta ejerce un efecto en la familia durante la sesión terapéutica, en este sentido, el terapeuta es efectivo en la medida en que se coloque y mantenga en un nivel diferente (metanivel) del de la familia. Por tanto, el terapeuta se mantiene con todos a la vez, es decir, trata de adoptar varias posiciones más que no adoptar ninguna, neutralizando los intentos de cualquier miembro de la familia por aliarse con él (Boscolo, et al., 1987; Selvini, et al., 1990).

### **Prejuicios**

Los prejuicios son una serie de preconceptos ocultos en el terapeuta y que es muy importante tener conciencia de ellos para que pueda asumir su responsabilidad y utilizarlos en el proceso terapéutico. Cuando somos conscientes de estos prejuicios podemos defenderlos o ser irreverentes con ellos (Cecchin, Lane&Wendel, 1997).

En cuanto a los prejuicios que se identificaron en los terapeutas fue la existencia de cierta simpatía hacia Lisa, lo cual puede llegar a dificultar entender la situación de José. En la sesión donde acuden solamente las hijas, se esperaba que la comunicación entre ellas fuera verbal, clara y directa, lo cual limita la posibilidad de identificar otras formas de comunicación, como la analógica.

### **IV. REFLEXIÓN:**

Desde un inicio el proceso terapéutico con esta familia fue interesante, en la primera sesión cada ex cónyuge llegó con un motivo de consulta diferente, en ese momento para mí fue de interés saber cómo se haría para compaginar dos expectativas opuestas, la terapia pintaba para llevar a la par dos procesos, quizá desde un modelo convencional de terapia de pareja, se hubiera insistido en



obtener un objetivo común con los ex cónyuges para trabajar en terapia, pero desde el Modelo de Milán, se permitió esta diferencia para ver cómo evolucionaba o en que se transformaba.

Posteriormente fue complicado dialogar con las hijas, parecía que existía cierto desinterés en la terapia o faltaba un sentido para estar ahí. Creo que el deseo de terapia principalmente venía del padre, de José, parecía que era un intento o última oportunidad de recuperar a su pareja e hijas.

A lo largo de la terapia hubo ambivalencia o confusión respecto a la situación de pareja, existían momentos tanto de acercamiento o alejamiento.

Los principales logros que se obtuvieron en este proceso fue el mayor acercamiento entre la madre e hija mayor, la relación entre ellas mejoró. También se logró mayor flexibilidad para las hijas de deambular entre una casa y otra, sin que este movimiento represente un conflicto de lealtades con los padres. Incluso se planteó la posibilidad de que Vanesa vaya a vivir con su padre y hermana.

En cuanto a José y Lisa, las peleas disminuyeron, se redujo la actitud defensiva o de ataque que había entre ellos. Su relación de pareja continuó ambivalente y transformándose. José se mostró más tranquilo sobre el tema de pareja y la avidez que tenía de recuperar a Lisa se apaciguó o quizá aceptó con mayor paciencia la situación actual entre ellos.

#### **3.1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.**

Algunas preguntas que contribuyeron al análisis de nuestra práctica clínica como equipo terapéutico fueron las siguientes:

¿Desde qué marco teórico estamos formulando las preguntas? ¿Nuestras intervenciones se acercan al modelo teórico que buscamos apegarnos? Creo que en la práctica clínica supervisada constantemente se estaba analizando, sí las

intervenciones realizadas en las sesiones concordaban con el marco teórico que estábamos revisando, y sí estas intervenciones estaban siendo efectivas. Generalmente como equipo terapéutico tratamos de que nuestras aportaciones o comentarios se enfocaran en el modelo que se estaba revisando. En algunas ocasiones se tomaban ideas útiles de otros modelos o posturas para enriquecer el trabajo clínico, pero tratábamos de seguir con un modelo.

¿Cómo les preguntamos a nuestros consultantes? ¿De qué manera les preguntamos? ¿Podríamos pensar que los consultantes están recibiendo la pregunta o mensaje tal y como queremos que sea recibido? Como parte del equipo terapéutico, muchas veces reflexioné si la formulación de preguntas que se estaba haciendo en las sesiones era la más adecuada o pertinente, y si estas preguntas estaban siendo comprendidas por los clientes, si estaban siendo efectivas o discordantes con lo buscado en terapia. También sí las preguntas estaban teniendo un efecto en los relatos de las personas o sí permanecía igual.

¿Qué vamos pensando para construir las preguntas? ¿Qué hipótesis o líneas de investigación estamos pensando? ¿Sobre qué hipótesis estamos trabajando como equipo terapéutico? También se reflexionó sobre las hipótesis que iban surgiendo en el equipo terapéutico, por lo general iban transformándose o modificándose en el transcurso del tratamiento, cada vez se volvían más complejas. Otra situación común durante las supervisiones, era tratar de pensar o descifrar las hipótesis que el terapeuta iba hilando a través de sus intervenciones en las sesiones.

¿Cómo vamos pensando lo que la familia relata? ¿Cómo estamos interpretando lo que la familia narra? Otra de las acciones dentro del equipo terapéutico eran las interpretaciones o las explicaciones que se iban tejiendo con las historias que relataban los consultantes. De allí surgían hipótesis, intervenciones y una comprensión compleja de la situación del consultante. En algunas ocasiones se identificaron prejuicios y premisas tanto de la familia como del terapeuta y equipo.

¿Cómo se van construyendo nuevos significados con la familia? Por lo general en el equipo terapéutico se analizaba o reflexionaba sí se estaba haciendo o marcando una diferencia con las preguntas/intervenciones que se hacía a las familias, nos preguntábamos constantemente si se estaban creando nuevas o diferentes explicaciones o sí se estaba dando un cambio en la familia.

¿Qué prejuicios o preconceptos van apareciendo en la terapia? ¿El (la) terapeuta reconoce los prejuicios que surgen en su práctica clínica? ¿Identifica sus prejuicios? ¿Qué prejuicios surgen en el equipo terapéutico? Sobre todo en las supervisiones del Modelo de Milán, reflexionábamos sobre los prejuicios que surgían en el terapeuta, la familia y el equipo terapéutico. Considero que este tipo de análisis nos llevó a comprender de una mejor manera la cosmovisión de las familias, desde que ideas partían las familias para tomar decisiones o actuar. También nos ayudó tanto a terapeutas como a equipo terapéutico, para identificar nuestros prejuicios y premisas, nos permitió distinguir aquellas ideas que podrían obstaculizar y limitar nuestras intervenciones y aportaciones.

Hace poco encontré una pregunta que me gustaría incorporar a mi lista de preguntas autoreflexivas, creo que me puede ayudar a explorar tanto las premisas y prejuicios que tengo sobre lo que considero que es mejor o útil para una familia, algunas veces como terapeutas cometemos el error de suponer saber lo que es mejor para nuestros consultantes, siendo que ellos son los expertos en sus vidas. ¿Por qué siento la necesidad de ayudar a que esta familia se organice de esta manera?

## **3.2 Habilidades de investigación**

### **3.2.1 Reporte de investigaciones**

#### **3.2.1.1 Metodología de la investigación cuantitativa**

Artículo publicado en la revista internacional arbitrada *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, vol. 3, núm. 2, noviembre-abril 2011, pp. 89-100. DOI:10.5460/jbhsi.v3.2.3022

### **FACTORES FAMILIARES Y RELIGIOSOS EN LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES**

Flores Pacheco Selene, Huerta-Ramírez Yolanda, Herrera Ramos Oswaldo,  
Alonso Vázquez Omar Fernando y Calleja Bello Nazira

Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

**RESUMEN:** La presencia de sintomatología depresiva constituye uno de los problemas de salud más frecuentes en los adultos mayores, e impacta fuertemente su calidad de vida. Se ha encontrado evidencia de la influencia de los factores familiares, así como de los religiosos y espirituales, sobre la sintomatología depresiva. El objetivo de la presente investigación fue identificar la relación de ambas variables con la depresión en adultos mayores. Los 141 participantes en el estudio, hombres y mujeres de 60 a 91 años de edad, residentes de la ciudad de México, contestaron tres instrumentos: la subescala de Ambiente familiar positivo de la Escala de Funcionamiento Familiar, el Inventario de Sistema de Creencias y la Escala de Depresión Geriátrica. Se encontraron correlaciones positivas significativas entre las variables de la familia (cohesión y comunicación) con los sentimientos antidepresivos, y correlaciones negativas con los síntomas depresivos. El factor de apoyo en la comunidad religiosa no resultó

asociado con los síntomas depresivos ni con las variables familiares. La gran mayoría de los entrevistados dijeron practicar una religión y creer en la existencia de Dios. Algunas de las variables sociodemográficas registradas se relacionaron con los factores estudiados. Se discuten los resultados en términos de la necesidad de efectuar más investigación enfocada a las variables psicosociales, particularmente familiares y espirituales, que afectan el bienestar de los adultos mayores.

*Palabras clave:* Depresión, adultos mayores, familia, espiritualidad, religión.

**ABSTRACT:** Depressive symptoms are one of the most common health issues in older adults, strongly impacting their quality of life. There is evidence of family factors influence, as well as religious and spiritual factors on depression symptoms. The aim of this study was to identify the relationship of both variables with depression in older adults. The 141 study participants, men and women aged 60- 91 year old, residents of Mexico City, responded three instruments: The Positive Family Environment Subscale, the Beliefs System Inventory, and the Geriatric Depression Scale. Significant positive correlations were found between family variables (cohesion and communication) and antidepressant feelings, and negative correlations with depressive symptoms. The support factor in the religious community was not associated with depressive symptoms or family variables. The vast majority of participants said they practice a religion and believe in the existence of God. Some of the sociodemographic variables recorded had effect on the studied factors. Results are discussed in terms of the need for more research focusing on psychosocial variables that affect the welfare of the elderly.

*Key words:* Depression, elder adults, family, spirituality, religion.

## INTRODUCCIÓN

El control de la natalidad y la planeación familiar han traído un importante cambio sociodemográfico en la mayoría de los países del mundo. Además, los avances en la medicina y el aumento en la calidad de vida han incrementado la longevidad de

las personas. De acuerdo con datos del INEGI (2005, 2010a, 2010b), entre los cambios y las tendencias más significativas en México destaca el proceso de envejecimiento demográfico, el cual se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas. Se calcula que para el año 2020, uno de cada ocho mexicanos será un adulto mayor, y que para el 2030 esta población representara uno de cada seis. Estos hechos nos colocan frente a una apremiante necesidad de comprender e incidir en los principales padecimientos físicos y psicológicos que enfrenta este creciente grupo de la población.

González-Celis y Padilla (2006) apuntan que la vejez es un fenómeno que forma parte del ciclo vital del ser humano, como la etapa final del proceso de desarrollo donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales; la presencia más evidente de estos cambios comienza a partir de los 60 o 65 años de edad. Algunas de las situaciones que se asocian a la vejez son, en la dimensión social, la pérdida del estatus laboral y económico, además de mayor aislamiento social, que se acentúa por la menor capacidad y recursos para adaptarse a las circunstancias; en la dimensión biológica, se presentan con mayor frecuencia enfermedades físicas, las cuales conllevan en la mayoría de los casos discapacidad; y en la dimensión psicológica, aparece el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva, poca capacidad para afrontar las pérdidas y un manejo inadecuado de los recursos psicológicos, lo cual en su conjunto impacta la calidad de vida y el funcionamiento general.

La depresión es un padecimiento que se presenta en diferentes etapas a lo largo del ciclo vital. Se estima que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de años perdidos de vida saludable a escala mundial y la primera en países desarrollados (Espinosa-Aguilar *et al.*, 2007). En las personas de la tercera edad, la depresión es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes. En México, su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años (Bello, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005).

La depresión se caracteriza por pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a la persona a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más (American Psychiatric Association, 1995). Este padecimiento se refleja en sintomatología como: cambios en el apetito o peso, modificación de los patrones del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos de suicidio (Organización Mundial de la Salud, 1996). Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunas personas con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante (American Psychiatric Association, 1995).

Blazer (2010) efectuó una revisión de los factores que contribuyen a la depresión en los adultos mayores, entre los que se encuentran los biológicos (p. ej., lesiones cerebro vasculares y estrés crónico) y los psicosociales (p. ej., disponibilidad de redes sociales de apoyo). Las redes sociales de apoyo están constituidas por todas aquellas relaciones significativas que una persona ha establecido a lo largo de su vida, específicamente con su pareja, familiares cercanos, amigos y compañeros de trabajo. Estas son especialmente importantes en la adultez mayor, toda vez que constituyen un importante recurso de afrontamiento de diversos estresores asociados con el envejecimiento, como los sentimientos de soledad, inseguridad y ansiedad; al tener una red social, el adulto mayor sabe que cuenta con alguien capaz de brindarle ayuda, cuidado y consejo (Rivera-Ledesma & Montero, 2009). Los adultos mayores que carecen de soporte sociofamiliar

presentan más depresión y alteraciones cognitivas, así como un peor estado de salud percibido, en comparación con quienes cuentan con una red social de apoyo (Litwin, 2006; Ruiz-Dioses, Campos León & Pena, 2008; Zunzunegui, Kone, Johri, Beland, Wolfson & Bergman, 2004). Se ha identificado que la viudez, como la falta de contacto social y el vivir solo, aumenta la presencia de sintomatología depresiva (Bojorquez-Chapela, Villalobos-Daniel, Manrique-Espinoza, Téllez-Rojo & Salinas-Rodríguez, 2009).

La familia y las obligaciones familiares representan un valor esencial en nuestra cultura (Baer, Prince & Vélez, 2005). Mujeres y hombres mexicanos consideran que los valores primordiales para la familia deben ser la unión, la comunicación y el amor, además de que los principales beneficios de una familia integrada son la armonía en la relación, la comunicación y el amor (Álvarez, 2006). De acuerdo con Díaz-Guerrero (2007), la lealtad a la familia, el respeto a los padres y los intereses de la familia antes que los del individuo, siguen siendo significativos dentro de la cultura mexicana. El funcionamiento familiar es el estilo que tiene cada familia para afrontar problemas, expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio (Rivera-Heredia & Andrade, 2010). Cuando existe un vínculo emocional entre los miembros de una familia, las directrices se marcan con claridad y los límites, roles y jerarquías son los adecuados, se dice que existe cohesión familiar (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes & Díaz-Loving, 2006; Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galindez & Sanz, 2006; Polaino & Martínez, 2003). En un ambiente familiar positivo, la comunicación, la armonía, el respeto y las demostraciones de afecto favorecen la cercanía y la expresión de sentimientos entre los integrantes de la familia, así como el intercambio de información sobre cualquier cosa que se considere relevante (García-Méndez *et al.*, 2006). Sin embargo, el que las personas atribuyan importancia a la familia no es equivalente a estar totalmente satisfecho con su vida en ese ámbito (Salles & Tuiran, 1998). En el estudio realizado por Torres de la Paz (2005), se concluyó que el adulto mayor es más vulnerable a padecer síntomas depresivos cuando es integrante de una familia disfuncional.



Además de la influencia de los factores familiares en la salud física y mental de las personas, en la última década han surgido estudios que han mostrado evidencia del efecto de las creencias y las prácticas espirituales, así como de la afiliación congregacional, sobre el bienestar (Walsh, 2009).

La dimensión espiritual es un constructo escasamente abordado en la psicología, debido a que se consideraba un tema propio de la religión y cuyo abordaje correspondía a áreas como la teología y la filosofía. No obstante, cada vez existen más estudios empíricos del fenómeno de la espiritualidad (Huerta-Ramírez, 2010). Para Vázquez-Palacios (2001), la experiencia religiosa se encuentra imbricada en la vida cotidiana. La espiritualidad se incrementa con la edad, en relación directa con la pérdida de la salud, de los seres queridos o de los bienes materiales, y genera bienestar físico y mental, alivio y sentido a lo que paulatinamente le ocurre al anciano (Daleeman&Kaufman, 2006).

De acuerdo con Moxey, McEvoy, Bowe y Attia (2011), la espiritualidad y el involucramiento religioso tienen un impacto benéfico en la percepción de apoyo social de adultos mayores australianos y permite un mejor enfrentamiento ante la presencia de múltiples comorbilidades en la vejez. Roh (2010) encontró en adultos mayores coreanos inmigrantes que el involucramiento religioso y espiritual se encontraban asociados con un elevado apoyo social, mayores ingresos económicos y buena salud física. Además, la pertenencia a una comunidad religiosa les brindada apoyo para adaptarse a su nuevo entorno, a través de información sobre servicios sociales y actividades culturales.

En México, Rivera-Ledesma y Montero (2005) efectuaron una investigación con adultos mayores respecto a su “convicción espiritual”, concepto que se refiere a sus creencias y prácticas religiosas y espirituales. En un estudio posterior, los autores citados (2007) encontraron que el ejercicio de la espiritualidad desempeña un papel fundamental en el enfrentamiento del estrés y en el

mantenimiento de la salud en la adultez mayor, y que la espiritualidad influye positivamente en la salud, así como en el sentido de bienestar personal del anciano.

Las prácticas religiosas y espirituales tienen un efecto sobre los síntomas depresivos en los adultos mayores (Ornelas-Tavares, 2011). Daleeman y Kaufman (2006) reportaron menor presencia de depresión en personas que consideran tener una adecuada espiritualidad. King, Lyness, Duberstein, He, Tu y Seaburn (2007) encontraron que los participantes que indicaron poseer un compromiso extremadamente alto o bajo en sus prácticas religiosas (oración, meditación o estudio de la Biblia) presentaron más depresión a un año de seguimiento, en comparación con los participantes que reportaron cantidades moderadas de dichas prácticas. Además del nivel de práctica religiosa, el tipo de creencias afecta la depresión. Los hallazgos de Koenig, Pargament y Nielsen (1998) con adultos mayores hospitalizados, mostraron que quienes tienen un estilo de afrontamiento religioso negativo (creencia en un dios castigador y en fuerzas demoniacas) presentaban mayor depresión, precario estado de salud y baja calidad de vida, en comparación con las personas con un estilo de afrontamiento religioso positivo (creencia en un dios benevolente, en la colaboración con Dios, búsqueda de conexión con Dios); también, la búsqueda de apoyo por parte de una comunidad religiosa y el proporcionar ayuda a otros se encontraron relacionados con una mejor salud mental.

Si bien se ha explorado el efecto del ambiente familiar sobre la depresión en adultos mayores y, por otra parte, la relación entre las prácticas religiosas y la presencia de síntomas depresivos, el presente estudio pretende evaluar la relación de ambas variables con la depresión en personas de la tercera edad. Además, se intenta determinar la influencia de variables sociodemográficas sobre los factores familiares, religiosos y de depresión.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron en el estudio 141 adultos jubilados de la tercera edad que residían en la Ciudad de México, con edades entre los 60 y los 91 años ( $m= 68.24$ ;  $d.e.= 6.78$ ). Sus características sociodemográficas y las relacionadas con su práctica y creencia religiosa se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas y religiosas de los participantes

<i>Variable</i>	<i>Categorías</i>	<i>Porcentaje</i>
Sexo	Femenino	74.5
	Masculino	25.5
Estado civil	Soltero	10.8
	Casado o en unión libre	54.0
	Separado o divorciado	12.2
	Viudo	23.0
Escolaridad	Primaria o secundaria	51.8
	Carrera téc. o preparatoria	30.2
	Licenciatura o posgrado	18.0
Número de hijos	Sin hijos	11.3
	1 o 2 hijos	32.6
	3 a 5 hijos	43.3
	6 o más hijos	12.8
Persona(s) con quienes vive	Vive solo(a)	12.8
	Con su familia	35.0
	Únicamente con su pareja	28.6
	Únicamente con sus hijos	23.6
Padece una enfermedad	Sí	80.0
	No	20.0
Practica una religión	Sí	89.3
	No	10.7
Cree en la existencia de Dios	Sí	98.4
	No	1.6
Cree en un plan de Dios para la vida o la muerte	Sí	91.9
	No	8.1
Experimenta paz a través de la oración o meditación	Sí	97.8
	No	2.2

## INSTRUMENTOS

Además de un cuestionario sociodemográfico, fueron aplicadas las siguientes escalas:

a) Subescala de Ambiente familiar positivo de la Escala de Funcionamiento Familiar (García-Méndez et al., 2005). Consta de 45 reactivos y cuatro factores (ambiente familiar positivo, hostilidad/evitación del conflicto, mando/problemas en la expresión de sentimientos y cohesión/reglas), que explican el 56% de la varianza total, con un índice de consistencia de ( $\alpha$  de Cronbach = 0.853). El factor de ambiente familiar positivo está integrado por 16 reactivos, explica el 20.79% de la varianza y tiene un índice de consistencia = 0.942.

b) Inventario de Sistema de Creencias, SBI-15 (Holland et al., 1998). Consta de 15 reactivos y dos subescalas: Creencias y prácticas religiosas y espirituales, con 10 reactivos, y Soporte social, con cinco reactivos. Sus índices psicométricos reportados son:  $\alpha$  = 0.93, confiabilidad test-retest = 0.95 y validez convergente = 0.82. La traducción y adaptación del inventario a población mexicana fue realizada por Rivera-Ledesma y Montero (2003).

c) Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, Brink, Lum, Huang, Adley y Leiver (1983). En su versión corta, está compuesta por 15 reactivos, los cuales están formulados en formato de preguntas cortas con respuestas dicotómicas Sí-No. De ellos, 10 son signos positivos, es decir, preguntas que si se responden afirmativamente, indican depresión; mientras que los cinco reactivos restantes están formulados de tal forma que si el sujeto responde negativamente indica depresión. La escala permite obtener una aproximación a la presencia de síntomas depresivos en la persona, pero no un diagnóstico preciso (Aguilar-Navarro, Fuentes-Cantú, Ávila-Funes & García-Mayo, 2007). En México, González-Celis (2002) y Acosta-Quiroz (2010) han aplicado esta escala en población mexicana y reportaron un índice de consistencia interna de 0.88, y su validación de criterio con diagnósticos de depresión basados en el DSM-III-R.

## **Procedimiento**

Se efectuó el piloteo de los instrumentos con mujeres y hombres de 60 a 82 años de edad, en su mayoría jubilados, y se realizaron correcciones y adaptaciones en algunos de los reactivos para facilitar su comprensión. En todos los casos se utilizaron afirmaciones en lugar de preguntas y cuatro opciones de respuesta tipo Likert: casi nunca, pocas veces, muchas veces, casi siempre, para la subescala de ambiente familiar positivo; y definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no y definitivamente no, para las dos escalas restantes. Se estableció contacto con varias asociaciones de jubilados, así como con centros culturales y recreativos para la tercera edad de la Ciudad de México. Se expuso al personal directivo el propósito del estudio y se acordó la fecha de aplicación de los instrumentos. En el momento de la aplicación, se solicitó a los participantes su colaboración voluntaria y se especificó la naturaleza anónima y confidencial de sus respuestas. El análisis de los datos se efectuó utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 15.

## **RESULTADOS**

Para cada una de las tres escalas aplicadas se efectuaron los siguientes procedimientos psicométricos: análisis de reactivos (fueron eliminados aquellos reactivos que concentraban más del 60% en una de las opciones de respuesta), análisis factorial de componentes principales con rotación varimax (con el criterio de cargas factoriales mayores o iguales a 0.40 y valores propios mayores a 1), y análisis de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach).

En la tabla 2 se muestran los factores obtenidos en cada escala, sus respectivos reactivos, sus índices psicométricos y sus estadísticos básicos. Particularmente en el Inventario de Sistema de Creencias, los reactivos de la subescala de Creencias y prácticas religiosas y espirituales fueron contestados en una de las opciones de respuesta con porcentajes superiores al 80% (dos incluso al 90%), por lo que la subescala completa fue eliminada por carecer de variabilidad. La conformación factorial de las escalas difirió respecto de las escalas originales. Los reactivos del Ambiente familiar positivo constituían un solo factor y aquí formaron dos: Cohesión y Comunicación. El Inventario de Sistema de Creencias constaba de dos factores:

Creencias y prácticas religiosas y espirituales, y Soporte social, y quedó sólo éste último, que aquí fue denominado Apoyo en la comunidad religiosa. Para la Escala de Depresión Geriátrica no se habían reportado factores y en el presente estudio se obtuvieron dos: Síntomas depresivos y Sentimientos antidepresivos. El índice de correlación entre los factores Cohesión y Comunicación de Ambiente familiar fue  $r = 0.503$  ( $p < .000$ ), y entre Síntomas depresivos y Sentimientos antidepresivos de la escala de Depresión geriátrica fue  $r = -0.386$  ( $p < .000$ ). En cuanto a las diferencias por variables sociodemográficas, la edad tuvo un efecto significativo en el factor de comunicación en la familia,  $F(4,126) = 3.213$ ,  $p = .015$ ; los análisis post hoc efectuados, utilizando el criterio HSD de Tukey, indicaron que el grupo de edad de 75-79 años ( $m = 3.47$ , d.e. = 0.56; rango 1-4; media teórica = 2.5) obtuvo puntajes más altos que el grupo de 70-74 años ( $m = 3.23$ , d.e. = 0.60). Asimismo, quienes tenían de tres a cinco hijos puntuaron más alto ( $m = 3.40$ , d.e.=0.59) que quienes tenían seis o más ( $m = 3.10$ , d.e. = 0.59),  $F(2,127) = 2.80$ ,  $p = .043$ . En el factor de cohesión familiar, se obtuvieron diferencias significativas por escolaridad,  $F(2,124) = 3.795$ ,  $p = .012$ : las personas con educación superior ( $m = 3.41$ , d.e. = 0.69) expresaron más cohesión familiar que aquellas con educación primaria ( $m = 2.92$ , d.e. = 0.86).

**Tabla 2. Subescalas y reactivos finales de los instrumentos aplicados, con sus propiedades psicométricas y estadísticos**

<i>Escala</i>	<i>Subescala</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Varianza explicada</i>	<i>α de Cronbach</i>
Ambiente familiar positivo	Cohesión familiar $m^*=3.18$ d.e.=0.74	En mi familia nos agrada realizar cosas juntos. Los miembros de mi familia realizamos actividades que nos benefician a todos. En mi familia se platican cosas entre hermanos.	61.583%	0.796
	Comunicación en familia $m^*=3.31$ d.e.=0.63	Los miembros de mi familia tenemos la libertad de decir lo que nos agrada y lo que nos molesta de los demás. En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo. En la toma de decisiones familiares participamos padre e hijos. En mi familia acostumbramos los detalles		
Inventario de Sistemas de Creencias	Apoyo en la comunidad religiosa $M^*=3.00$ d.e.=0.82	Cuando necesito ayuda, busco a la gente de la iglesia o comunidad religiosa o espiritual a la que pertenezco. Cuando necesito sugerencias u orientación sobre qué hacer con mis problemas, sé que puedo acudir con alguien de mi iglesia o comunidad. Cuando me siento solo(a) confío en el apoyo de	57.28%	0.813

		las personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales. Disfruto reunirme o platicar con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales. Disfruto asistiendo a los eventos que se celebran en la iglesia.		
Depresión Geriátrica	Síntomas depresivos m*=1.55 d.e.=0.65	Usualmente me siento abandonado(a). Creo que mi situación es desesperada. Temo que me ocurra algo malo. Creo que el resto de la gente está mejor que yo. Me encuentro aburrido(a).	59.38%	0.823
	Sentimientos antidepresivos m*=3.51 d.e.=0.62	Me siento feliz muchas veces. Usualmente tengo buen ánimo. Me siento lleno(a) de energía.		

**\*Media teórica= 2.5**

En la subescala de apoyo en la comunidad religiosa, las mujeres obtuvieron puntajes más altos ( $m = 3.13$ ,  $d.e. = 0.793$ ) que los hombres ( $m = 2.61$ ,  $d.e. = 0.797$ ),  $t(129) = 3.19$ ,  $p = .002$ . Asimismo, se encontró que los participantes que tenían uno o dos hijos ( $m = 2.74$ ,  $d.e. = 0.86$ ) difirieron significativamente en esta subescala de los que tenían seis o más ( $m = 3.53$ ,  $d.e. = 0.52$ ),  $F(3,127) = 4.18$ ,  $p=.007$ . Los viudos se percibieron más apoyados en la comunidad religiosa ( $m=3.32$ ,  $d.e. = 0.79$ ) que los solteros ( $m = 2.67$ ,  $d.e. = 0.89$ ),  $F(3,125) = 2.86$ ,  $p=.040$ . Respecto a la Escala de Depresión Geriátrica, se encontró que la escolaridad tuvo un efecto significativo en la subescala de síntomas depresivos,  $F(3) = 1.95$ ,  $p = .002$ , siendo las personas con primaria ( $m = 1.78$ ,  $d.e. = 0.76$ ) quienes mostraron puntajes más altos, en comparación con quienes tenían educación superior ( $m = 1.18$ ,  $d.e. = 0.30$ ), de acuerdo con los análisis post hoc según el criterio HSD de Tukey. El estado civil también se relacionó con los síntomas depresivos,  $F(3,122) = 3.03$ ,  $p = 0.032$ : los separados o divorciados ( $m=1.89$ ,  $d.e. = 0.78$ ) obtuvieron mayores puntajes que los solteros ( $m = 1.25$ ,  $d.e. = 0.33$ )- No se observaron diferencias en los factores estudiados por las variables “personas con quienes vive” y “padecimiento de una enfermedad”. La práctica activa de una religión sólo se relacionó con el apoyo en la comunidad religiosa, ya que quienes dijeron ser practicantes activos de una religión obtuvieron puntajes significativamente más altos ( $m = 3.11$ ,  $d.e. = 0.75$ ) que los no practicantes ( $m=2.00$ ,  $d.e. = 0.71$ ),  $t(128) = 4.89$ ,  $p = .000$ . La creencia en la existencia de Dios, en un plan de Dios para la vida o la muerte, y la experiencia de paz a través de la

oración o la meditación no pudieron asociarse con los factores estudiados, en virtud de la falta de variabilidad en las respuestas a estas variables. Con el propósito de probar la hipótesis propuesta respecto a la relación entre el ambiente familiar, el apoyo de la comunidad religiosa y la depresión, se efectuaron análisis de correlación. Como se observa en la tabla 3, tanto la cohesión como la comunicación familiar se correlacionaron con los sentimientos antidepresivos, y la cohesión correlacionó negativamente con los síntomas depresivos. El apoyo de la comunidad religiosa tuvo correlaciones cercanas a cero con la cohesión y la comunicación familiar, así como con los síntomas depresivos y los sentimientos antidepresivos.

**Tabla 3. Índices de correlación entre los factores de ambiente familiar y de depresión.**

Ambiente familiar positivo	Escala de Depresión Geriátrica	
	Síntomas Depresivos	Sentimientos antidepresivos
Cohesión familiar	-0.274, p = 0.003	0.295, p = 0.001
Comunicación en la familia	-0.140, ns	0.225, p = 0.013

**ns=no significativa**

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación muestran la relación directa existente entre los factores de un ambiente familiar positivo y los sentimientos antidepresivos, e inversa entre la cohesión familiar y los síntomas depresivos. Estos resultados confirman lo planteado por otros autores (González-Celis, 2003; Ornelas, 2011; San Martín & Pastor, 1990) respecto a que la familia constituye el principal recurso de apoyo social para las personas de la tercera edad, lo cual resulta determinante para su salud mental. Los ancianos inmersos en un ambiente familiar cohesivo y comunicativo reducen su sintomatología depresiva y aumentan su perspectiva de vida en armonía. Tanto en las variables familiares (cohesión y comunicación) como en los sentimientos antidepresivos, las medias obtenidas por los participantes fueron altas (superiores a la media teórica); lo contrario ocurrió con los puntajes de síntomas depresivos, lo cual indicarían que en la muestra estudiada la depresión parece no constituir un rasgo preeminente y que las personas muestran un enfoque positivo de su situación vital. Valoran el realizar actividades juntos y



conversar en familia, así como preocuparse por los demás, principios que aún son aspectos significativos dentro de la cultura mexicana (Díaz-Guerrero, 2007). Álvarez (2006) ha señalado que los principales beneficios de una familia funcional son la armonía en la relación, la comunicación y el amor. La cohesión familiar fue afectada por la escolaridad de los entrevistados, ya que los adultos mayores con educación superior presentaron relaciones familiares caracterizadas por una mayor cohesión familiar, a diferencia de las personas que sólo contaban con educación básica, lo cual concuerda con lo planteado por Palomar (1998), en el sentido de que las familias con un alto nivel socioeducativo manifiestan mayores índices de proximidad entre sus integrantes. La comunicación en la familia se relacionó con la edad, siendo mayor en uno de los grupos de más edad, y con el número de hijos, puesto que quienes tenían de 3 a 5 hijos obtuvieron mayores puntajes que los que tenían seis o más. El puntaje de síntomas depresivos fue similar en hombres y mujeres, pero mayor en las personas divorciadas y en las que se encontraban separadas de su pareja que en los solteros y viudos, lo cual difiere de resultados previos (p. ej., Bojorquez-Chapela et al., 2009). De igual modo, los síntomas depresivos se asociaron con una menor escolaridad, hallazgo que concuerda con las prevalencias de depresión en México, reportadas por Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005). Padecer una enfermedad no se asoció con la depresión, lo cual podría deberse a que las personas entrevistadas no estaban hospitalizadas o incapacitadas, como sí ocurrió en el estudio de Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez (2007). Contrariamente a lo hipotetizado, los factores religiosos no se encontraron asociados ni con las variables familiares ni con las de depresión. Si bien se han encontrado relaciones inversas entre espiritualidad y síntomas depresivos, y directas con satisfacción de vida y sentido de autoeficacia (Ornelas-Tavares, 2011), otros estudios (Rivera-Ledesma & Montero, 2005) han reportado la ausencia del efecto del comportamiento religioso en la depresión. En el presente estudio, la gran mayoría de los entrevistados respondieron en la opción extrema positiva del factor de creencias espirituales, por lo que la variabilidad en sus respuestas fue mínima y, como consecuencia de ello, la variable de espiritualidad

no pudo asociarse con ninguna de las otras variables. El segundo factor que evaluaba el Inventario del Sistema de Creencias era el apoyo en la comunidad religiosa, que se refiere no tanto a aspectos espirituales o religiosos sino al soporte social que es posible encontrar en el grupo religioso al que se pertenece. Una razón que podría explicar la nula correlación obtenida entre religión y síntomas depresivos/ sentimientos antidepresivos es la manera en que se han definido y medido estas variables. Habría que explorar con mayor acuciosidad tanto el comportamiento religioso, incluyendo la intensidad del compromiso religioso, según sugieren King et al., (2007), como el tipo de creencias espirituales que se tiene (castigo y pecado frente a bondad y esperanza), de acuerdo con Koenig et al., (1998). Puesto que casi todos los participantes dijeron practicar una religión y creer en la existencia de Dios y en su plan para la vida o la muerte, sería necesario efectuar un estudio en el que se incluyeran personas de diferentes condiciones vitales y de diversos contextos culturales y sociales a fin de analizar en qué medida se modifican estas cogniciones y sus efectos. Las personas con muchos hijos (seis o más) tendieron a recurrir mayormente al apoyo de la comunidad religiosa en comparación con aquellas con uno o dos hijos. Asimismo, Palomar (1998) encontró que las familias numerosas generalmente están orientadas hacia la religiosidad y el conflicto, a diferencia de las familias pequeñas, que se orientan hacia la expresividad y la independencia. Además, las mujeres recurrieron más que los hombres al apoyo en su comunidad religiosa, al igual que quienes practicaban activamente su religión. En términos metodológicos, a pesar de que las escalas aplicadas habían sido previamente validadas, su reprocesamiento psicométrico permitió una evaluación más precisa de los factores en estudio, ya que el comportamiento de las escalas difirió de sus versiones originales, dadas las características particulares de la muestra. Se propone, por tanto, que los instrumentos utilizados sean revalidados en la propia investigación, máxime cuando se modifican algunos elementos, como se hizo en este caso con las opciones de respuesta. Ello incrementaría su generalización (Furr & Bachrach, 2008). Adicionalmente, un aspecto que habría que considerar al aplicar escalas tipo Likert a adultos mayores con baja escolaridad es su dificultad para

comprender el formato de respuesta, por lo que se sugiere el empleo de auxiliares didácticos gráficos para facilitar la aplicación. La investigación respecto a los factores relacionados con el proceso de bienestar de los adultos mayores aún es incipiente. Continuar estudiando la influencia de los factores psicosociales sobre la depresión y otros padecimientos de la tercera edad es fundamental, considerando el gradual pero inexorable envejecimiento demográfico que enfrentamos en la actualidad.

### **3.2.1.2 Metodología de investigación cualitativa**

## **CO-CONSTRUYENDO LA ESPIRITUALIDAD**

**Huerta-Ramírez Yolanda**

**Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **RELIGIÓN**

Desde sus inicios el ser humano ha tratado de explicarse su origen, la naturaleza que lo rodea, el enigma de la muerte y si existe un plan de vida estipulado al nacer para cada persona. De esta forma, la humanidad ha elaborado un conjunto de creencias y divinidades para dar significado a todas estas interrogantes. De allí el surgimiento de las religiones, las cuales son un complejo de sistema de creencias, enseñanzas, principios básicos, prácticas y ritos específicos, que delimitan las relaciones entre la humanidad y la divinidad (INEGI, 2009).

En este sentido, la religión puede considerarse como una dimensión profunda de la cultura y sociedad. Las instituciones religiosas expresan códigos morales y desarrollan símbolos de comunicación de gran influencia en la configuración e integración de la sociedad (Tacey, 2004).

Según los datos arrojados por los censos generales de población y vivienda del año 2000 en México, se aprecia el predominio de la religión católica como consecuencia de la evangelización española en el siglo XVI (INEGI, 2008). Los indicadores además manifiestan la presencia de otras religiones en el país y su crecimiento a partir de 1970. En ese año la población católica constituía el 96.2% de la población del país, en el año 2000, treinta años después, el 88% de la población declaró ser católica.

Según Walsh (2009), la religión es un sistema de creencias organizado que incluye una parte institucionalizada, valores morales, prácticas religiosas, involucramiento en una comunidad religiosa, y por sobre todo, la creencia en Dios.

En décadas recientes la sociedad atraviesa por cambios sociales tanto en el ámbito económico, como político, social y cultural, lo cual ha generado la necesidad de cambios en la comprensión del ser humano. Ante el impacto de estos cambios se manifiestan en la sociedad los siguientes aspectos: miedo, inseguridad, situación social de riesgo generalizado, sensación de descontrol y un clima de desestructuración social y personal (Mardones, 1999).

Con esta situación social se puede visualizar una sociedad cargada de incertidumbre, desesperación e impotencia. La cual en su afán de búsqueda de respuestas, encuentra en la espiritualidad un sentido y significado a lo que le pasa.

Según Tacey (2004) en la actualidad los seres humanos atraviesan una revolución espiritual. Esta revolución espiritual se refiere a un movimiento espontáneo en la sociedad, donde existe un interés nuevo en la espiritualidad y sus efectos de sanación en la vida, salud, comunidad y bienestar. Considera que la vida espiritual ya no concierne sólo a unos cuantos que pertenecen a las religiones tradicionales o al alcance de especialistas sobre el tema. Sino que la espiritualidad interesa a cualquier persona, ya sea religiosa o secular, jóvenes o adultos, ateos o creyentes. Para este autor la humanidad se encuentra en un momento difícil de su

historia, ya que está atrapada entre un sistema secular arraigado y un sistema religioso que no se puede del todo tomar.

Surge así, una nueva religiosidad que cuestiona o contrapone los modelos tradicionales, estos modelos se vuelven obsoletos por su incapacidad de satisfacer necesidades psicológicas, emocionales y sociales de la sociedad en crisis.

Boff y Betto (2002), creen que la crisis existente se da en la racionalidad moderna, entendida como aquella forma de entender el mundo. Esta racionalidad moderna se caracteriza por la búsqueda de una verdad absoluta. Para estos autores la realidad ya no es perceptible de un modo global, sino fragmentada. De tal forma que ya no se puede hablar de tratados, suma teológica y parámetros o referencias institucionales, sino de cuestionamientos de todos estos esquemas, ideologías y ciencias que pretenden ser una explicación suficiente de lo real.

## **RELIGIÓN CATÓLICA**

La iglesia católica es una doctrina que se caracteriza por la creencia en Jesús como hijo de Dios, el Mesías, que murió para la redención de los pecados de los seres humanos, y que resucitó tres días después de su muerte. En la fe católica está la idea de que a través de la vida, la muerte y la resurrección del Hijo (Jesús), los humanos pueden alcanzar la resurrección. Algunas de las creencias generales que engloban al catolicismo son:

- Jesucristo como el Mesías (o Cristo) descrito en el Antiguo Testamento y Nuevo Testamento.
- La Trinidad, esto es, que Dios es un ser único y eterno que existe como tres personas eternas, distintas e indivisibles: Padre, Hijo y el Espíritu Santo.
- La salvación, mediante conversión, perdón de los pecados, y la victoria sobre todas las consecuencias del pecado. Esta salvación es otorgada por

la gracia de Dios y fue conseguida por Jesucristo en su crucifixión y su posterior resurrección, mediante la cual se obtiene la vida eterna.

- La ascensión de Jesucristo al cielo, la instauración del Reino de Dios o del señorío de Jesucristo y su Segunda Venida.
- La "Resurrección General", en la cual las personas que han muerto junto con los que se encuentran vivos para ese momento se levantarán de la muerte al final del tiempo, para ser juzgadas por Jesucristo
- En la religión católica la Biblia es el texto sagrado para su consideración y obediencia.

En las prácticas típicas del catolicismo se destacan los siete sacramentos:

- Bautismo, signo iniciático de introducción al cristianismo.
- Confirmación, signo que ratifica la fe en Jesucristo;
- Eucaristía,
- Penitencia, signo de perdón, arrepentimiento de los pecados;
- Orden Sacerdotal, por el que se inician los sacerdotes.
- Matrimonio, celebración de la unión de un hombre y una mujer ante Dios y la comunidad
- Unción de los enfermos, signo de asistencia al enfermo.

## **NARRATIVA**

De acuerdo con la perspectiva narrativa, la vida de una persona es un relato, constantemente la persona está interpretando sus experiencias con base en un marco de inteligibilidad que brinde contexto a la experiencia y facilite la atribución de significados. Los significados derivados en este proceso de interpretación tienen efectos reales en lo que la persona decide o actúa en su vida (White, 2002).

Según Bruner (2003), las historias de las personas no sólo cuentan, sino que atribuyen a lo que experimentan una estructura y una realidad accesible. Narrar historias es un instrumento para llegar a un acuerdo con lo sorprendente y extraño de

la condición humana. Mediante la narrativa se construye, reconstruye y a veces hasta se reinventa el pasado y el futuro.

Es el relato propio de la persona lo que determina qué aspectos de la experiencia vivida son expresados, de allí que estas historias moldeen, constituyan y abracen la vida de la persona. Los relatos proporcionan el marco que hace posible interpretar la experiencia y estos actos de interpretación constituyen logros en los que la persona es parte activa (White, 2002).

Las narrativas bajo las cuales viven las personas surgen de una cultura dominante. Estas narrativas tienen efectos específicos sobre los individuos e influyen sobre la manera en que conducen sus vidas. Para algunas personas las historias culturales dominantes tienen efectos restrictivos sobre sus vidas y sus interacciones (Lax, 1997).

Las historias acerca de quiénes son toman forma de una manera rígida, a través de sus interacciones con la cultura, y casi siempre es la historia cultural la que determina cómo deben ser las personas. Estas historias son elaboradas junto con otros por medio de la interacción social (Lax, 1997).

En ocasiones, las personas han adoptado identidades que restringen su interacción con el mundo y que no concuerdan con quien ellas creen ser realmente. El objetivo del enfoque narrativo es ampliar las experiencias y enriquecer las narrativas de las personas (Lax, 1997).

Los significados que las personas le dan a los eventos que ocurren en su vida no ocurren en un vacío. Existe siempre un contexto más amplio dentro del cual las historias de sus vidas son construidas. Este contexto contribuye a las interpretaciones y significados que dan a los eventos (Morgan, 2000).

La manera en que la persona comprende su vida está influida por las historias más amplias y dominantes de la cultura en la que vive. Algunas de las historias que las personas tienen acerca de sus vidas tendrán efectos positivos y algunos tendrán efectos negativos en su vida, tanto en su presente, como pasado y futuro (Morgan, 2000).

Los dogmas religiosos o teológicos han sido un discurso hegemónico en la vida de las personas, este contexto religioso contribuye poderosamente a la trama de las historias de acuerdo con las cuales vive la persona.

De acuerdo con el enfoque narrativo, las dificultades surgen porque los individuos caen bajo el poder de narrativas dominantes, como el caso de la religión, fomentadas por la cultura local y la cultura ampliada. De allí la importancia de no entregarse ciegamente a narrativas hegemónicas y renovar el sentido de agencia personal.

Las narrativas religiosas hegemónicas tienen efectos sobre las personas e influyen sobre la forma en que conducen sus vidas. En ocasiones, estas narrativas dominantes tienen efectos restrictivos sobre la vida de las personas y su manera de relacionarse. Estas narrativas crean efectos negativos en la persona como malestar, sufrimiento, tristeza, culpa, es así que restringen su forma de vida así como cursos de acción.

De allí que surjan creencias espirituales restrictivas, es decir, creencias que interpretan los errores como ofensas hacia un ser supremo o la espiritualidad, las cuales según la teoría tienen efectos como la culpa, sufrimiento y el sentimiento de impureza. También implican creencias de indefensión e ineficacia personal en el enfrentamiento de situaciones difíciles, por lo que suponen indispensable la intervención de un ser supremo para su resolución de los conflictos.



De esta manera, es importante explorar con detalle los efectos que estos discursos hegemónicos han tenido en la vida de la persona, con la finalidad de que la comprensión del impacto de la historia dominante en la vida de la persona sea apreciada por completo. Esto permite reconocer el sufrimiento y/o preocupación que la persona puede estar experimentando. También contribuye a que surjan historias alternativas, ya que abren la posibilidad de notar formas en las que las personas están lidiando o arreglándose frente a la situación (Morgan, 2000).

Dado que los dogmas religiosos son discursos hegemónicos que generan interpretaciones restrictivas en las personas, la finalidad de esta investigación es identificar los factores y efectos que desencadenan las narrativas religiosas restrictivas y crear intervenciones que permitan la construcción o ampliación de narrativas alternativas para el enriquecimiento de las experiencias del individuo.

## **METODO**

### **PARTICIPANTE**

Participó un hombre de 44<sup>a</sup>, soltero, profesor de preparatoria y terapeuta de Alcohólicos Anónimos.

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores y efectos que promueven un discurso religioso restrictivo en las personas.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Indagar los factores que generan una narrativa religiosa restrictiva en la persona.

2. Identificar los efectos que provocan una narrativa religiosa restrictiva en la persona.
3. Identificar que narrativa religiosa predomina en la vida de la persona.
4. Conocer el significado que la persona le otorga a la espiritualidad

## **HIPOTESIS**

Las historias dominantes permeadas de creencias religiosas restrictivas tienen efectos negativos en la vida de una persona, ya que generan miedo, culpa y vergüenza.

## **INSTRUMENTO**

Para conocer o explorar de qué forma las experiencias religiosas o espirituales han tenido un efecto sobre la vida de una persona es importante crear una guía de temas que faciliten la indagación de la dimensión espiritual. Una de las principales ventajas de la utilización de una guía de entrevista es que permite el acceso a las historias o relatos de las personas de una forma acotada, dirigido hacia el tema de interés del investigador.

### **Guía de entrevista de narrativas religiosas restrictivas**

Se utilizó una guía de entrevista sobre creencias religiosas restrictivas, la cual se realizó pertinentemente para fines de esta investigación (Morgan, 2000; Walsh, 2009).

1. **¿Cómo describirías tu espiritualidad?** Esta pregunta permite indagar sobre los significados que la persona le atribuye a su experiencia espiritual,

con la finalidad de contextualizar o determinar qué está entendiendo la persona por espiritualidad.

2. **¿Qué significado cobra la espiritualidad en tu vida diaria?** Esta pregunta permite conocer de que manera la espiritualidad impacta en la vida diaria de la persona, saber la relevancia de esta dimensión.
3. **¿Te encuentras satisfecho(a) con tu religión / espiritualidad o cambiarías algo?** Esta pregunta permite explorar si las creencias o prácticas religiosas de la persona generan satisfacción o insatisfacción, con la finalidad de comenzar a introducir el tema de las creencias religiosas restrictivas que generan malestar.
4. **¿Consideran que tus creencias religiosas o espirituales han restringido áreas de tu vida?** Esta pregunta permite averiguar si hay creencias, historias o relatos acerca de la vivencia de una espiritualidad restrictiva.
5. **¿Qué crees que haya contribuido a la creación de este tipo de creencias?** Esta pregunta permite ahondar en los factores que determinaron la creación de narrativas restrictivas. Por ejemplo, un factor puede ser la herencia familiar de las creencias y prácticas religiosas, otro factores puede ser la pertenencia a una religión formal.
6. **¿Cómo han afectado las creencias religiosas en tu relación con los demás? ¿te han acercado o alejado de los demás?** Esta pregunta permite conocer si las creencias o prácticas religiosas de la persona han impulsado al sectarismo, lo cual provoca el aislamiento e intolerancia en la persona.
7. **¿Cómo ha afectado las creencias religiosas en lo que piensas acerca de ti mismo?** Esta pregunta permite deducir si las creencias religiosas han afectado en la construcción de la identidad de la persona. Cuando existe una imagen o identidad distorsionada de la persona pueden generarse sentimientos de tristeza, culpa, miedo, etc.

8. **¿Cómo han afectado las creencias religiosas en tus estados de ánimo y tus sentimientos?** Esta pregunta permite inferir los efectos negativos de las creencias religiosas restrictivas en las personas.
9. **¿Cómo han afectado las creencias religiosas acerca de otras personas y del mundo?** Esta pregunta permite conocer sobre la visión que tiene la persona sobre el entorno en el que vive.
10. **¿Cómo han afectado las creencias religiosas en relación con tu familia?** Esta pregunta permite identificar si la existencia de creencias religiosas han afectado en la forma de relacionarse del individuo con su familia.

## PROCEDIMIENTO

El participante fue contactado por la Asociación de Laicos por la Madurez Afectiva y Sexual, A.C. (ALMAS A.C.), tal institución facilitó el acceso a un grupo de creyentes católicos. Se le hizo la invitación personal al participante y se acordó la fecha y hora de la entrevista.

## RESULTADOS

Al realizar el análisis de contenido de las respuestas conseguidas mediante la guía de entrevista sobre narrativas religiosas restrictivas, se obtuvieron 16 categorías, las cuales están distribuidas en 7 dimensiones. En la tabla 1 se muestran las dimensiones, categorías y definiciones obtenidas en el ámbito de sistema de creencias espiritual de la persona.

<i>Dimensión</i>	<i>Categoría</i>	<i>Definición</i>
Significado de la espiritualidad	Sentido de pertenencia	Percepción de sentirse perteneciente o parte del ecosistema en el que se vive.
	Libertad	Se describe la espiritualidad como la libertad de sentir y de creer en cualquier deidad.
	Sentido de vida	La espiritualidad otorga un sentido de vida y trascendencia a la persona, hace que su vida este plena.
Concepto de Dios o de ser supremo	Deidad interior	Describe las ideas acerca de lo que se entiende por ser supremo, que puede ser una deidad, un elemento natural como el mar o sol, es "algo" que se siente dentro de la persona.

Perspectiva de las instituciones religiosas	Infunde miedo	Aseveraciones relacionadas con la imposición de la creencia en un ser supremo a través del miedo
Prácticas religiosas	Oración y meditación	Verbalizaciones acerca de la oración y meditación como prácticas que permiten ponerse en contacto consigo mismo y con la parte divina.
Efectos de las narrativas restrictivas	Actitudes negativas hacia los demás	Se refiere a las actitudes negativas como ofender, dañar, odiar o lastimar a otras personas.
	Sentimientos negativos	Percepción de culpa, minusvalía, ira, resentimiento y envidia.
	Estado de animo	Sensación de vacío, estados depresivos, egoísmo, incredulidad y de desolación.
Factores que generan narrativas restrictivas	Ignorancia	Creencias de que se desconoce o no hay conocimiento de una espiritualidad libre, por eso la necesidad de un despertar espiritual o de conciencia.
	Dogmas religiosos	Expresiones acerca de que las instituciones o ideologías religiosas dominantes crean creencias negativas o restrictivas de la espiritualidad.
	Información inadecuada	Verbalizaciones referentes a la falta de información adecuada para tener una espiritualidad libre.
Deconstrucción de dogmas religiosos	Identificación	Aseveraciones en relación a la identificación de un discurso dominante religioso que dicta una espiritualidad bajo ciertos lineamientos y sometimientos que se alejan de una espiritualidad libre y que limitan o restringen un crecimiento espiritual.
	Aceptación	Expresiones referentes a la aceptación y reconocimiento de las narrativas restrictivas para la construcción de una sabiduría espiritual.
	Cuestionamiento	Se considera que el acercamiento o conocimiento de varios tipos de religiones o narrativas religiosas, permite tener un panorama amplio del fenómeno para su análisis crítica.

Tabla 1. Sistema de creencias espiritual de la persona.

El significado que el participante le otorga a la espiritualidad es de un sentido de pertenencia, lo cual se relaciona o converge con lo descrito por Bateson (2006), donde cada ser humano es parte de un mundo viviente, es así que hay un sentido de unidad con la biosfera y humanidad que nos une. Otra elemento de la espiritualidad es el ejercicio de una libertad en la persona para creer y sentir en una deidad. En este sentido, la espiritualidad brinda un sentido de vida a la persona que le permite sentirse plena. La concepción que tiene la persona respecto a un ser supremo es la de un Dios o elemento natural que la persona siente en su interior.

En cuanto a la perspectiva que tiene el participante sobre las instituciones religiosas, considera que infunden miedo, a través de este sentimiento se imponen creencias en las personas. El miedo es un mecanismo a través del cual se impone un discurso dominante que tiende a ejercer sobre discursos alternativos una especie de presión y poder de coacción (Foucault, 1987).

Las prácticas espirituales como la oración y meditación fomentan el bienestar y participación en las personas, les permite dar significado, consuelo, fortalecimiento y enfrentamiento a los sucesos que se presentan (Vázquez-Palacios, 2001).

Los efectos de las narrativas restrictivas que el participante mencionó se componen de actitudes negativas hacia los otros, sentimientos negativos y estados de ánimo depresivos, lo cual concuerda con lo expuesto por Walsh (2009).

Los factores que desencadenan narrativas espirituales restrictivas es la desconocimiento de una espiritualidad libre, así como de información adecuada sobre el fenómeno. Otro factor que influye son los dogmas religiosos que producen un discurso controlado, seleccionado y distribuido por procedimientos que tienen como función dominar y controlar (Foucault, 1987).

La última dimensión se relaciona con la identificación y cuestionamiento de un discurso dominante religioso que restringe el ejercicio de una espiritualidad libre, dicho cuestionamiento permite el surgimiento de mutaciones en el discurso como consecuencia de la aparición de formas nuevas de la voluntad de verdad. Finalmente las instituciones religiosas son sistemas de educación que mantienen o modifican la adecuación de discursos, con los saberes y los poderes que implican (Foucault, 1987).

## **DISCUSIÓN**

De acuerdo con Bateson (2006), existen en el mundo muchas epistemologías, diferentes y hasta contrastantes entre sí, que han subrayado por igual la existencia de una unidad suprema y la idea de que esa unidad suprema es estética. La similitud de estas visiones permite confiar en que la gran autoridad de la ciencia cuantitativa puede ser insuficiente para rechazar una belleza unificadora suprema.

Una de las dificultades encontradas al revisar la literatura respecto al fenómeno de espiritualidad es la falta de consenso en los autores en cuanto a la definición operacional de espiritualidad.

El alcance de las prácticas espirituales es brindar aliento, esperanza y alivio en momentos difíciles de la persona. Las prácticas espirituales que se relataron como importantes fueron la oración y meditación, este tipo de acciones brindan fortaleza espiritual.

Un discurso dominante como el que manejan las instituciones religiosas, utilizan procedimientos de exclusión, como la prohibición, donde no cualquier persona tiene derecho a cuestionar o proponer otro tipo de discursos, sino que se fijan límites o reglas como medio de control para la producción del discurso (Foucault, 1987).

### **3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria.**

#### **3.3.1 Productos tecnológicos**

##### **EQUIPO DE PROFUNDIZACIÓN TERAPIA DE PAREJA: INSTITUTO SISTÉMICO DE BUENOS AIRES**

###### **Justificación**

La siguiente presentación tiene el objetivo de difundir la modalidad de trabajo que se realiza en el equipo de profundización en terapia de pareja del Instituto Sistémico de Buenos Aires, la finalidad es que los estudiantes de maestría que estén interesados(as) en realizar una estancia académica en este lugar, tengan más información al respecto.

###### **Resumen:**

La modalidad de trabajo en el equipo de profundización en terapia de pareja se fundamenta en la cibernética de segundo orden, de los sistemas observantes, la parte esencial de esta perspectiva es la inclusión del observador en lo observado, es decir, el terapeuta se vuelve parte del sistema. El análisis que se hace sobre el sistema incluyendo al terapeuta, trata de una posición autoreflexiva, de esta manera, el equipo de profundización de ISDEBA, realiza un microanálisis de las sesiones con parejas, considerando las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se van construyendo nuevos significados “con” y “en” la pareja?
2. ¿Sobre qué hipótesis reconocemos está trabajando el terapeuta y cómo las comparte con la pareja?
3. ¿Qué prejuicios o preconceptos van apareciendo en la pareja y el terapeuta?
4. ¿Qué lugar ocupa el universo de la emocionalidad en las prácticas del terapeuta y el diálogo sostenido con la pareja?



**Población:** Estudiantes del programa de formación en terapia familiar interesados en realizar una estancia académica en Buenos Aires, Argentina y busca información sobre el equipo de profundización en ISDEBA

**Modalidad de trabajo en el  
equipo de profundización en  
terapia de pareja del  
Instituto Sistémico de  
Buenos Aires**

**ISDEBA**

**Instituto Sistémico de Bs. As.**

**Equipo de Profundización en Terapia de Pareja**

**Dr. Omar Biscotti (Coordinador)**

**Lic. Silvia Alabau**

**Lic. Miriam Casini**

**Lic. María Graciela Frascino**

**¿Sobre qué estamos trabajando en estos momentos?**

**Sobre cómo, a partir de las preguntas, se construyen los nuevos significados con una pareja**

**¿Cómo estamos trabajando?**

**En el microanálisis de sesiones con parejas, realizadas por los integrantes del Equipo**

**Focalizamos entonces en:**

- **¿Qué preguntamos?**
- **¿Cómo preguntamos?**
- **¿Qué va pensando el terapeuta para construir las preguntas (hipótesis subyacentes)?**
- **¿Cómo, el terapeuta, va pensando las palabras de la pareja?**

A propósito de las hipótesis, nos identificamos con estas ideas de Paolo Bertrando:

¿Es verdad que el terapeuta no tiene certezas? Su elección de hechos y conexiones pasa, de hecho, por su filtro personal, cernido a través de todo el cuerpo de su experiencia, formación y conciencia emocional. En pocas palabras, usará un repertorio de hipótesis basadas en sus propias premisas. (...) El terapeuta será llevado a formular hipótesis que resuenen con sus premisas básicas y con estas hipótesis seleccionará y reinterpretará temas particulares de la historia del cliente. Uno podría decir que el paciente no es el único que cree que lo que describe es una situación humana única e irrepetible: también el terapeuta lo cree. Sin embargo los terapeutas, tienden a ser más predecibles que sus clientes, ya que siempre tienen una teoría definida a la cual referirse, mientras los clientes, no, o al menos no siempre.

¿Qué es lo que guía a los terapeutas en la exploración conjunta que llevan a cabo con sus clientes? Desde mi punto de vista, es un "self" en el cual toman parte teorías y experiencias. Hoy, desde una perspectiva posmoderna, tendemos a considerar una teoría más bien como un buen repertorio de metáforas. Esto puede suponer un riesgo de eclecticismo: elegimos nuestras teorías según los problemas específicos que estamos enfrentando. La cuestión es, de todos modos, que la teoría es la que determina, de muchas maneras, precisamente lo que yo puedo considerar un problema. La teoría viene antes del problema. Si un terapeuta afirma que no tiene teorías en el momento que comienza a resolver un problema, nos hace pensar que quizás no tenga más que teorías implícitas (inconscientes), que han producido hipótesis no dichas.

Por otra parte, mientras más experimentados sean los terapeutas, menos seguirán su teoría: se preocupan más de la manera de responder a las situaciones –“la contestación” de la situación- que de las teorías en sus cabezas. Desde una perspectiva epigenética, que nos podría ayudar a resolver esta contradicción, los terapeutas tienen la guía de la suma total de las teorías que han aprendido y usado en sus prácticas profesionales, así como de las experiencias únicas de sus propias vidas. Analizamos cualquier problema que se nos pone enfrente con este compendio personal de teorías y experiencias.

### Otros puntos en que focalizamos nuestro análisis de las sesiones:

- ¿Cómo el terapeuta reconoce sus prejuicios?
- ¿Cómo los cuestiona?
- ¿Qué función ejerce el Equipo en relación a lo anterior?



Guía para la elaboración grupal del material clínico:

1. ¿Cómo se van construyendo nuevos significados "con" y "en" la pareja?
2. ¿Sobre qué hipótesis reconocemos está trabajando el terapeuta y cómo las comparte con la pareja?
3. ¿Qué prejuicios o preconceptos van apareciendo en la pareja y el terapeuta?
4. ¿Qué lugar ocupa el universo de la emocionalidad en las prácticas del terapeuta y el diálogo sostenido con la pareja?
5. ¿Qué presencia de los criterios de la transdisciplinariedad se reconocen en ambos tramos?

## PRODUCTO TECNOLÓGICO 2

### ESTANCIA ACADÉMICA EN BUENOS AIRES, ARGENTINA

#### **Justificación**

Las siguientes diapositivas tienen la finalidad de presentar algunas de las instituciones en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, que manejan uno o varios de los modelos de la terapia familiar sistémica, con el objetivo de que los estudiantes de maestría que estén interesados(as) en realizar una estancia académica en Buenos Aires, conozcan que opciones hay y cual(es), se ajustan a las necesidades o preferencias del estudiante.

#### **Resumen:**

Durante mi estancia académica en Buenos Aires, tuve la oportunidad de conocer cuatro instituciones que manejan los siguientes modelos de la terapia familiar sistémica, o la teoría sistémica relacional.

**Población:** Estudiantes del programa de formación en terapia familiar interesados en realizar una estancia académica en Buenos Aires, Argentina y busca información sobre las instituciones que manejan una metodología sistémica.

## ESTANCIA ACADÉMICA EN BUENOS AIRES, ARGENTINA

Elaborado por Yolanda Huerta Ramírez



**ISDEBA**  
*Instituto Sistemico de Buenos Aires*

### DIRECTORES

Lic. Alicia Salituri

&

Dr. Omar Biscotti



Médico Psiquiatra, egresado en 1974 de la Facultad de Medicina de la UBA y en 1979 del Curso Superior de Médico Psiquiatra.

Presidente de la Asociación de Psicoterapia Sistemica de Buenos Aires - ASIBA - desde noviembre de 1999 a 2005.

Miembro del Comité de Redacción de la Revista Sistemas Familiares y asesor de la revista Perspectiva Sistemica.

## INSTITUCIONES

- INSTITUTO SISTÉMICO DE BUENOS AIRES
- MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE GÉNERO
- CONFORMACIÓN ARCO
- CENTRO PRIVADO DE PSICOTERAPIAS



**ISDEBA**  
Instituto Sistémico de Buenos Aires

### ACTIVIDADES DEL INSTITUTO

- Cursos de Formación en Terapia Sistémica, tanto en sus propias sedes como en el interior del país y Latinoamérica.
- Equipo Asistencial en Terapia Sistémica, que atiende en ambas sedes consultas a nivel individual, familiar, de pareja y de interfase psico-jurídica.
- Trabajo de formación e investigación en tres temas:  
Hipnosis Ericksoniana  
Terapia de Familia  
Terapia de Pareja
- Equipos de Profundización: *El Equipo de Terapia de Pareja* y *el Equipo de Terapia de Familia*, que atienden consultas dentro del marco sistémico, realizando además trabajos de investigación, publicaciones y videos didácticos.





**ISDEBA**  
Instituto Sistemico de Buenos Aires

### Equipo de profundización pareja

Integrado por Dr. Omar Biscotti (coordinador), Lic. Silvia Alabau, Lic. Miriam Casini y Lic. Graciela Frascino, dedicado a la atención e investigación en problemáticas de Pareja.

Funciona desde el año 2002, reuniéndose con una frecuencia semanal, en un espacio de 4 horas. El equipo viene trabajando y profundizando sobre el tema de la relación entre dependencia e independencia en las parejas.



**ISDEBA**  
Instituto Sistemico de Buenos Aires

### Equipo de profundización familia

Integrado por la Lic. Graciela Frascino (Coordinadora), Lic. Mirta Rosa Colomer y Lic. Martha Urtubey, dedicado a la atención e investigación en problemáticas con abordaje familiar. Funciona desde 2004, reuniéndose con una frecuencia semanal, en un espacio de 4 horas. El Equipo se dedica a la preparación de talleres para presentación en Congresos sobre la temática de la Terapia Familiar.





## Diplomado de pareja

- **Coordinador:** Dr. Omar Biscotti
- **ESTE CURSO CUENTA CON EL AVAL DE LA UNIVERSIDAD DE FLORES.**
- La Diplomatura se encuentra dividida en 5 Módulos, con una duración entre 4 y 8 semanas, con los siguientes contenidos:
- **Módulo 1:**  
Introducción a la Terapia Sistémica: Bases epistemológicas del pensamiento sistémico.  
Teoría general de los sistemas.  
Introducción a la noción de sistema: orígenes. Subsistemas.



## Apertura para Relaciones Colaborativas

- **Formación, Asistencia y Entrenamiento en Terapia Sistémica**
- **Directoras:**
- Arielle Cotton
- Silvia Jajam
- Silvina Aisenso



Supervisoras acreditadas de ASIBA



### ÁREA DE SUPERVISIÓN:

- Grupos de Supervisión desde el Self del terapeuta.
- En vivo (con familia en cámara de gesell)
- Vivencial (Dramatización)
- Diferido
- La modalidad de docencia y Supervisión apunta al desarrollo del Self, las habilidades y los Recursos del Terapeuta.



### ÁREA DE DOCENCIA:

- Cursos y seminarios con observación de procesos terapéuticos en cámara de gesell.
- Posgrado de formación y capacitación en los diferentes modelos de terapia sistémica: MRI, Estructural, Milán, Roma, Enfoques Narrativos, Terapia en busca de soluciones
- Tres niveles de entrenamiento- Módulos anuales- frecuencia semanal.
- Seminarios cuatrimestrales, frecuencia semanal: Pareja, divorcio, familia ensamblada, la terapia de niños desde la mirada sistémica.
- Ateneos: Temáticas específicas, frecuencia mensual.







### ÁREA ASISTENCIAL:

- Consultas individuales, familiares y de pareja.
- TALLERES:
- Entrenamiento y práctica en la persona del terapeuta
- Como transformar las dificultades en recursos
- Trabajando la persona del terapeuta desde su genograma.



### Apertura para Relaciones Colaborativas

- Arribeños 1641 - 2° "H" – Capital – Tel 4781-9971
- Email: [ariellecotton@fibertel.com.ar](mailto:ariellecotton@fibertel.com.ar)



## MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE GÉNERO

### PROGRAMA POST-DOCTORAL EN ESTUDIOS DE GÉNERO



## DIRECCIÓN ACADÉMICA



**DRA. MABEL BURIN**

- Doctora en Psicología
- Directora del Programa de Estudios de Género y Subjetividad UCES, iniciado en 2002. Directora del Programa Post-doctoral en Estudios de Género UCES desde 2007. Investigadora y docente de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) y en diversas instituciones académicas de Argentina, México, Costa Rica y España. Autora de numerosas publicaciones y libros sobre su especialidad.

## DIRECCIÓN ACADÉMICA

- Doctora en Psicología
- Investigadora y Coordinadora docente en el Programa de Estudios de Género y Subjetividad en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), desde su inicio. Profesora invitada en diversas universidades nacionales y extranjeras. Autora de numerosas publicaciones sobre Estudios de Género y subjetividad.



**DRA. IRENE MELER**

### Metodología de la Maestría en Estudios de Género

- Comprende asignaturas y seminarios en el 1er año, y seminarios y talleres en el 2° año.
- Cada asignatura es dictada por diversas(os) expertas(os) en los temas tratados.
- La modalidad del curso es presencial
- Duración: 2 años
- Inicio del nuevo ciclo: Abril
- Días y horarios: Martes y Jueves de 18:30 a 22:30

**UCES**

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES

### Plan de estudios

- La Maestría en estudios de género está estructurada en dos ciclos académicos, algunas de las asignaturas que se cursan en el primer año son:
- Introducción a los estudios de género
- Género y Trabajo
- Género y Familia
- Género y Salud
- Género y Educación

**UCES**

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES

### Metodología del Programa Post-doctoral en Estudios de Género

- Dirigido a doctores(as) que estén realizando estudios e investigaciones con perspectiva de género.
- Comprende seminarios, asesoramiento y tutorías a cargo de destacados(as) especialistas de Argentina y de centros académicos extranjeros
- Duración: 1 año
- Modalidad: presencial

EMAIL DE CONTACTO:  
[posgrados@uces.edu.ar](mailto:posgrados@uces.edu.ar)





Director:  
Lic. Hugo Hirsch

- Licenciado en Psicología – 1965 - Universidad de Buenos Aires
- Socio Director del Centro Privado de Psicoterapias
- Socio Director de EAP Latina, empresa que atiende a Programas de Ayuda al Empleado en América Latina.
- Presidente fundador de ASIBA, Asociación Sistémica de Buenos Aires.
- Responsable del dictado de seminarios de resolución de conflictos e influencia estratégica en Argentina, Chile, Uruguay, México, España y los Estados Unidos.



- La propuesta del centro parte de una visión integral de la persona, que busca incluir al núcleo familiar y social en el cuidado de la salud mental a partir del modelo de terapia focalizada en la resolución de problemas.
- El centro ofrece Atención Psicológica, Psiquiátrica, Internación y Urgencias desde el año 1981 a Prepagas, Obras Sociales y Pacientes Particulares.





### **PASANTÍAS PARA ESTUDIANTES EXTRANJEROS(AS)**

- El Programa de Pasantías para psicólogos, psicopedagogos y estudiantes avanzados brinda la posibilidad de entrar en contacto directo y personalizado con el funcionamiento de una organización dedicada a brindar Programas Integrales de Salud Mental a la que ingresan más de 1.500 pacientes cada mes con todo tipo de problemáticas.



### **Objetivos de la pasantía:**

- Conocer de manera específica la práctica clínica desarrollada dentro del modelo de terapia breve estratégica y el marco teórico que la fundamenta.
- Comprender cómo funciona un sistema de atención a grandes poblaciones dentro de una institución privada con dedicación exclusiva a la salud mental.
- Obtener las herramientas necesarias para el desarrollo de la práctica profesional.
- **Duración: 1 mes** (con posibilidad de extensión a 2 meses)
- **Inicio: Abril**

Email contacto:

**Maria v. Migali**  
(mariamigali@hotmail.com)

### 3.3.2 Programa de intervención comunitaria

#### Nombre del taller:

S.O.S MI HIJ@ NO OBEDECE

**Facilitadoras:** Selene Flores Pacheco, Ana Laura Romero González y Yolanda Huerta Ramírez

#### Justificación:

Los padres, al estar tan ocupados, necesitan imperiosamente que sus hijos se comporten de forma responsable, tanto cuando están con ellos como cuando no (Durán, et al, 2004).

- Anteriormente, la disciplina se basaba en la autoridad. Los niños no la cuestionaban, no pedían ser escuchados (Durán, et al, 2004).
- El mayor desafío al respecto, es que muchos de nosotros podemos discrepar del enfoque de nuestros propios padres en cuanto a la educación que hemos recibido
- Es difícil para los padres saber cuándo, cómo y en qué grado aplicar la disciplina
- Es importante que conozcan o adquieran estrategias eficaces para disciplinar a sus hijos, ya que la disciplina ayuda a que los niños aprendan a controlar su propio comportamiento (Gootman, 1997).
- El mayor porcentaje de solicitudes que llegan al Centro de Servicios Psicológicos el motivo es problemas de conducta de los niños(as).

#### Objetivos:

Que los participantes:

- Adquieran información y herramientas prácticas para el ejercicio de su maternaje y paternaje.
- Se acerquen a una forma diferente de establecer la disciplina con sus hijos.

**Características del taller:**

**Dirigido a:** Cuidadores, madres y padres de niños de edades entre los 3 y 12 años.

**Duración:** 9 horas, sesiones de 3 horas

**Fechas:** 11, 18 y 25 de abril de 2013

**Participantes:** Mínimo 5 y máximo 10

**Horarios:** Matutino

**Módulos del taller:**

I. Crianza

II. Disciplina Positiva

**Temas:**

- Etapas de desarrollo
- Disciplina positiva
- Normas y límites
- Consecuencias
- Consistencia
- Reconocimiento
- Autoestima

**MÓDULO II****TEMA: DISCIPLINA POSITIVA**

**Actividad:** “Disciplina Positiva, una manera diferente de educar”

**Objetivo:** Que las personas identifiquen los principios básicos de la disciplina positiva.

**Desarrollo de la dinámica:**

Las ponentes presentan a los(as) participantes una presentación en powerpoint, donde se les describe los siguientes puntos:

**Principios básicos de la disciplina positiva:**

1. Enfocarse en identificar metas a largo plazo

2. Proveer o proporcionar calidez y estructura
3. Entender como los niños piensan y sienten
4. Solución de problemas

**Lo que no es disciplina positiva:**

- ✓ Estilos parentales permisivos
- ✓ Dejar que tu hijo haga lo que quiera
- ✓ No tener reglas, límites o expectativas.
- ✓ Reacciones a corto plazo o castigos alternativos para bofetear y golpear.

**Lo que sí es disciplina positiva:**

- ✓ Soluciones a largo plazo que desarrollen una disciplina propia o se autodisciplinen sus hijos.
- ✓ Comunicación clara de sus expectativas, reglas y límites como padres.
- ✓ Construir una relación respetuosa mutua con su hijo
- ✓ Enseñar a su hijo habilidades de toda la vida

Al finalizar la exposición teórica, las ponentes dividen al grupo en 2 o 3 equipos, a cada equipo se le entrega una viñeta, dicha viñeta contiene una situación conflictiva con un hijo(a). Las facilitadoras entregan a cada equipo una viñeta y se les pide a las(os) participantes que resuelvan la situación con base a la información que se le brindo anteriormente. A continuación se menciona una situación conflictiva, la cual puede modificarse o adaptarse según las necesidades del taller.

**Situación 1:**

Tu hija se la pasa viendo T.V. toda la tarde desde que llega de la escuela y todos los días son pleitos constantes para que deje la T.V. y haga la tarea. ¿Qué harías?

**Material para la actividad:** Cañon, laptop, manual de participante página

**Tiempo estimado para la actividad:** 40 minutos

## TEMA: NORMAS Y LÍMITES

**Actividad 1:** “¿Qué son las normas y límites?”

**Objetivo:** Que las personas identifiquen la diferencia entre normas y límites, así como recomendaciones para establecer normas.

**Desarrollo de la dinámica:**

Las ponentes presentan a los(as) participantes una presentación en powerpoint, donde se les describe los siguientes puntos:

- ¿Qué son las normas? Las normas son reglas que determinan la conducta de una persona, así como la manera de vincularse o convivir con otras personas.
- ¿Qué son los límites? Los límites indican hasta donde deben llegar los comportamientos de una persona para que no interfieran con los de las demás personas.
- Recomendaciones para establecer normas:
  - Las normas deben ser razonables.
  - Los padres deben asegurarse de poder distinguir cuándo se ha cumplido la norma y cuándo no.
  - Hay que describir las normas con detalle.
  - Las normas deben establecer un límite de tiempo.
  - Debe existir alguna consecuencia o castigo prevista por si se rompe el cumplimiento de una norma.

**Material para la actividad:** Cañon, laptop

**Tiempo estimado para la actividad:** 20 minutos

**Actividad 2:** “¿Cómo sé que saben las reglas?”

**Objetivo:** Favorecer la comunicación y la claridad a la hora de establecer reglas.

**Desarrollo de la dinámica:**

Al finalizar la exposición teórica, las facilitadoras piden a los(as) participantes que se dividan en grupos de 3 (A, B,C). A, comienza con una frase que indique una

regla, B debe repetir la frase dicha por A, de forma que el sentido no se altere en lo absoluto. C deberá confirmar con un de acuerdo o correcto si B ha respetado bien el sentido. Es entonces cuando B puede responder o argumentar a la regla de A.

En el caso de que una frase no se repita conservando todo el sentido, A o C deberán rechazarla con un “incorrecto” o “no”. Entonces deberán repetir de nuevo la frase.

**Material para la actividad:**

**Tiempo estimado para la actividad:** 30 minutos

### **TEMA: CONSECUENCIAS LÓGICAS**

**Actividad 1:** “¿Qué son las consecuencias lógicas?”

**Objetivo:** Que las personas comprendan las consecuencias y sus diferencias con el castigo.

**Desarrollo de la dinámica:**

Las ponentes presentan a los(as) participantes una presentación en powerpoint, donde se les describe los siguientes puntos:

#### **CONSECUENCIAS LÓGICAS**

Es importante mostrar a los niños que sus acciones tienen efectos, y cuando estos producen un daño o rompen acuerdos de normas establecidas hay que aplicar consecuencias.

Para que sean eficaces deben cumplir lo siguiente:

- Deben ajustarse a la edad del niño.
- Deben adecuarse en intensidad al comportamiento a corregir.
- Centrarse en el comportamiento no en el niño como persona.
- Tener algún significado y valor para el niño, sino no cumplirá función correctiva alguna.
- Ser aplicable lo más cercanamente posible al comportamiento que lo ha provocado.
- Servir para enseñarles por qué no deben cometer el mismo error, no para ofender o humillar al niño.

- Explicar y razonar del porqué de las consecuencias o castigo aplicado.

### DIFERENCIA ENTRE CASTIGO Y CONSECUENCIA

<b>Consecuencia</b>	<b>Castigo</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicación de un efecto, por una conducta inadecuada, que trata de enseñar al niño porqué no debe cometer el mismo error de nuevo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trata de que con ese efecto el niño se sienta incómodo y tema portarse mal nuevamente. La combinación de ambos modos es un buen recurso educativo para los padres. Un ejemplo nos puede ayudar a comprender la aplicación de las consecuencias y los castigos.</li></ul>

Posteriormente se les entrega una serie de imágenes impresas que se encuentran en el manual del participante, dichas imágenes muestran una situación problemática entre una madre o padre y su hijo(a), la finalidad es que los (as) participantes desarrollen un dialogo entre los personajes donde se aplique una consecuencia lógica en lugar del común castigo.

**Material para la actividad:** Cañon, laptop, manual de participante página

**Tiempo estimado para la actividad:** 40 minutos

### **3.3.3 Reporte de presentación del trabajo realizado (clínico o de investigación) en foros académicos.**

Artículo en memorias del XX Congreso Mexicano de Psicología y III Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud “Oportunidades, retos y desafíos de la Psicología Mexicana”, publicado por la Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. y El Colegio Mexicano de la Psicología, A.C., llevado a cabo los días 17, 18 y 19 de Octubre de 2012, en Campeche, México. ISSN 010185-6073

#### **Escala de Recursos Espirituales (ERE)**

##### **Autores:**

Lic. Huerta Ramírez Yolanda, Lic. Alonso Vázquez Omar Fernando y Dra.  
Mercado Corona Dolores

##### **Adscripción institucional:**

Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Posgrado en Psicología; Maestría en Terapia Familiar Sistémica

**Descriptor:** Espiritualidad, Recursos, Medición, Religiosidad, Fe, Creencias.

##### **Datos de Localización:**

Lic. Huerta Ramírez Yolanda  
Correo electrónico: huertayol@hotmail.com

Lic. Alonso Vázquez Omar Fernando  
Villa Quetzalcoatl 13537, Col. Villa de Aragón, Del. Gustavo A. Madero, México D.F.  
Celular: 044 55 26 55 07 86  
Correo electrónico: alonso.omar@gmail.com



**Formato Propuesto:** Oral

**Modalidad:** Trabajo Libre

**Población:** Grupos religiosos y población laica.

**Problemática:** Espiritualidad y evaluación psicométrica. Creencias funcionales y disfuncionales.

## **RESUMEN**

Diversos estudios cuantitativos han encontrado evidencia de la influencia de las creencias espirituales en el bienestar de la salud física y mental de la persona (Pargament, 1998; Koenig, 2001). Por otra parte, los estudios cualitativos han producido un mejor entendimiento del rol que juegan las creencias y prácticas espirituales en la vida de las personas (Walsh, 2009).

En este trabajo se entiende por espiritualidad un conjunto de ideas, percepciones, conductas y vivencias, definidas por quienes las experimentan como algo sagrado. Éstas usualmente están relacionadas con la creencia en un ser supremo, un orden cósmico o una filosofía existencial.

Cuando la espiritualidad es funcional puede generar sentimientos de bienestar, favorecer el desarrollo integral de la persona y propiciar la vinculación armoniosa con otros seres humanos. Este uso funcional de la espiritualidad se define en este estudio como “recursos espirituales”.

Cuando se expresa de forma disfuncional puede generar sentimientos de malestar (culpa, desesperanza, tristeza, odio, etc.), obstaculizar el desarrollo y propiciar conductas que impiden la vinculación saludable con otros seres humanos, manifestándose como fanatismo, sectarismo y aislamiento. Las ideas relacionadas

con esta clase de dificultades se definen en esta investigación como “creencias espirituales disfuncionales”.

En la actualidad existen diferentes instrumentos para medir constructos similares, como bienestar espiritual (Ellison; 1983, Underwood y Teresi, 2001; González-Celis, 2002) o creencias espirituales (Holland et al.,1998). Estos instrumentos han sido desarrollados en el extranjero y aunque algunos han sido adaptados para población mexicana, ninguno ha sido desarrollado con y para ésta.

Se pretende aportar a la investigación del fenómeno de la espiritualidad un instrumento válido y confiable, desarrollado con población mexicana que permite la medición de las creencias y practicas espirituales. El objetivo es que esta escala pueda ser usada para investigaciones futuras sobre el tema, así como un instrumento de diagnóstico en la práctica clínica.

La Escala de Recursos Espirituales se creó a partir de la literatura sobre el tema de espiritualidad y escalas relacionadas con el constructo: Spiritual Well-BeingScale (Ellison, 1983), TheDaily Spiritual ExerciseScale and WellBeing (Underwood y Teresi, 2001), WHOQoL-Bref. (OMS; traducida y adaptada por González-Celis, 2002), Escala de ideación religiosa disfuncional (Rivera-Ledesma, 2007) y A brief spiritual beliefsinventoryfor use onquality of liferesearch in lifethreateningillness (Holland et al.,1998).

Los reactivos elaborados fueron sometidos a una prueba de claridad para verificar su comprensibilidad y mejorar la redacción. Posteriormente se realizó un procedimiento de jueceo mediante la técnica Q-sort, de este modo se obtuvo validez teórica para el instrumento. Al finalizar el proceso de jueceo, se extrajeron un total de 120 reactivos.

La versión de la escala que se aplicó a los participantes estuvo constituida por una ficha sociodemográfica, los 120 reactivos elaborados y al final se anexó una

escala que midiera un constructo similar al del presente estudio para someter a prueba la validez concurrente.

La escala fue aplicada a 168 mujeres y 132 hombres, en total 300 personas de la Cd. de México, de un contexto urbano, con edad entre los 18 y 84 años. Para la aplicación de la escala se obtuvo apoyo de las siguientes instituciones: a) ALMAS A.C., dicha institución proporcionó el contacto con personas que profesan la religión católica, b) Escuela de Iniciación Artística No. 4 (EIA), dicha institución proporcionó el contacto con personas laicas, c) ADOREMUS institución de inspiración católica que reúne a practicantes laicos con el objetivo de generar una comunidad y realizan prácticas devocionales en conjunto.

Se analizaron los datos para conocer: 1) La capacidad de discriminación de los reactivos, 2) La estructura factorial de la prueba, 3) La Consistencia interna 4) Validez de criterio, un criterio externo y cuatro criterios internos y 5) Validez concurrente

El resultado del análisis factorial con rotación varimax arrojó tres factores que explicaron el 49.75% de la varianza. Los tres factores fueron: 1) Recursos espirituales, 2) Creencias espirituales disfuncionales y 3) Inexistencia o inutilidad del recurso espiritual.

El factor *Recursos espirituales* explica un 36.23% de la varianza, en el se agruparon 60 reactivos con una carga factorial mayor al .40, por razones prácticas en la aplicación de la escala se seleccionaron los 17 reactivos con mayor carga factorial. En este factor se encuentran reactivos donde los participantes afirman que sus creencias espirituales favorecen sentimientos positivos y les han ayudado a enfrentar situaciones difíciles.

El factor *Creencias espirituales disfuncionales* explica el 8.87% de la varianza agrupa 17 reactivos, en los cuales los participantes afirman que sus creencias

espirituales les generan culpa, sufrimiento o sentimiento de impureza, asimismo afirman interpretar los errores como ofensas hacia un ser supremo y manifiestan dependencia de esta deidad en su vida cotidiana.

El factor *Inexistencia o inutilidad del recurso espiritual* explica el 4.64% de la varianza y agrupa 9 reactivos que niegan la existencia de un ser supremo o la utilidad de la espiritualidad, por lo tanto manifiestan incredulidad en una deidad y la espiritualidad no es percibida como algo que pueda ser de utilidad.

En total se obtuvieron 43 reactivos divididos en 3 factores, para determinar su consistencia interna se aplicó un alfa de Cronbach para cada factor. El factor *Recursos espirituales* contó con un alfa de .976. El factor *Creencias espirituales disfuncionales* contó con un alfa de .927. El factor de *Inexistencia o inutilidad del recurso* contó con .829. Con base a estos resultados se confirma que la escala cuenta con una adecuada consistencia interna.

Para someter a prueba la validez de criterio externo, se tomó como criterio de comparación la pertenencia de los participantes a un grupo religioso o grupo laico. La comparación se hizo mediante una prueba t sobre cada uno de los tres factores obtenidos comparando las respuestas de acuerdo con la pertenencia al grupo religioso o grupo laico. Los resultados muestran una constante donde la media del grupo religioso está por arriba del grupo laico en los factores *Recursos espirituales* y *Creencias espirituales disfuncionales*. En todos los factores se encontraron diferencias con significancia mayor al .000.

Para la validez de criterio interno se usaron cuatro criterios de comparación: 1) Creencia en un Ser Supremo, 2) Práctica de una religión, 3) Autoinforme del nivel de espiritualidad del sujeto y 4) Autoinforme del nivel de religiosidad del sujeto. Se compararon los grupos mediante una prueba t y en todos estos criterios se encontraron diferencias significativas con una probabilidad menor que .000.

La tendencia general que se encontró fue que los sujetos pertenecientes a los grupos de personas que se autoreportan espirituales y religiosos, practicantes de una religión y creyentes en un Ser Supremo, tienen mayor presencia de recursos espirituales y de ideas religiosas disfuncionales, que los pertenecientes a los grupos de no practicantes, no creyentes en un ser supremo y que se autoreportan poco o nada espirituales o religiosos.

Mientras que los que se reportan como no creyentes, poco espirituales y religiosos presentan mayor puntaje en el factor *Inexistencia o inutilidad del recurso espiritual*. Estos resultados son congruentes con la teoría y son estadísticamente significativos en todos los casos por lo cual podemos concluir que la Escala de Recursos Espirituales cuenta con validez de criterio interno.

Para determinar la validez concurrente de la Escala de Recursos Espirituales se compararon los factores con escalas que miden constructos similares, las escalas utilizadas son las siguientes: *WHOQoL-Bref* (OMS; traducida y adaptada por González-Celis, 2002), *Spiritual Well-BeingScale* (Ellison, 1983) y *Escala de ideación religiosa disfuncional* (Rivera-Ledesma, 2007)

La correlación de Pearson arrojó correlaciones positivas significativas de .664 y .849 respectivamente entre el factor de recursos espirituales con las escalas *WHOQoL-Bref* y *Spiritual Well-BeingScale*. Así como correlaciones negativas de -.395 y -.434 entre el factor de inutilidad o inexistencia del recurso las mismas escalas. Estos resultados aportan validez concurrente a la escala.

Los datos que se presentan muestran que se dispone de un instrumento que mide los aspectos de creencias y prácticas de la espiritualidad de manera válida y confiable.

### **3.4. Valores éticos**

En general, como terapeuta se busca el bienestar de las familias y sus integrantes, con una actitud de respeto hacia sus derechos y con el compromiso de ofrecer servicios profesionales que sean utilizados de forma adecuada para atender las necesidades del consultante.

Considero que es imprescindible el respeto y tolerancia hacia las creencias de los consultantes, sobre todo cuando son diferentes o chocan con las del terapeuta. De esta manera se evita caer en fundamentalismos y en la imposición de creencias o posturas del terapeuta al cliente. Esto debido al alcance que se tiene para influenciar y alterar la vida de otras personas, se debe tener mucho cuidado al hacer recomendaciones y opiniones.

También es fundamental evitar la discriminación o negación de los servicios profesionales por motivos étnicos, religiosos, de género, de nacionalidad, de clase o de preferencia sexual.

Parte importante es mantener el compromiso y responsabilidad de buscar terapia personal para solucionar problemas o conflictos personales, mismos que pudieran deteriorar el desarrollo del trabajo o juicio terapéutico.

Como terapeuta es parte esencial mantener la confidencialidad de cada uno de los clientes, se debe respetar y reservar las confesiones que hace el cliente en el consultorio. En este sentido, antes de realizar o utilizar video/audiograbaciones, o permitir la presencia de terceras personas, se debe notificar al consultante y pedir su autorización o consentimiento explícito por escrito. Asimismo, para utilizar el material clínico del cliente ya sea para presentaciones en congresos, publicaciones u otro medio de difusión, se debe solicitar su autorización o consentimiento informado y cambiar o modificar los datos de identificación de la familia o persona para proteger su identidad y confidencialidad.

Antes de canalizar al cliente con otro terapeuta o concluir un proceso terapéutico, el terapeuta tiene la responsabilidad de avisar con anticipación a sus consultantes, para hacer los ajustes pertinentes o para ir concluyendo el proceso.

Por último, como terapeuta es indispensable mantenerse actualizado en investigaciones, conocimiento y práctica de la terapia familiar a través de actividades de educación continua.

### **3.4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional**

Una de las consideraciones éticas que emergieron fue la discusión sobre la existencia de la neutralidad en la práctica clínica, se concluyó que no es posible mantener una postura neutral u objetiva, como personas estamos atravesadas por una historia de vida, creencias, premisas y prejuicios que determinan en gran parte la manera de ver e interpretar la realidad, y por lo tanto, también determinan los cursos de acción o decisiones en torno al ejercicio terapéutico.

Me parece interesante la concepción que tiene Cecchin (1989) sobre la noción de neutralidad, la concibe como la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta. La curiosidad lleva a la explicación e invención de puntos de vista y movimientos alternativos. Esta perspectiva alternativa aplaude la complejidad de la interacción e invita a tomar una orientación polifónica respecto de la descripción y explicación de la interacción. La curiosidad facilita el desarrollo de la multiplicidad o de la polifonía (Cecchin, 1989).

Para mantener una postura de curiosidad es importante mantener la continua búsqueda de descripciones nuevas o alternativas, como terapeutas corremos el riesgo de suponer que ya tenemos una explicación única e inmutable, creemos haber “descubierto” una descripción, lo cual frena nuestra curiosidad.

Dado que todas(os) estamos constituidos(as) de prejuicios y premisas es importante tener conciencia de ellos, o reconocer que influyen en la práctica

clínica, con el objetivo de asumir la responsabilidad de tenerlos y utilizarlos en la interacción terapéutica. Como dice Cecchin (1997), aceptar los propios prejuicios requiere de valor y a veces de irreverencia para cuestionarlos o deconstruirlos.

La reflexión sobre los prejuicios y premisas del terapeuta me condujo a uno de los pilares de la teoría sistémica, la Cibernética de segundo orden, este paradigma sugiere una relación de tipo autorreferencial entre el terapeuta, familia y modelo teórico, el cual origina un proceso donde el terapeuta está en el nivel de análisis y en el nivel de ser analizado, es decir, el terapeuta se describe a sí mismo en tanto describe a la familia (Fruggei&Matteini, 1991).

Hoffman indica la importancia de prestar atención a las premisas epistemológicas, no sólo las del consultante, sino también las del terapeuta, estar conscientes de que siempre el terapeuta y la teoría que elige están operando en el contexto de una red autorecurrente.

Como terapeutas sistémicos participamos en la construcción del sistema terapéutico, formamos parte del sistema y no podemos permanecer fuera. De allí la necesidad de pensarnos y analizarnos como parte del sistema, de tal manera que actuamos y al mismo tiempo observamos la retroalimentación que surge de la manera en que actuamos (Boscolo et al., 1985; Canova, 2005).

La finalidad de realizar este análisis sistémico es de escapar al dilema de quedar paralizado(a) en el sistema, ya que cuando se vuelve parte de un sistema se comienza a recortar posibilidades, pero cuando se sale del sistema se pueden desarrollar ideas. Se tienen que sostener dos posiciones todo el tiempo: entrar y salir, evitar permanecer invariablemente en un sistema, estar de forma temporal, alternante (Boscolo et al., 1985).

Otra de las consideraciones éticas que me gustaría integrar en este trabajo es la práctica clínica con orientación de género. Creo que como terapeutas sistémicos es imprescindible incorporar la perspectiva de género en las intervenciones que realizamos. Considero que desde el surgimiento de la teoría de la terapia familiar sistémica se han invisibilizado cuestiones de género tanto en los modelos, como



en las técnicas o estrategias de intervención, opacando o minimizando muchas veces el malestar de las mujeres o trasgrediendo sus derechos.

Algunos criterios generales que pueden ayudar al proceso de autoanálisis, y a la formulación de intervenciones sistémicas con perspectiva de género se mencionan a continuación (Burin, 2010; Walters et al., 1991):

- Tratar de reconocer cómo la pertenencia a un género y su posicionamiento en él determina su percepción de lo que sucede en la familia, y cuanto afecta al tipo de intervenciones que se hace, así como a los criterios que utiliza para definir los conflictos y sus resoluciones.
- Percatarse de que las mujeres tienen limitaciones reales de acceso a los recursos sociales y económicos. Advertir como afecta esta condición femenina a situaciones familiares de abuso y dependencia económica, social y otras que conlleven maltrato u otras formas de violencia.
- Compromiso de utilizar una ética de género que no “culpabilice a la víctima”, ofreciendo interpretaciones que sólo contemplen aspectos parciales de los vínculos familiares abusivos.
- Conciencia de que se deben cuestionar o deconstruir críticamente los valores patriarcales que afirman la perspectiva masculina y desvalorizan la experiencia femenina
- Reconocimiento de que las mujeres han sido socializadas para asumir la responsabilidad primordial por las relaciones familiares

#### **IV. CONSIDERACIONES FINALES**

##### **4.1 Resumen de –habilidades y competencias- profesionales adquiridas**

---

**Conocimientos  
teóricos  
metodológicos de los  
modelos**

Manejo de los principios teóricos de los diferentes modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y/o posmoderna.

---

Aplicación de los conocimientos teóricos de los diferentes modelos para el diseño de planes de intervención tomando en cuenta las necesidades del consultante y la situación contextual que interviene

---

---

**Habilidades  
terapéuticas**

Mantener una relación de colaboración y formar una alianza terapéutica con el consultante.

---

Identificación del motivo de consulta y las demandas o metas terapéuticas.

---

Concretar objetivos terapéuticos con los consultantes.

---

Seleccionar y aplicar la metodología adecuada de los diferentes modelos de intervención para tratar la demanda del consultante.

---

Formulación de hipótesis sistémicas que ayuden a generar cambios.

---

Evaluación de resultados y terminación del proceso terapéutico.

---

---

**Aptitudes de investigación**

\* Diseño y ejecución de proyectos de investigación de tipo cuantitativo y cualitativo, así como la construcción de escalas.

---

\* Difusión en revistas y congresos las investigaciones realizadas dentro del programa.

---

---

**Competencias en la difusión del conocimiento y programas de intervención comunitaria**

\* Diseño de proyecto de difusión, e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en un contexto familiar y/o comunitario.

---

\* Elaboración y ejecución de programas de intervención comunitaria que atiendan las necesidades de la población

---

## 4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

Considero que mi formación en la maestría implicó un doble cambio de epistemología, fue un choque entre la realidad lineal que conocía desde siempre y el descubrimiento de una epistemología circular.

La primera transformación de mi epistemología resultó del conocimiento sobre los fundamentos de la Teoría General de Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética de primer orden. La idea de circularidad o enfoque circular, me permitió situar al consultante en un contexto de relaciones. Sin duda alguna, existe una influencia del sistema familiar hacia un miembro y viceversa, de esta manera las problemáticas están constituidas de un entramado de interacciones familiares. Mi perspectiva cambió porque ya no podía ver a una persona aislada, fuera de un contexto, la idea de una causa intrapsíquica se desvaneció.

El siguiente cambio en mi epistemología emergió de la perspectiva de la Cibernética de Segundo Orden, es decir, la Cibernética del Sistema Observante, con este enfoque no existe la separación entre el observador y el observado, inevitablemente las descripciones del terapeuta (observador) reflejan sus premisas y prejuicios. Con esta nueva dirección, se hace necesaria la reflexividad en la práctica clínica, la continua reflexión sobre lo que estoy haciendo en terapia.

Con el cuestionamiento que invita el movimiento posmoderno, muchas de las verdades o discursos dominantes de la terapia familiar tradicional se deconstruyen e incorporo a la práctica clínica una filosofía más colaborativa y menos jerárquica con mis consultantes.

Me gusta pensar la terapia como un continuo dialogo y entrelazamiento de ideas que dan pie a la construcción de nuevos significados, a la búsqueda y exploración de nuevas historias. La terapia implica construir historias alternativas con el (la)

consultante, encontrar excepciones a su historia y darle cabida a lo que aún no está dicho. Relacionar información que antes no se había visto, para comenzar a realizar nuevas conexiones y que a su vez la experiencia de la persona cambie.

Retomando a Bateson, la terapia debe caracterizarse por introducir nueva información al sistema, por trazar la diferencia que hace la diferencia

Anderson (2005) utiliza el término *polifonía* como metáfora para la confluencia de múltiples pensamientos, donde las diferencias y la diversidad son bienvenidas, respetadas y consideradas relevantes. De esta manera, las diferentes perspectivas se conectan, colaboran y construyen juntas: “aunque teóricamente cada parte podría cantarse por separado, cada voz necesita de las otras voces para enriquecer su identidad” (p. 60). Creo que tanto en la teoría como en la práctica de la terapia sistémica aprecio los modelos más integrativos, aquellos que incluyen diversas perspectivas para entender de manera más compleja los fenómenos humanos.

La experiencia de la maestría representó un aprendizaje, crecimiento y madurez a nivel tanto personal y profesional. Sin duda alguna fue un sueño hecho realidad y celebro la fortuna o privilegio de haber tenido la oportunidad de vivir esta experiencia. Ahora es momento de retribuir lo mucho que he recibido y de compartir los conocimientos y experiencias que adquirí.

#### **4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.**

Una de las implicaciones tanto en mi persona, como profesionalista y en el área de trabajo es la visión que se tiene del síntoma, una propuesta que contribuyó o que ayudó a enriquecer o transformar mi concepción del síntoma fue la de Cecchin (2005).

Para este autor, es importante tener respeto por el síntoma, es una elección de vida del consultante, además el síntoma es un mensaje, en realidad todos los comportamientos son mensajes. La postura del terapeuta es buscar ser curioso de las decisiones de las personas, trata de entender cómo es posible que quiera comportarse así, en lugar de tratar de eliminar el síntoma de la persona. La curiosidad tiene la finalidad de entender la finalidad del mensaje, el respeto existe cuando se escucha el mensaje global, no sólo las palabras. Entonces el terapeuta entiende que la persona dispone de un pequeño espacio de autonomía, tiene la posibilidad de elegir.

Creo que esta visión del síntoma le devuelve al consultante el dominio de su vida, esta visión abre la posibilidad de que la persona se vuelva un agente de cambio en su propia vida, lo posibilita para que pueda tomar otros cursos de acción.

Otra de las implicaciones es la tentación en la práctica clínica de volverse adorador(a) ferviente de un modelo teórico, de una hipótesis o de una intervención. La idea de estar convencido(a) de tener una verdad, puede limitar la práctica clínica del terapeuta.

En este sentido, otra idea que puede volverse peligrosa es creer que como terapeutas tenemos la capacidad de controlar o predecir el cambio en la familia. Cecchin et al. (1993) propone adoptar una postura de irreverencia para evitar caer en verdades absolutas.

La irreverencia implica cuestionárselo todo, es tener la disposición para descartar tanto hipótesis, como teorías o intervenciones cuando estas ya no son útiles para la práctica clínica. También involucra cuestionar las reglas y certidumbre de un cliente o sistema, de quebrantar las partes de la vida del cliente que obstaculizan o restringen su capacidad de cambio. Esta postura nos permite mezclar ideas que parecen contradictorias, crear contextos complejos que muchas veces pueden ser paradójicos.

## V. REFERENCIAS

- Aguilar-Navarro, S., Fuentes-Cantú, A., Ávila-Funes, J., & García-Mayo, E. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49, 256-262. Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342007000400005>.
- Álvarez, B. J. (2006). La familia, sus valores y sus problemas: áreas de oportunidad para el progreso de la cultura cívica. *La Psicología Social en México*, 11,39-44.
- Álvarez, R.M. & Pérez, A. (2012). *Aplicación práctica de los modelos de prevención, atención y sanación de la violencia contra las mujeres*. Serie J. Enseñanza del derecho y material didáctico. Núm. 19
- Amaya, R. & Becedóniz, C.M. (2009). Orientación Educativa para la Vida Familiar como Medida de Apoyo para el Desempeño de la Parentalidad Positiva. *Intervención Psicosocial*. Vol. 18, n.º 2, Págs. 97-112. ISSN: 1132-0559
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de psicoterapia*. Vol. 2. N° 6-7, Pp. 41-71
- Anderson, H. (2005). Un enfoque postmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En Limón, G. (Ed.). *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (59-67). México: Editorial PAX
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. *Código de Ética AMTF*. Revisado y efectivo a partir del 3 de diciembre de 1997. Disponible en línea: [http://amtf.com.mx/codigo\\_etico/codigo\\_etico.html](http://amtf.com.mx/codigo_etico/codigo_etico.html)
- Baer, J., Prince, J., & Velez, J. (2005). Fusion or familialism: a construct problem in studies of Mexican American adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26, 263-273, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/0739986304267703>
- Bateson, G. (2006). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu (2ª ed. 3ª reimp.)

- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47, supl 1, S4-S11.
- Biscotti, O. (2006). *Terapia de pareja: una mirada sistémica*. Buenos Aires: Lumen
- Blazer, D. (2010). The origins of late-life depression. *Psychiatric Annals*, 40, 13-18, available via: <http://dx.doi.org/10.3928/00485718-20091229-01>
- Boff, L. & Betto, F. (2002). *Mística y espiritualidad* (3a. ed.). Madrid: Trotta.
- Bojorquez-Chapela, I., Villalobos-Daniel, V., Manrique-Espinoza, B., Tellez-Rojo, M., & Salinas-Rodríguez, A. (2009). Depressive symptoms among older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 70-77.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *FamilyProcess*. 31, 119-130.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Bertrando, P. & Biancardi, M. (2004). *Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin en entrevista con Paolo Bertrando y Marco Biancardi*. Postfacio de Clínica Sistémica (edición italiana de Terapia familiar Sistémica de Milán). Milán, Italia: BollatiBoringheri
- Boscolo, L., Cecchi, G., Campbell, D. & Draper, R. (1985). *Veinte preguntas más: selecciones de una conversación entre los asociados de Milán y los editores*. En Campbell D. & Draper R. (1985). *Applications of Systemic Family Therapy. The Family Approach*. Florida, E.U.: Grune and Stratton.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias: Derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Burin, M. (2010). La relación entre padres e hijos adolescentes. En Burin, M. & Meler, I. (2010). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. (pp. 193-210) Buenos Aires: Paidós
- Burin, M. (2010). Las terapias familiares con orientación de género. En Burin, M. & Meler, I. (2010). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. (pp. 331-345) Buenos Aires: Paidós



- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*. 9-17
- Cecchin, G. & Canova, R. (2005). El misterio del respeto (Il mistero del rispetto). *Revista Connessioni*. 16, pp (Traducción realizada por Mtro. Gerardo Reséndiz)
- Cecchin, G., Lane, G. & Ray, W. (1993). De la estrategia de la no-intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y familia*. (6) 2 (pp.7-15)
- Cecchin, G., Lane, G. & Ray, W. (1997). *Verità e pregiudizi* (trad. Verdad y prejuicios). Milán, Italia: Raffaello Cortina
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1993), *Cambios en el Perfil de las Familias: La Experiencia Regional*, Naciones Unidas-CEPAL, Santiago de Chile.
- Daleeman, T., & Kaufman, J. (2006). Spirituality and depressive symptoms in primary care outpatients. *Southern Medical Association*, 99, 1340-1344, available via: <http://dx.doi.org/10.1097/01.smj0000223948.59194.e9>
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 49-79). México: Pax.
- Díaz-Guerrero, R. (2007). *Psicología del Mexicano 2: Bajo las garras de la cultura*. México: Trillas.
- Díaz-Martínez, A. & Esteban-Jiménez, R. (2003). Violencia intrafamiliar. *Gaceta Médica de México* Vol. 139 No. 4. 353-355
- Durán, A., Tébar, M.D., Ochando, B., Martí, M.A., Bueno, F.J., Pin, G., Cubel, M.M. & Genís, M.R. (2004). *Manual didáctico para la escuela de padres*. España: Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD)
- Meler, I. (2010). La familia, antecedentes históricos y perspectivas futuras. En Burin, M. & Meler, I. (2010). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. (pp. 31-70) Buenos Aires: Paidós
- Eguiluz, L.L. (2004). La terapia familiar en México. En L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 225-258). México: Pax.
- Ellison, C. (1983). Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*. 11, 330-338

- Espinosa-Aguilar, A., Caraveo-Anduaga, J., Zamora-Olvera, M., Arronte-Rosales, A., Krug-Llamas, E., Olivares-Santos, R., Reyes-Morales, H., Tapia-García, M., García-González, J., Doubova, S., & Peña-Valdovinos, A. (2007). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores*. *Salud Mental*, 30, 69-80.
- Foucault, M. (1987). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusques
- Fruggeri, L. & Matteini, M. (1991). ¿Sistemas amplios? Más allá de un abordaje dual del proceso de cambio. *Sistemas Familiares*. 3, pp. 33-41
- Furr, R. M., & Bachrach, V. R. (2008). *Psychometrics: An introduction*. Los Angeles: Sage.
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I., & Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Interamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2, 91-110.
- Gergen, K. (1991). *El yo saturado*. España: Paidós
- González-Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Celis, A. (2003). Los adultos mayores: un reto para la familia. En L. Eguluz (Comp.). *Dinámica de la familia*. Un enfoque psicológico sistémico. México: Pax.
- González-Celis, A., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5, 501-509.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Psicoterapia y familia*. 2(2), 41-53
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S., Gronevrt, M.K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S.M., Baider, L., & For, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-oncology*, 7, 460-469, available via: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R).

- Huerta-Ramírez, Y. (2010). *Resiliencia familiar y recursos espirituales ante el cáncer infantil*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- INEGI (2008)<http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=2349&e=&i=>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2008). *Mujeres y hombres en México* (12a. ed.). Aguascalientes, México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2009). *La diversidad religiosa en México*. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Aguascalientes, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). *Estadísticas a propósito del día nacional de la familia*. Aguascalientes, Ags., INEGI 2013
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). *Los adultos mayores en México*. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. Recuperado en agosto de 2011, de:  
[http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos\\_mayores\\_web2.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010a). *Mujeres y hombres en México 2010*. Recuperado en enero de 2012 de:  
[http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2010/myh\\_2010.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2010/myh_2010.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010b). *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado en enero de 2012 de:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/cpv2010/Principales2010.aspx>
- King, D. A., Lyness, J. M., Duberstein, P. R., He, H., Tu, X. M., & Seaburn, D. B. (2007). Religious involvement and depressive symptoms in primary care elders. *Psychological Medicine*, 37, 1807–1815, available via:  
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707000591>
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 186, 513-521, available via: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199809000-00001>

- Koenig, H.G. (2001). Spiritual Assessment in Medical Practice. *American Family Physician* (Versión electrónica). Recuperado el 6 de Diciembre de 2009, en <http://www.aafp.org/afp/20010101/editorials.html>
- Lax, W. (1997). Narrativa, construccionismo social y budismo. En M. Pakman (Comp.). *Construcciones de la experiencia humana Vol. II.* (pp. 147-168) Barcelona: Gedisa
- Lázaro, R., Zapata, E., Martínez, B. & Alberti, P. (2005). Jefatura femenina de hogar y transformaciones en los modelos de género tradicionales en dos municipios de Guanajuato. *La ventana*. Núm. 22, pp. 219-268
- Limón A. (2011). Cuatro factores que motivan el divorcio en las parejas mexicanas. *Mexico Quarterly Review*, Vol 2, No 5
- Linares, J.L. (2002). *Del abuso y otros demanes: el maltrato familiar, entre la terapia y el control.* Barcelona: Paidós.
- Litwin, H. (2006). Social networks and self-rated health: a cross-cultural examination among older Israelis. *Journal of Aging and Health*, 18, 335-58, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264305280982>
- Mackinnon, M. S. W. (1983). Contrastando las terapias estratégicas y la terapia de Milán. *Family Process*. 22 (pp.425-438). Trad. Araceli Durán Rivera
- Mardones, J.M. (1999). *Nueva espiritualidad, sociedad moderna y cristianismo.* México: Cuadernos de fe y cultura- Universidad Iberoamericana.
- Martínez-Mendoza, J., Martínez-Ordaz, V., Esquivel-Molina, C., & Velasco-Rodríguez, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45, 21-28.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 317-338.
- Mayén B., García, B., Jusidman, C., De Anda, C., Rodríguez, G., Ordaz, G., Salazar, I., Urbano J. I., Flores, K., Melgar, L. Mejía, M. C., Flores, M., Martínez, M., Oropeza, M., Camarena, R. M., González, S. & Lerner, S. (2010). Relatoría del seminario "Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas". *Estudios demográficos y urbanos*. Vol. 25, núm. 1 (73), pp. 219-258

- Meler, I. (2010). El divorcio: la guerra entre los sexos en la sociedad contemporánea. En Burin, M. & Meler, I. (2010). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. (pp. 233-256) Buenos Aires: Paidós
- Meler, I. (2010). Parentalidad. En Burin, M. & Meler, I. (2010). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. (pp. 99-125) Buenos Aires: Paidós
- Minuchin, S. & Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S., Nichols, P. & Wai-Yung, L. (2011). *Evaluación de familias y parejas*. México: Paidós
- Morgan, A. (2000). *¿Qué es la terapia narrativa?: una introducción fácil de leer*. South Australia: Dulwich Centre Publications
- Moxey, A., McEvoy, M., Bowe, S., & Attia, J. (2011). Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. *Australasian Journal on Ageing*, 30, 82-88, available via: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00453.x>
- Ordaz, G., Monroy, L. & López, M. M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. México: INCIDE Social
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales. CIE-10*. Madrid: Izquierdo.
- Ornelas-Tavares, P. (2011). *Bienestar subjetivo en adultos mayores: Relación entre los recursos personales, sociofamiliares y espirituales*. Tesis de Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Palomar, L. J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida*. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Papp, P. (1988). *El proceso del cambio*. Buenos Aires: Paidós
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Religion*, 37, 710-724
- Polaino, A., & Martínez, P. (2003). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. España: RIALP.
- Reséndiz, G. (2012). *La concepción sistémica de la familia*. (en prensa)

- Rivera-Heredia, M. E., & Andrade, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). *Uaricha Revista de Psicología*, 14,12-29.
- Rivera-Ledesma, A. (2007). *Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico en el adulto mayor en un contexto religioso*. Tesis de doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28,51-58.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30, 39-47.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero, M. (2009). Variables con alto valor adaptativo en el desajuste psicológico del adulto mayor. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 1, 59-67.
- Rodríguez, B.M. & Padilla, M.T. (2010). *Mediación en el divorcio: una alternativa para evitar las confrontaciones*. México: SITESA
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 1-79). México: Pax.
- Roh, S. (2010). *The impact of religion, spirituality, and social support on depression and life satisfaction among Korean immigrant older adults*. PhD Dissertation, New York University, available via: <http://proquest.umi.com/pqdlink?did=2232329951&Fmt=7&clientId=79356&RQT=309&VName=PQD>
- Ruiz-Dioses, L., Campos-León, M., & Peña, N. (2008). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25, 374-379.
- Salles, V., & Tuirán, R. (1998). Cambios demográficos y socioculturales: Familias contemporáneas en México. En B. Schmukler (coord.). *Familias y relaciones de género en transformación*. 83-126. México: Edamex.
- San Martín, H., & Pastor, V. (1990). *Epidemiología de la vejez*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. Ciudad de México: Manual Moderno

- Sauceda-García, J.M. (1999). Violencia intrafamiliar y sexual. *Gaceta Médica de México* Vol. 135 No. 3, Pp. 259-261
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1990). Elaboración de hipótesis, circularidad, neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión. En M. Selvini (Comp.). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. (pp. 336-357). Barcelona: Paidós
- Sloan, R.P., Bagiella, E. & Powell, T. (1999). Religion, spirituality and medicine. *The Lancet*, (353), 664- 667.
- Tacey, D. (2004). *The spirituality revolution, the emergency of contemporary spirituality* [La revolución espiritual, la emergencia de una espiritualidad contemporánea]. Nueva York: Brunner- Routledge.
- Teubal, R., Fuentes, E. & Patiño, A. (2001). *Violencia familiar, trabajo social e instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Torres de la Paz, J. (2005). *Funcionamiento familiar y depresión en el adulto mayor*. Tesis de Especialidad en Medicina General Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Amorrortu Editores: Argentina
- Underwood, L.G. & Teresi, J.A. (2002). The Daily Spiritual Experiences Scale: Development, theoretical, description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1), 22-33
- Vázquez-Palacios, F. (2001). La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48, 615- 634.
- Velázquez, S. (2006). *Violencias cotidianas, violencia de género: escuchar, comprender y ayudar*. Buenos Aires: Paidós
- Walsh, F. (2009). *Spiritual resources in family therapy* (2a. ed.) [Recursos espirituales en terapia familiar]. Nueva York: The Guilford Press.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. & Silverstein, O. (1991). *Red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. España: Paidós
- White, M. (2002). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa

- Wilson-Escalante, L., Sánchez-Rodríguez, M., & Mendoza-Núñez, V. (2009). Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 52, 244-247.
- Wolcott, I. & Hughes J. (1999) Towards understanding the reasons for divorce. *Working Paper*. 20, 1-29.
- Zunzunegui, M., Koné, A., Johri, M., Béland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Social Science & Medicine*, 58, 2069-2081, available via: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.005>