



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

PROCESOS EVOLUTIVOS EN SISTEMAS FAMILIARES VINCULADOS A LA ENFERMEDAD Y LA DISCAPACIDAD

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

P R E S E N T A:

ANDREA ANAYA ACOSTA

DIRECTORA DEL REPORTE: **DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN**
COMITÉ TUTORIAL: **MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ**
DRA. ANA MARÍA RAMÍREZ HERNÁNDEZ
MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ
DR. GILBERTO LIMÓN ARCE



MÉXICO, CD MX.

2017



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	7
1.1 Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados	7
1.1.1. Panorama general del contexto psicosocial en el que viven las familias mexicanas	7
1.1.2. Principales problemas que presentan las familias mexicanas	17
1.1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática de las familias mexicanas	22
1.2. Descripción de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico	25
1.2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	25
1.2.2. Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” (INR)	27
II. MARCO TEÓRICO	28
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	28
2.1.1. Modelo de Terapia Dialógica de Milán	28
2.2 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos	46
2.2.1. Familias y la experiencia de la enfermedad y discapacidad en alguno de sus miembros	46

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS	74
PROFESIONALES	
3.1 Habilidades clínicas terapéuticas	74
3.1.1 Casos Atendidos	74
3.1.2. Caso 1: Familia M.R.	78
3.1.2.1. Integración de los expedientes del trabajo clínico	80
3.1.2.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica	116
3.1.2.3. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en la sede que fue escenario del trabajo clínico	131
3.1.3. Caso 2: Familia G.G.	145
3.1.3.1. Integración de los expedientes del trabajo clínico	146
3.1.3.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica	169
3.1.3.3. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos	181
3.2 Habilidades de investigación	191
3.2.1. Reporte de investigación con metodología cuantitativa	191
3.2.2. Reporte de investigación con metodología cualitativa	208
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención comunitaria	235
3.3.1 Productos Tecnológicos	235
3.3.2 Programas de intervención comunitaria	243

3.3.3 Constancias de asistencia a eventos académicos	244
3.3.4. Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos	245
3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional	248
3.4.1 Consideraciones éticas de la práctica profesional	248
 IV.CONSIDERACIONES FINALES	 258
4.1. Habilidades y competencias profesionales adquiridas	258
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia	260
 V. REFERENCIAS	 266

INTRODUCCIÓN

El presente reporte de experiencia profesional hace un resumen del aprendizaje y la experiencia adquirida durante los dos años de la Maestría en Terapia Familiar. En él quedan plasmados los procesos terapéuticos, proyectos, análisis e investigaciones más importantes y representativos generados durante este proceso de formación y aprendizaje, poniendo énfasis en el desarrollo de las habilidades y competencias clínicas, teóricas y metodológicas desarrolladas para el óptimo ejercicio de la profesión como terapeuta familiar.

En el primer capítulo, se plasmó un análisis del campo psicosocial actual que caracteriza la realidad tanto del país como de la población, así como la descripción de las principales problemáticas que sufren las familias mexicanas y el papel que juega la terapia familiar como una propuesta para la solución o manejo de esta realidad social.

El segundo capítulo está destinado al marco teórico, el cual incluye una revisión del modelo teórico y metodológico utilizado en el trabajo y la intervención con las familias aquí presentadas, elegido durante el abordaje terapéutico con los consultantes. También se realizó una descripción de la dinámica en las familias en donde existen enfermedades crónicas y discapacidades en alguno de sus miembros, ya que es el tema que compete al análisis de los casos elegidos.

En el tercer capítulo se hace una descripción de las competencias profesionales adquiridas durante la Maestría, englobando las habilidades clínicas terapéuticas, de investigación, de difusión del conocimiento y aquellas relacionadas con el compromiso y la ética profesional. Se podrá observar un análisis detallado de dos de los casos trabajados durante estos años según el modelo terapéutico escogido, que en mi caso fue el Modelo de Milán. También se plasmaron dos de las investigaciones realizadas con algunos de mis compañeros, una cuantitativa y otra

cualitativa. Por último, se incluyeron dos productos tecnológicos y la síntesis de un programa de intervención comunitaria.

En el cuarto y último capítulo, se realizó una reflexión personal de la experiencia vivida durante este proceso académico y profesional, compartiendo las vivencias y los significados más importantes adquirido en el proceso de convertirme en una terapeuta familiar, teniendo profundas implicaciones y cambios en mi manera de ver la terapia y a mí misma como profesional.

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados

1.1.1. Panorama general del contexto psicosocial en el que viven las familias mexicanas

Las profundas transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales en México durante el último siglo, han incidido directamente en los cambios sociodemográficos, así como en la estructura y organización de las familias mexicanas, siendo éstas el resultado de la diversidad histórica y cultural. Lo anterior se ve reflejado en la reducción de la mortalidad, llevando a la población a un mayor envejecimiento con un incremento en las necesidades de cuidados; el descenso de la fecundidad, reduciendo así el tamaño de los hogares y el tiempo dedicando por las mujeres a la crianza de los hijos; cambios en la movilidad y redistribución geográfica de la población; y un sistema limitado de seguridad social que agrava la falta de apoyo y cuidado tanto para los niños como para los adultos mayores, generando diversas consecuencias en el funcionamiento de las familias mexicanas y en todos los miembros que las componen (Colegio de México, 2009; INEGI, 2013).

La Encuesta Intercensal del 2015 (INEGI, 2015), registra que México cuenta con una población de 119,938,473 habitantes, de los cuales el 51.4% corresponde a la población femenina y el 48.6% restante, a la población masculina. La tasa de crecimiento no muestra diferencias significativas entre mujeres y hombres, aunque se refiere que el ritmo de crecimiento de la población femenina es ligeramente mayor a la masculina, y a pesar de que se está dando un proceso de envejecimiento, podemos afirmar que la población mexicana aún es joven (la mediana de la población es de 27 años).

El INEGI (2013) refiere que México ha tenido avances importantes en el aumento de la esperanza de vida al nacer, la cual es mayor para mujeres que para hombres, la cual es una

diferencia que probablemente se deba al éxito o fracaso que se tiene en el combate de ciertas causas de muerte que afectan de manera diferenciada a uno y otro sexo. El descenso en la mortalidad ha incidido gradualmente en la estructura por edad de la población, generando un aumento de personas adultas mayores, especialmente de mujeres, quienes se encuentran en un contexto de mayor desprotección social debido a una menor participación en el mercado laboral, destinando mayor tiempo al trabajo doméstico, lo cual las aleja de acceder a planes de pensiones o jubilaciones por edad avanzada. Aunque las mujeres presentan una mayor longevidad, ésta va acompañada de condiciones desfavorables, como el deterioro físico y psíquico que llega a limitar sus actividades diarias y disminuye su calidad de vida. Gracias al descenso en la fecundidad y la mortalidad en México, la población joven y adulta (de 15 a 64 años de edad) ha incrementado a diferencia de la infantil y la adulta mayor, lo cual representa una oportunidad para incentivar el desarrollo productivo, pero al mismo tiempo demanda mayores espacios y oportunidades educativas que permitan acceder al mercado laboral.

La principal causa de muerte en México para mujeres y hombres son las enfermedades del corazón. En segundo lugar se encuentra la diabetes mellitus, relacionada con cuestiones biológicas y con el estilo de vida de cada persona, incluidos los hábitos alimenticios. La tercera causa para ambos sexos son los tumores malignos. En el caso de los hombres, las muertes por accidentes ocupan el cuarto lugar, seguido de enfermedades del hígado que pueden relacionarse con el abuso en el consumo del alcohol, y en quinto lugar están las agresiones. Para las mujeres, el cuarto lugar es ocupado por las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, alteraciones a la salud muy relacionadas con la calidad de la alimentación, la actividad física y actitudes nocivas como el tabaquismo. En adolescentes y

jóvenes de ambos sexos las tres principales causas de muerte hacen referencia a situaciones de violencia: homicidios, accidentes y lesiones (INEGI, 2013).

En México se ha dado una notable disminución de la fecundidad gracias a la disposición de medios para tener el número de hijos deseados y garantizando el acceso a métodos anticonceptivos eficientes, lo cual es el resultado de una serie de transformaciones sociales que afectan las normas sobre la reproducción y la sexualidad, entre ellas, el incremento en el nivel de escolaridad en la población femenina. Existe una amplia diferencia en la fecundidad entre aquellas mujeres que no fueron a la escuela o no completaron la educación primaria con 3.2 hijos en promedio y aquéllas que cuentan con preparatoria o estudios superiores, con 1.9 hijos. La educación también permite un mayor conocimiento sobre la disponibilidad y uso de métodos anticonceptivos y la posibilidad de acceso a métodos modernos y eficaces (INEGI, 2013).

Aunque la maternidad sigue siendo una práctica generalizada, las mujeres mexicanas pasaron de tener alrededor de seis hijos en promedio en 1976 a 2.3 hijos en 2014 (INEGI, 2013). Los mayores descensos se observaron en los grupos de mayor edad, es decir, en mujeres mayores de 40 años, resaltando el hecho de que el grupo de edad donde se experimentó el menor descenso fue en las mujeres más jóvenes de entre 15 y 19 años. La mitad de los nacimientos corresponden a mujeres de entre 20 y 29 años; sin embargo, un porcentaje significativo de nacimientos provienen de mujeres menores de 20 años, es decir, casi 14 de cada 100 nacimientos provienen de madres adolescentes (de 12 a 19 años de edad), superando ligeramente los 300 mil al año. Prácticamente 1 de cada 4 mujeres de 19 años tiene al menos un hijo (INEGI, 2013; INEGI, 2015).

Tener un hijo antes de los 20 años muchas veces dificulta la consecución de logros educativos, la libertad de poder acceder al mercado laboral, y genera una carga de responsabilidades que

influye en gran medida sobre el desarrollo de una persona y condiciona las decisiones y acciones de cualquier mujer u hombre. En México, se ha encontrado una relación entre la edad temprana del inicio de la reproducción y la presencia de condiciones socioeconómicas precarias, generalmente producto de la exclusión social, que limita a mujeres y hombres el ejercicio de su sexualidad en condiciones seguras. También, el tener un hijo en la adolescencia parece relacionarse en algunos casos con el abandono escolar, quizá por las dificultades que implican las responsabilidades maternas y el estudio, sobre todo cuando no se cuenta con mayor apoyo y se vive en condiciones desfavorables. En el 2010 se observó que el 91.8% de las mujeres adolescentes que tenían un hijo no asistían a la escuela. Además, 16.1% se declararon madres solteras (INEGI, 2013).

De las mujeres que ejercen la maternidad, el 87.7% son casadas o unidas, si se toma en cuenta el tipo de unión conyugal, es ligeramente mayor el porcentaje de aquéllas que viven en unión libre (47.1%) respecto de quienes se declaran casadas (40.6%). El tercer grupo en importancia son las mujeres solteras con 11.7%, el resto (0.6%) incluye las mujeres que dijeron ser separadas, divorciadas o viudas (INEGI, 2013).

El INEGI (2013) también reporta que México ha presentado, en los últimos años, una reducción considerable en el número de inmigrantes. Además, sigue existiendo una clara movilidad en el país generando cambios en la distribución y concentración geográfica, ya sea por causas laborales, educativas, familiares o políticas. El comportamiento de la migración interna ha tenido dos cambios principales en las últimas décadas. Primero, la migración interestatal se ha incrementado, lo que sugiere cambios en la toma de decisión de migrar, inclinándose hacia un movimiento de corta distancia, sin perder de vista el escenario de crisis económica y su posible vinculación con la disminución de las migraciones de larga distancia. Segundo, la migración ha

cambiado su composición según la consolidación urbana del país. La migración de tipo rural-urbana se ha reducido y la urbana-urbana se ha fortalecido, sobre todo la que sucede dentro de zonas metropolitanas, la cual ha ido ganando terreno. Esto se ha visto favorecido por el hecho de que la población que vive en ciudades ha aumentado considerablemente en las últimas décadas (Romo, Téllez y López, 2013). Estos elementos muestran la necesidad que tiene el país de generar nuevas políticas públicas para adecuarlas a las necesidades de la población y a la realidad mexicana, para lograr una mejor distribución de los recursos, una mayor igualdad entre hombres y mujeres y tener mejores condiciones de vida para todas las personas, y por lo tanto, para las familias mexicanas.

Otras transformaciones sociodemográficas se deben a la disolución de los matrimonios, así como al cambio de las expectativas que se tienen respecto a la vida en pareja y en familia. Se observa que hay tendencias económicas y culturales que favorecen ciertas decisiones o imponen constricciones en los roles familiares. La idea de familia tradicional ha perdido fuerza al igual que los matrimonios "para siempre", ya que el matrimonio como forma de unión y base de vida en familia se ha convertido en una opción entre muchas otras (Ojeda de la Peña, 2010).

El INEGI (2013) reporta que, en los últimos 30 años en México, la situación conyugal predominante fue la de casados, aunque con una disminución aproximada del 6%. La soltería también registra una reducción en términos relativos: en el periodo los hombres disminuyeron de 43.4% a 37.8% y las mujeres de 37.9% a 32.7%. En cambio, las proporciones de mujeres y hombres que viven en unión libre muestran un incremento aproximado del 7%. La proporción de mujeres divorciadas o separadas casi duplica a la de varones y de manera similar, la proporción de las mujeres viudas es más del triple que la de los hombres.

Según Ojeda de la Peña (2010), en México persisten las tendencias con respecto a la nupcialidad, aunque también se reporta que las formas de las uniones y su duración se han modificado a lo largo del tiempo. La nupcialidad en las mujeres sigue siendo casi universal, ya que una alta proporción de mujeres se casa al menos una vez en su vida, y la edad en la primera unión sigue siendo temprana, lo cual llega a variar según los valores y los modelos familiares y sociales en vigencia, el nivel de educación y la permanencia en ellos, y la residencia en contextos rurales o urbanos. En las zonas urbanas y en mujeres con mayores niveles de educación, la edad en la que se contrae matrimonio es más tardía.

En la última década disminuyó el número de matrimonios celebrados, al pasar de 707,422 matrimonios civiles registrados en el año 2000, a 595,713 en 2005 y llegar a 568,632 en 2010. El aumento en la edad al contraer matrimonio es significativo, ya que en el 2009 la edad de los varones aumentó a 26 años y la de las mujeres a 24. La diferencia de edad entre los varones y las mujeres contrayentes se mantiene en dos años (INEGI, 2013). Se observa una mayor preferencia en las parejas por convivir consensualmente antes de formar una unión legal, e incluso el matrimonio llega a ser sustituido por este tipo de uniones. Es por esto que se observa un aumento en las uniones consensuales en la población mexicana. Esto puede deberse a varios factores, entre ellos, el aumento de la pobreza, la ausencia de campañas masivas de matrimonios civiles y los cambios culturales generacionales (Ojeda de la Peña, 2010).

A diferencia de los matrimonios, el número de divorcios resueltos anualmente muestra un aumento constante, pasando de 52,358 en el año 2000 a 86,042 en 2010. En el 2010, la edad al momento del divorcio fue de 37 para los hombres y 35 años para las mujeres. De los matrimonios disueltos en 2010, 46.1% tuvieron una duración social menor de 10 años, poco más de 30% permanecieron unidos entre 10 y 19 años y 22.7% durante 20 o más años (INEGI, 2013).

Ojeda de la Peña (2010) refiere que existe una tendencia ascendente de disolución conyugal en los primeros diez años de matrimonio, así como una mayor separación entre los matrimonios civiles que en las uniones libres, lo cual indica que el divorcio no ha sido una amenaza para la permanencia de la vida en pareja, existiendo otras formas de dar fin a la convivencia.

Las familias mexicanas de la actualidad cuentan con una gran diversidad, pluralidad y con una gran variedad de arreglos cohabitacionales y de convivencia, lo cual va ligado a las transformaciones sociales que han incidido en las funciones, necesidades, expectativas y deseos de las personas, así como en los roles de género, las relaciones de poder y autoridad entre generaciones, y la estructura, organización y dinámica de las familias. Todo esto ha generado cambios en los arreglos familiares, existiendo actualmente una mayor diversidad en las familias mexicanas debido a que sus integrantes, sobre todo aquéllos que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, buscan constantemente la manera de adaptarse y enfrentarse a la realidad del país, amortiguando las adversidades a través de la modificación de la forma de relacionarse y la manera de distribuir el trabajo dentro y fuera del ámbito familiar (Melgar y Lerner, 2010).

En México, se observa un predominio de los hogares familiares (89%), es decir, aquéllos en los que por lo menos uno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar, clasificados en nucleares, ampliador y compuestos; el 11% restante corresponde a los hogares no familiares, que son aquéllos en donde ninguno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe de hogar, clasificados en corresidentes y unipersonales. Según la Encuesta Intercensal 2015, de cada 100 hogares familiares, 70 son nucleares (pareja con hijos, padre o madre con hijos, pareja sin hijos), 28 son ampliados (hogar nuclear más otros parientes) y 1 es compuesto (hogar nuclear o ampliado más personas sin parentesco con el jefe de hogar). Y de cada 100 hogares no familiares, 93 son unipersonales (una persona) y 7 corresidentes (dos o más personas

sin relaciones de parentesco). También se muestra que el 29% del total de los hogares son dirigidos por una mujer, lo cual ha ido en incremento durante los últimos años (INEGI, 2015). Existen 7.4 millones de hogares con adultos mayores, es decir personas de 60 años y más de edad, los cuales representan 26.1% de los hogares del país. De cada 100 hogares con una jefa de familia, 36 tienen al menos un miembro adulto mayor, 32 tienen como jefa a una adulta mayor, en 11 todos sus integrantes son ancianos y en 10 conviven personas menores de 15 y de 60 años y más. En casi una quinta parte de los hogares nucleares dirigidos por una mujer, la jefa es adulta mayor (INEGI, 2013).

A pesar de la marcada diversidad de modelos familiares y realidades sociales en México observada empíricamente, la unidad patriarcal aún tiene mucha fuerza en las esferas ideológicas y académicas (Colegio de México, 2009). Melgar y Lerner (2010) refieren que las familias mexicanas, su estructura, su manera de vivir y la dinámica de convivencia entre sus miembros, han sido y siguen siendo influidos por dos presupuestos centrales: la existencia de la familia nuclear, es decir, un modelo social único, ideal, inmutable y tradicional de la familia, utilizado como unidad normativa en las intervenciones sociales y políticas públicas; y la presencia del modelo patriarcal, en el cual se le atribuye a los varones el papel de proveedor único, dando a las mujeres la total y exclusiva responsabilidad en las actividades domésticas y de cuidado. Con la incorporación de la mujer al mundo laboral, sin una ampliación de otras fuentes de cuidado alternativas, se ha generado un desequilibrio entre su trabajo, el cuidado de su familia y su vida personal, con una notable sobrecarga de trabajo y de responsabilidades, sobre todo en los estratos socioeconómicos más pobres (Huenchuán y Saad, 2010).

Los hogares de pareja conyugal con hijos representan casi dos terceras partes de los hogares familiares. En el mercado laboral participan 9 de cada 10 hombres de estas parejas y dedican a

esta actividad, en promedio, poco menos de 56 horas a la semana. Prácticamente todas las mujeres que viven en pareja realizan trabajo doméstico para los integrantes de su hogar y en promedio le destinan 42 horas a la semana; el cuidado de los niños y otros familiares lo realizan 90.4% de las mujeres y le dedican 33 horas a la semana; asimismo 37.4% de ellas trabajan y cubren una jornada laboral de 41 horas aproximadamente. En el 2011, de los 43.8 millones de mujeres de 14 y más años, 62.2% realizaron trabajo no remunerado, mientras que de los 39.9 millones de hombres, 26.2% desempeñaron dicho trabajo (INEGI, 2013).

Olavarría (2010) plantea la dificultad para lograr una forma más equitativa en las relaciones de género en la familia y en la sociedad mexicana, debido al efecto que tiene la globalización en la distribución de las cargas de trabajo en las familias. Destaca que en las prácticas corporativas se siguen dando los interminables horarios de trabajo de los ejecutivos y la persistencia de prácticas discriminatorias en la contratación. La masculinidad autoritaria institucionaliza los patrones heterosexuales, sutilmente homofóbicos, y relega a las mujeres a actividades y roles de servicio, reforzando la división sexual del trabajo tradicional conforme a un discurso de reconocimiento de la diferencia. No existe una conciliación entre el trabajo y la vida familiar, es decir, no se da un ejercicio real de la equidad de género, impidiendo el desarrollo de “nuevas paternidades”. Según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) en el 2011, una de cada cinco mujeres ocupadas de 15 años y más (20.6%), declaró haber tenido al menos un incidente de discriminación laboral en los últimos 12 meses (CEAMEG, 2012; INEGI, 2013).

En cuanto al acceso escolar (INEGI, 2013), en el 2011 el porcentaje de asistencia a la escuela de niñas (98.4%) y niños (98.2%) de 6 a 11 años fue casi el mismo, lo cual se modifica en el grupo de edad de 12 a 14 años (niñas 94% y niños 92.8%). Conforme aumenta la edad de la población

el porcentaje se reduce, probablemente por la incorporación al mercado de trabajo o el inicio de la etapa reproductiva. De cada 100 mujeres y hombres de entre 15 y 17 años, aproximadamente 70 van a la escuela, mientras que en la población de 18 a 24 años, una tercera parte asiste.

En el 2011, de cada 100 hombres 6 no tienen estudios, 34 cuentan con al menos un grado aprobado en primaria o tienen uno o dos años en secundaria, 23 concluyeron la secundaria y 37 lograron aprobar al menos un grado en bachillerato o en estudios superiores. Mientras que de cada 100 mujeres, 8 no han logrado acceder o aprobar al menos un grado en estudios formales, 35 tienen estudios básicos sin concluir, 22 terminaron la secundaria y 35 cuentan con al menos un grado aprobado en cualquiera de los niveles medio superior o superior. Además, el 3.3% del total de la población de 12 años no va a la escuela, proporción que se duplica entre quienes tienen 13 años (6.6%). Así la inasistencia aumenta conforme va incrementando la edad y se acentúa de manera importante a partir de los 15 años (18.4%), hasta alcanzar un poco más de una tercera parte en los adolescentes de 17 años (36.7%). El 2.2% de la población de 8 a 11 años no ha adquirido la habilidad de la lecto-escritura; porcentaje que se reduce a menos de 1% entre quienes tienen de 12 a 14 años (INEGI, 2013).

Con respecto a la perspectiva de género en México y la violencia hacia la mujer, los roles y estereotipos sociales siguen posicionando a la mujer como inferior, lo cual provoca que en las familias el poder esté distribuido inequitativamente en la pareja. La violencia hacia la mujer se da como una forma de convivencia natural, permitida por las normas culturales y sociales. El poder masculino se establece física, económica y jerárquicamente, poniendo a la mujer socialmente en desventaja. Según el CEAMEG (2012), el porcentaje de mujeres mayores de 15 años que mencionaron haber sido violentadas por su pareja en el 2011 es de 46.1%, aumentando significativamente en los últimos años. La violencia de tipo emocional obtuvo un porcentaje de

42.4%, siendo declarada por las mujeres en mayor proporción que la violencia física o económica. Así mismo, el 9% de las mujeres declararon haber sido víctimas de violencia sexual a lo largo de su última relación de pareja. las mujeres separadas, divorciadas o viudas son las que presentan mayores proporciones en todos los tipos de violencia. Con respecto a la discriminación laboral, el 21% de las mujeres reportaron haber tenido menos oportunidades para un ascenso en comparación a los hombres, haber sido discriminada por su embarazo, o que éste fuera un condicionante para la contratación o recontratación.

Ante este panorama de transformaciones constantes en los modelos familiares y en las estructuras sociales, el cambio es un proceso permanente en las estructuras de las familias, aunque los cambios actuales sorprenden por su rapidez. El cambio en las relaciones intrafamiliares y el trabajo extra doméstico apoya el empoderamiento de las mujeres, aunque esos cambios no están exentos de violencia. Por otro lado, existe una mayor diversidad y mayor cantidad de opciones con respecto al matrimonio, la cohabitación y la maternidad. En cuanto al envejecimiento de la población, las relaciones con las instituciones y con otros terceros cobran especial relevancia para enfrentar los problemas de cuidado de los adultos mayores. México es un país cada vez más pobre, más desigual, sin prestaciones sociales, sin opciones de empleo formal, y por lo tanto, con consecuencias para las familias mexicanas, sin importar cuál sea su configuración (Colegio de México, 2009).

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias mexicanas

En México, los cambios demográficos, sociales, económicos, culturales y legislativos han propiciado transformaciones en la composición y dinámica de las familias mexicanas, presentándose situaciones de desigualdad, pobreza, discriminación, violencia y maltrato, dentro de un contexto social en donde los sistemas de protección son insuficientes al igual que las

oportunidades de trabajo, con una constante violación a los derechos humanos, crisis económica y una reducción importante en el papel del Estado sobre la problemática de los ciudadanos y sus familias. Los sistemas familiares pueden ser ámbitos de afecto, solidaridad, apoyo y crecimiento, pero también pueden ser espacios de conflicto y violencia de todo tipo (Melgar y Lerner, 2010).

Desde un punto de vista sociodemográfico, se puede distinguir que no existe un solo tipo de familia, ya que éstas, a través del constante cambio en la variedad de arreglos de cohabitación y convivencia, se van adecuando a contextos dinámicos. La pluralidad y diversidad en las familias también abarca la forma de generar el sustento, el vestido, los cuidados, el afecto, las necesidades básicas, los valores y los sentimientos. En la realidad sociodemográfica de las familias mexicanas se observa principalmente una gran diversidad en los arreglos domésticos con características, demandas y necesidades específicas. El gran impacto que han generado las transformaciones sociales y las crisis económicas en el ámbito familiar, también ha propiciado que el peso de las responsabilidades y cargas de trabajo en el interior de las familias aumentaran. Sin embargo, pese a las transformaciones culturales y sociales que han modificado el papel de las mujeres en la sociedad con avances en sus derechos y en su participación en la vida pública y laboral, el trabajo en la familia no ha sido redistribuido equitativamente, generando tensiones en torno al doble o triple papel de la mujer y su valoración (Arriagada, 2010; Melgar y Lerner, 2010).

Ojeda de la Peña (2010) refiere que el aumento de las mujeres en el mercado laboral ha generado un gran impacto en la dinámica de las familias, sin contar las repercusiones de los ritmos rápidos y las jornadas largas en la salud y en la vida personal, y la sobrecarga que para éstas implica en las responsabilidades laborales, domésticas y de cuidado.

El nivel de fecundidad ha ido disminuyendo a través de los años, generando una reducción en el tamaño promedio de los hogares. La reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, además de las limitadas posibilidades de supervivencia independiente de los miembros, han provocado la coexistencia de varias generaciones en un mismo hogar. Lo anterior, aunado a un notorio incremento en la emigración internacional, tanto femenina como masculina, ha incidido en el tamaño y la composición de los hogares. Los hogares ampliados (familia nuclear más otros parientes) son una característica distintiva en los sectores sociales de menores recursos, pero también se observa que ha habido un incremento de hogares unipersonales sobre todo en localidades de mayor tamaño. Los hogares encabezados por mujeres también han ido en aumento, los cuales suelen ser nucleares compuestos por mujeres con hijos pero sin pareja; son cada vez más los hogares que reciben aportación económica por parte de las mujeres (Echarri, 2010).

La familia se ha convertido en la principal fuente de apoyo y cuidado en la vejez. El envejecimiento de la población ha generado consecuencias significativas en la dinámica poblacional, afectando directamente a nivel familiar. El incremento de la esperanza de vida provoca que aumente el número de personas en edad adulta y avanzada, lo cual aunado con la disminución de la fecundidad, ha reducido significativamente el número de integrantes de la familia que podrían dar apoyo y cuidado a los adultos mayores en su vejez. Es decir, la disminución de jóvenes y el aumento de personas mayores en la población mexicana ha generado un incremento de la demanda de cuidados a nivel familiar, sobre todo en contextos de precariedad y de ausencia o escasez de servicios sociales efectivos que puedan asegurar una buena calidad de vida en la vejez. Este proceso de envejecimiento se ha visto acompañado de

una mayor incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, principalmente en adultos mayores (Huenchuán y Saad, 2010).

Existen grupos de poder como algunos grupos religiosos, ciertos consorcios empresariales y varios sectores conservadores del gobierno federal y de los gobiernos estatales, que ven los cambios socioculturales manifestados en las familias como un desafío al concepto de orden tradicional establecido, por lo cual la definición del concepto "familia" y los roles de género se han convertido en objeto de disputas ideológicas y jurídicas (Melgar y Lerner, 2010). Ejemplos de lo anterior son temas como la despenalización del aborto y la legalización de los matrimonios y las adopciones por parte de parejas del mismo sexo, así como los roles de las mujeres en el contexto familiar, social, laboral y político.

Contradiendo al mito del modelo de familia ideal, se sabe que las relaciones familiares no están exentas del ejercicio del poder por algunos de sus miembros, además de estar cargadas de conflictos que frecuentemente desembocan en violencia o la amenaza de ésta, lo cual atenta contra el bienestar y la salud física y emocional de cada uno de sus miembros, impidiendo que se dé un desarrollo y un crecimiento adecuado. La violencia es un problema social complejo y de gran magnitud. Con frecuencia, en México, se ha pretendido responsabilizar de ella a "la familia", siendo que la violencia tiene un carácter multifactorial. La violencia en el interior de las familias se relaciona con las relaciones de poder, con la cultura y la educación y con el sistema de impartición de justicia en México, es decir, se relaciona con el ámbito público y social. Para comprender la violencia en la familia, así como sus causas y consecuencias, es importante tomar en cuenta el contexto que la favorece, la hace posible, la tolera o puede contenerla, así como las acciones políticas y legales y los programas públicos que de manera directa o indirecta pueden contribuir a disminuirla, prevenirla y evitarla, o todo lo contrario (González, 2010).

El hogar es uno de los espacios sociales más inseguros de maltrato y violencia para las mujeres y para la población infantil y adolescente. La violencia en la infancia es un problema social muy preocupante que suele negarse o no reconocerse, ya que se considera que la familia es un ámbito de seguridad para los menores. Según el CEAMEG (2012) existe una gran prevalencia de violencia que ejercen las propias mujeres y sus parejas contra niñas y niños en los hogares, gracias a la normalización de la violencia "disciplinaria" que sufrieron durante su infancia. La falta de valores culturales favorables a la diversidad y al respeto de los derechos de todas las personas, también ha generado otro de los grandes problemas en nuestro país: la discriminación y la homofobia, privilegiando los modelos heterosexuales como conducta "aceptable" en el marco familiar (Melgar y Lerner, 2010).

En nuestro país la incidencia de abuso sexual en infantes es preocupante. Del total de las víctimas menores de 13 años atendidas, el 52% eran víctimas de abuso sexual, de los cuales el 31% eran víctimas de violación, siendo el 70% niñas y el 30%, niños. Así mismo, de las denuncias presentadas por abuso y violencia sexual infantil ante el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se reporta que del año 2000 al 2005 se recibieron 823 denuncias, lo que representa el 4.86% del total de las denuncias recibidas (CEAMEG, 2012). Según datos del Instituto de Sexología, el 78.56% de los niños y niñas que sufren abuso sexual conocen a su agresor, y son personas cercanas, cuyo vínculo de confianza aminora la posibilidad de realizar cualquier tipo de denuncia (Red por los Derechos de la Infancia en México, 2005). Lo anterior muestra que la gran mayoría de los abusos sexuales se dan en el contexto familiar.

Por otro lado, con respecto al consumo de sustancias en México, la ONU estima que el 5% de la población adulta a nivel mundial han consumido alguna droga ilícita por lo menos una vez en el 2010. En México, en el 2008, el índice fue de 1.6% para la población de 12 a 65 años,

ubicándose en el contexto internacional como uno de los países con bajo nivel de consumo, pero a su vez, se reporta un incremento en las tendencias nacionales más recientes. Las prevalencias más altas de consumo se encuentran en el grupo de edad de 18 a 34 años, con un crecimiento importante del 2002 al 2011. De acuerdo con el Informe Mundial de Drogas del 2012, el incremento de consumidores en países en desarrollo como México se explica por un mayor crecimiento demográfico, especialmente en la población joven, la rápida tasa de urbanización, una mayor igualdad de género y menores barreras socioculturales. También se debe tomar en cuenta la globalización, el desarrollo económico, las desigualdades sociales, la migración, los cambios en los roles de género y la composición familiar, con un mayor número de jóvenes con pocas oportunidades de educación y empleo y un creciente número de personas de la tercera edad. Las crisis económicas recurrentes que repercuten en la calidad de vida de los mexicanos y los nuevos arreglos familiares han limitado el papel de la familia como protectora de sus miembros frente a riesgos externos (Villatoro et.al., 2012).

1.1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática de las familias mexicanas

La Terapia Familiar Sistémica, incluyendo a todos los modelos que la componen, representa una mirada distinta a las formas tradicionales de abordaje en la psicoterapia, muy diferente desde el punto de vista epistemológico. Este nuevo paradigma tiene sus raíces en el desarrollo de ciencias como la biología, la antropología, las matemáticas y la física, tomando conceptos como circularidad, cibernética, sistemas, comunicación, información y retroalimentación. La epistemología sistémica propone una nueva concepción del ser humano, su complejidad y los procesos de cambio, ofreciendo una visión integradora del individuo, su contexto y la manera de abordarlos. Esta nueva forma de observar y de hacer terapia ha ido evolucionando desde su

origen, siempre partiendo de la mirada relacional para entender a los individuos dentro de sus contextos (familia, sociedad, cultura).

La Terapia Familiar Sistémica ha navegado por diversos territorios en un proceso de cambio y evolución desde su inicio aproximadamente en los años 50, surgiendo como una contraposición y como consecuencia de la insatisfacción con los modelos que trabajaban con los individuos sin considerar el contexto en donde surgían los comportamientos, pensamientos y emociones. Los modelos predominantes en esa época eran el psicoanálisis y el modelo médico, cuyos métodos enfatizaban conceptos como linealidad, sumatividad, certeza, objetividad, orden, resistencia y verdad. En cambio, la epistemología sistémica comenzó a abordar una nueva concepción del ser humano, enfatizando el concepto de circularidad, la cual propone que el efecto tiene una consecuencia sobre la causa. En cualquier sistema viviente las nociones simples de causa y efecto lineal resultan inadecuadas e insuficientes para explicar o describir los acontecimientos dinámicos que forma el proceso de la vida. El concepto de “feedback” se erige como una unidad de interacción que implica a una serie de integrantes involucrados en un sistema (Ceberio, 1999). La familia es un sistema que trasciende los límites de la persona aislada, por lo que este nuevo abordaje da una gran importancia a la interacción y comunicación entre sus miembros, haciendo que cada integrante cobre importancia dentro de la organización familiar y como parte de una sociedad y de un todo organizado, introduciendo el contexto como base de los significados, situando al ser humano en el sistema de creencias al cual pertenece.

En 1948, Robert Wiener publicó *Cibernética*, y a lo largo del decenio de 1950 todas las ciencias comenzaron a estudiar los sistemas homeostáticos dotados de procesos de retroalimentación que les permiten autocorregirse. Las conferencias Macy fueron encuentros en donde se exploró el alcance de las ideas de causalidad circular, información y comunicación en la explicación de

fenómenos biológicos y sociales, es decir, se abordó la importancia de la cibernética como terreno común para las ciencias de la época. En estos encuentros se establece el primer acercamiento al enfoque interaccional en psicoterapia (Madanes, 1982).

El terapeuta familiar ha transitado desde la inicial focalización en los síntomas y pautas de comportamiento enmarcados en el presente, hasta los sistemas de significado, la hermenéutica y la lingüística, conceptos característicos de los modelos cercanos a la perspectiva posmoderna y socioconstruccionista, en un horizonte temporal que le da relevancia al presente, pasado y futuro, y a la figura del terapeuta dentro del proceso psicoterapéutico. El terapeuta voltea la mirada a su propio mundo interno, haciéndose consciente de sus propios prejuicios, emociones, experiencias y epistemología, entrelazándose con el mapa del mundo de los consultantes. Por lo tanto, el papel del terapeuta ha cambiado de ofrecer respuestas desde una postura de experto, a ser el responsable de la construcción de un contexto en el cual las personas puedan encontrar sus propias soluciones (Boscolo y Bertrando, 2008). Tener un conocimiento de la propia epistemología brinda mayor claridad en la forma de entender a los individuos, la realidad social y su problemática, así como la manera de ver el cambio en las consecuencias de tales premisas sobre los tratamientos aplicados (Ceberio, 1999).

La epistemología sistémica introdujo una serie de cambios en la forma de hacer terapia, ya que antes no se tenía en cuenta la circularidad de las relaciones interpersonales ni la implicación del terapeuta en el trabajo con los pacientes. Desde este enfoque, los terapeutas adquieren una responsabilidad diferente en el proceso terapéutico, ya que se vuelven una parte indispensable en la terapia. A diferencia de la visión determinista y definitiva de un paradigma lineal, el desarrollo de las personas es entendido a través de su interacción con los demás, siendo éste un proceso dinámico y en constante cambio. El enfoque sistémico estudia las reacciones entre los individuos

y no sólo el comportamiento aislado de una persona, observando los efectos en las conductas como un proceso en movimiento y recursivo. Cuando se entiende que las relaciones no son estáticas sino que están en constante movimiento, el concepto del cambio también se modifica, ya que se hace responsables a las personas por sus propias reacciones y se les brinda la posibilidad de modificarlas (Ceberio, 1999).

De esta manera, la terapia cambia de ser un espacio de reparación a un espacio de aprendizaje, un lugar donde se introduce nueva información y se reencuadra la experiencia humana co-construyendo nuevos significados sobre la percepción del problema y un espacio donde se enseña a pensar y *conocer* desde una perspectiva circular, llevando a la persona a *responsabilizarse* de sus propias construcciones e introduciendo la noción de *respeto* (Ceberio, 1999). El terapeuta se vuelve parte importante de la terapia, dejando de lado las verdades absolutas sobre la realidad del ser humano y colocándose en una posición más humana dentro de la relación terapéutica, es decir, el terapeuta busca insertarse en una visión del mundo aportada por la familia para generar puntos de vista alternativos que introduzcan nuevas perspectivas que no contengan los comportamientos sintomáticos o problemáticos, aumentando el grado de libertad del sistema (Sluzki, 1987). Es una construcción colaborativa de descripciones, historias y sus significados.

1.2. Descripción de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico

1.2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” comenzó sus servicios en 1981. Originalmente se encontraba adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, y es hasta 1983 cuando adquiere su autonomía.

Sus principales objetivos son apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de Licenciatura y de Posgrado, bajo la supervisión de especialistas. El Centro proporciona servicio psicoterapéutico, con diferentes aproximaciones teóricas, a niños, niñas, adolescentes y adultos, en forma individual, grupal, de pareja y familiar.

Actualmente este Centro de Servicios se encuentra ubicado en el edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Cuenta con una sala de espera, una recepción, diez cubículos para terapia individual y preconsulta, cuatro cámaras de Gesell equipadas con equipo de audio y videograbación, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, además de tres cubículos para retroalimentación biológica.

El nivel de intervención que proporciona esta sede es secundario y terciario. Para ser atendidas, las personas deben llenar una solicitud con la cual tendrán acceso a una primera entrevista o preconsulta. Las solicitudes son canalizadas a los diferentes programas existentes en el Centro, de acuerdo con el motivo de consulta y la información extraída de la primera entrevista. El costo de la consulta puede oscilar entre los \$50 y los \$150, dependiendo de los ingresos económicos de los solicitantes. Los servicios que ofrece son: pre-consulta, evaluación, referencia y canalización, terapia (individual, de pareja, familiar y grupal) y prevención primaria (talleres con diversas temáticas).

Los motivos de consulta que con mayor frecuencia reportan las personas que solicitan asistencia en este Centro son: ansiedad, depresión, problemas de pareja, problemas familiares, problemas de conducta en niños y adolescentes, esquizofrenia, trastornos alimenticios y atención psicológica para síntomas derivados de problemas de salud, como diabetes, colon irritable, epilepsia, gastritis y cáncer.

Los recursos humanos con los que cuenta el Centro para atender a la población que lo solicita, abarca desde los terapeutas asignados al Centro, los residentes de Posgrado, prestadores de servicio social, los estudiantes en formación y voluntarios.

1.2.2. Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” (INR)

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) es un organismo de asistencia pública, desconcentrado de la Secretaría de Salud. Abre sus puertas en el año 2000 con el nombre “Centro Nacional de Rehabilitación”, tras la fusión del Instituto de Medicina de Rehabilitación, el Instituto de Comunicación Humana y el Instituto Nacional de Ortopedia. En el 2005 obtuvo la denominación actual como Instituto Nacional de Rehabilitación.

El INR busca la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de personas con capacidades diferentes, ofreciendo así un servicio integral de calidad (físico, psicológico, social y ocupacional) para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, cardiorrespiratorio y de todo tipo, así como lesiones deportivas. Todo esto con la participación activa del equipo multidisciplinario que incluye la intervención de la familia y la comunidad. De igual modo el INR busca formar especialistas y desarrollar investigación científica.

Los servicios se ofrecen a la población a través de las siguientes especialidades: Audiología, Fonología y Patología del Lenguaje; Ortopedia; Medicina de Rehabilitación; Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ); Medicina del Deporte; Oftalmología; Otorrinolaringología; Anestesiología; Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. Como parte de la atención integral, los pacientes pueden ser referidos al área de Terapia Familiar, desde cualquiera de las especialidades mencionadas anteriormente, así como del departamento de Psicología o Trabajo Social.

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

2.1.1. Modelo de Terapia Dialógica de Milán

Antecedentes del modelo y sus principales representantes

El trabajo del grupo de Milán inicia con la línea de las terapias estratégicas, emergiendo más tarde con una nueva modalidad fundada sobre los principios de la cibernética batesoniana, terminando en el constructivismo y el construccionismo social, así como en el posmodernismo y en la narrativa (Hoffman, 1981).

En 1967, Boscolo y Cecchin se unieron al grupo de psiquiatras comandado por Mara Selvini, especializada en el trabajo con anorexia, con el objetivo de ampliar el campo de intervención bajo el enfoque psicoanalítico. En sus primeros años, en la década de los 70's, el grupo de Milán, después de un período de terapia familiar con orientación psicoanalítica, adoptó el modelo sistémico estratégico del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, influenciado por las ideas de Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson y Milton Erickson (Watzlawick, Jackson y Beavin, 1967). A partir de este enfoque, sostenían que el psicoanálisis era inadecuado para abordar el contexto familiar debido a la focalización en el individuo, considerado el “contenedor de patología”, sin darle importancia a los vínculos. El propósito de la intervención ahora, era provocar cambios en las pautas de interacción de la familia, lo cual llevaría a la modificación del comportamiento problemático (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

El equipo trabajaba con un espejo unidireccional y realizaba hipótesis para trabajar con toda la familia. En las discusiones grupales llegaban a hipótesis sistémicas que le dieran sentido a los comportamientos observados en relación al síntoma, es decir, la modalidad con la cual la familia

se había organizado en relación al síntoma, con las cuales construían una “intervención final” que consistía en una reformulación, una prescripción de una tarea o un ritual. El trabajo en ese tiempo estaba basado en la cibernética de primer orden, es decir, en la cibernética del sistema observado, lo cual implicaba que el observador estaba separado de la entidad observada. Las hipótesis correspondían a lo que ellos nombraban “juego familiar” (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980b).

Durante los primeros años, el grupo asumió una posición *estratégica* basada en la cibernética de primer orden, presuponiendo que existía una lucha de poder por el control en el proceso terapéutico (Mackinnon, 1983). En el libro “*Paradoja y contraparadoja*” (Selvini et.al., 1980b), en donde se describe el trabajo realizado con familias con un miembro esquizofrénico, el grupo veía los síntomas insertos en un juego trigeneracional en donde el paciente esquizofrénico ocupaba una posición especial, en la cual convergía un alto grado de desconfirmación, lo cual provocaba incertidumbre sobre la percepción de sí mismo y de los demás, así como una sensación de confusión. La teoría del doble vínculo, elaborada por Bateson y su equipo, fue vital en la comprensión del síntoma psicótico con base en las paradojas generadas por la confusión de niveles lógicos en las familias. Por lo tanto, uno de los objetivos de la terapia en ese momento, era eliminar las configuraciones rígidas de comportamientos disfuncionales, dando lugar a otras más flexibles y funcionales. Esto pretendía alcanzarse a través de la connotación positiva de todos los comportamientos, sintomáticos o no (reformulación paradójal), y por medio de rituales familiares.

El grupo adoptó algunas técnicas introducidas por el MRI, al mismo tiempo que fue creando otras, siendo la *paradoja* la principal de ellas, la cual era utilizada para desentrañar la *resistencia* de la familia sin desafiarla directamente. La connotación positiva, la prevención de cambio

prematureo y el uso de rituales se convirtieron en intervenciones características del grupo de Milán, utilizando la práctica de observación de sesiones como parte del tratamiento y no solamente como investigación. La *connotación positiva*, considerada como la intervención más poderosa del grupo de Milán, era entendida como mensajes con los que se otorga un significado positivo al problema, invitando a la familia a no renunciar a él. Al *prescribir el síntoma*, era necesario connotar positivamente tanto la conducta del paciente identificado como la conducta sintomática de la familia, estableciendo así una manera de acceder al funcionamiento sistémico de la familia (Mackinnon, 1983).

Más tarde, el Modelo de Milán transitó a una nueva etapa. Fue con la publicación de “*Pasos hacia una ecología de la mente*” de Bateson en 1976, cuando el grupo de Milán comienza a hacer cambios al intentar transferir la epistemología cibernética de Bateson a la práctica clínica, es decir, pasar del pensamiento sistémico al actuar en modo sistémico: la distinción entre mapa y territorio, las categorías lógicas de aprendizaje, el concepto de mente como sistema y de sistema como mente, la noción de epistemología cibernética y la introducción de la semántica. A partir de estos conceptos se enunciaron tres principios básicos distintivos del modelo de Milán: hipotetización, circularidad y neutralidad (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980a).

En 1979, Selvini y Prata se separan del grupo y continúan de manera independiente con su propia investigación sobre familias, basándose en la cibernética de primer orden y dirigida a descubrir los “juegos” u organizaciones familiares específicas relativos a ciertos trastornos como la psicosis, la anorexia y la bulimia. En 1983, Mara Selvini, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino formaron un equipo para investigar las tipologías familiares, publicando sus resultados en “*Los juegos psicóticos de la familia*” en 1988.

Influenciados por un cambio de contexto, Boscolo y Cecchin continuaron su propia investigación y su formación en terapia familiar sistémica, siendo influenciados por las ideas de Humberto Maturana, Varela, Heinz von Foerster y Ernest von Glasersfeld. Maturana y Varela llevan al observador a una posición central: “*Todo aquello que ha sido dicho, ha sido dicho por un observador*”; con el concepto de autonomía organizativa de los seres vivos, se propone la imposibilidad de las interacciones instructivas, es decir, aquéllas que pudieran obtener directamente un cambio en el sistema viviente, ya que el sistema responde según su propia organización y a través de su propia historia. Maturana y Varela proponen que la realidad surge en el lenguaje a través del consenso, por lo que existen tantas realidades como conversaciones posibles. Von Foerster introduce el concepto de cibernética de segundo orden, también conocida como cibernética de los sistemas observantes: el observador entra en lo observado, por lo que no pueden estar separados. Von Glasersfeld abre camino a los conceptos del constructivismo radical (Boscolo y Bertrando, s/f; Hoffman, 1981). El modelo que ahora impartían era muy distinto al modelo fundamentado por la postura estratégica, recibiendo ahora gran influencia del desarrollo de la técnica del *interrogatorio circular*, el cual permitía indagar la visión de un tercero sobre una relación diádica para así trasladarlo a la reflexión del comportamiento del terapeuta en la interacción con las familias.

Es a partir del artículo “*Elaboración de Hipótesis, Circularidad y Neutralidad. Tres directrices para la coordinación de la sesión*”, que la tendencia del grupo se aproximó a la visión de Bateson. El énfasis pasó del comportamiento observado a las ideas, teorías y premisas del sistema observante. La familia dejó de ser vista como una máquina homeostática que debía conocerse para después repararse, y se centra el interés en lo que sucede durante la sesión: el intercambio de información, emociones y significados entre terapeutas y consultantes, es decir,

al proceso terapéutico. También se comienzan a formular hipótesis sobre el *sistema significativo* (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987), es decir, el sistema de relaciones entre las personas involucradas en el problema presentado, incluyendo al paciente índice, la familia nuclear, la familia extendida, los difuntos más importantes, la escuela, el trabajo, el grupo social, los operadores, los expertos y los servicios sociales y sanitarios que hayan estado en contacto con el paciente. También incluye al terapeuta en calidad de observador, con sus teorías y prejuicios. Se busca entender los patrones de ideas y significados que contribuyen a la creación consensual del problema observado. Por lo tanto, las hipótesis se vuelven más complejas, pluricéntricas, pluridimensionales, profundas, es decir, colectivas. De esta manera se aprende a pensar y actuar de modo sistémico.

El proceso evolutivo de la Escuela de Milán puede ser inserto en un marco cultural: el posmodernismo. El pensamiento posmoderno rechaza las metanarraciones, es decir, los sistemas globales puestos como absolutos y “verdaderos”, y considera que cada teoría o sistema de pensamiento como una narración. Considera más importante concentrarse en las narraciones locales y tradicionales, así como en las micronarrativas (Tarragona, 2013). Mientras que el constructivismo pone acento en el observador y sus construcciones mentales, el construccionismo social lleva al primer plano las relaciones vistas como sistemas de lenguaje y significado. En “*Los tiempos del tiempo*” (Boscolo y Bertrando, 1996), se muestra cómo los sistemas humanos que producen síntomas y sufrimiento, tienden a enjaularse en historias deterministas que los conducen a los expertos para pedir ser ayudados a liberarse. En la concepción narrativa, el sufrimiento puede ser visto como una expresión de una incoherencia entre las historias que las personas cuentan de sí mismas y de su propia experiencia, y lo que otros cuentan de ellas. En el proceso terapéutico, a través de la re-narración de estas historias, se

busca que las personas recuperen la posibilidad y la capacidad de ser autores de historias positivas para sí mismos que disminuyan o le den un sentido al sufrimiento (Boscolo y Bertrando, s/f).

Principios de la terapia de Milán

En sus inicios, el modelo de Milán suponía que siempre fueran convocados todos los miembros de la familia nuclear. Actualmente se ha pasado al principio de que *venga aquél que desee venir*. Esta modalidad permite que los terapeutas ser colaboradores con la familia que tiene dificultades para presentarse en conjunto a la terapia y crear espacios de diferencias que permitan el surgimiento de nueva información (Boscolo y Bertrando, s/f). Desde 1975, los principios base del modelo de Milán son la *hipotetización*, la *circularidad* y la *neutralidad* (Cecchin, 1989; Selvini et.al., 1980a).

La hipótesis tiene la función de conectar los datos provenientes del escuchar y observar. Son instrumentos útiles en la conducción de la sesión, ya que permiten al terapeuta conectar información, significados y acciones que surgen en el diálogo, según el tiempo y el espacio, con otros puntos de referencia eventuales. Las hipótesis surgen de la interacción recursiva entre terapeuta y cliente, es decir, es colocada en el contexto de la interacción (Boscolo y Bertrando, 1996). Una hipótesis es calificada como sistémica si considera a todos los componentes del sistema en juego y propone una explicación de sus relaciones. No es verdadera ni falsa, es un instrumento de investigación. El terapeuta evalúa sus propias hipótesis con base en las retroalimentaciones verbales y no verbales del consultante.

La elaboración de hipótesis destaca el rol que tiene el terapeuta en el proceso de investigación que se hace junto con la familia, y los alcances de su elaboración no se encuentran en si es una idea verdadera o no, sino en si es una idea útil para darle un sentido a la problemática de la

familia dentro de su propio contexto, por lo cual las hipótesis son complejas, multidimensionales y profundas, enmarcando la idea en un tiempo y un espacio específico con el objetivo de generar reflexiones, nuevas interpretaciones y conexiones relacionales. Ugazio (1985), divide la formulación de hipótesis en dos etapas: cuando el terapeuta se enfoca en el sistema de creencias interpersonales de la familia, analizando sus esquemas de significado, y cuando se busca usar estos significados en favor de aquellas explicaciones que se encuentran fuera de la realidad del sistema. La información que resulte de ello tiene el objetivo de construir nuevas percepciones y significados, los cuales pueden o no ser tomados por la familia. La hipótesis puntúan la dinámica interpersonal de la familia y sus motivaciones, es decir, el “para qué”.

La circularidad es el principio a través del cual el terapeuta confía en las retroalimentaciones del consultante para evaluar sus propias hipótesis y desarrollar otras nuevas. Es la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basándose en las retroalimentaciones y la información que obtiene acerca de la relación terapéutica en términos de diferencias y cambio. Para evitar caer en la trampa de la “hipótesis verdadera”, rigidizando y cerrando el discurso, se propone cambiar continuamente las propias hipótesis. El concepto de circularidad en el que se basa el interrogatorio circular se orienta a la búsqueda de diferencias (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980a). El grupo de Milán parte de una modalidad triádica para comprender las relaciones, siendo la información una diferencia y la diferencia un relación. Por lo tanto, el terapeuta pone especial atención en las diferencias, siendo parte central de la terapia. Desde este punto de vista, las conductas son entendidas como el resultado de la epistemología familiar, siendo mensajes que se envían al resto de la familia (Mackinnon, 1983). Las relaciones indagadas están guiadas en función de: conductas interactivas en circunstancias específicas; diferencias en la conducta en relaciones específicas; la categorización o interacciones específicas de los diferentes miembros

de la familia en relación a la conducta; el cambio de conductas que indican un cambio de relación antes y después de un hecho específico; y las diferencias en circunstancias hipotéticas. Las aperturas que ofrece la familia son “marcadores de contexto” que indican posibles orientaciones en el interrogatorio circular. El terapeuta debe tener la capacidad de usar la movilidad de los marcadores de contexto generados durante la interacción para así lograr introducir diferentes significados a los acontecimientos, alterando la epistemología de la familia. La posición de neutralidad implica que el terapeuta evite ser parcial con un consultante o con las personas con las cuales establece contacto, evite adoptar ciertos valores morales sociales en detrimento de otros y evite privilegiar un determinado curso de acción para el cliente. El terapeuta debe adoptar una postura multiparcial y de aceptación hacia la familia, logrando moverse en demandas encontradas sin correr el riesgo de quedarse atrapado en alguna de ellas, y evitando predeterminar el resultado de la terapia respetando la decisión de la familia de cambiar o no (Mackinnon, 1983).

En los años 70's, la neutralidad era concebida dentro de un contexto de cibernética de primer orden, como una separación entre el observador y el observado, por lo que el terapeuta podía colocarse en un “metanivel” respecto de sus consultantes. Con la adopción de la cibernética de segundo orden, se considera imposible la separación entre observador y observado, por lo que el terapeuta no puede ser verdaderamente “neutral”: siendo observador y participante no puede ser neutral respecto a sí mismo, no puede no ser influenciado por sus propios prejuicios, premisas e ideas. Es el tiempo y la visión diacrónica la que permite mantener la neutralidad, aunque en algunos casos particulares es preferible salir de la posición de neutralidad, por ejemplo, en casos en donde exista violencia de cualquier tipo (Boscolo y Bertrando, s/f).

Debido a que el término neutralidad era usado originalmente para evitar asumir una posición como más correcta que otra, Cecchin (1989) propone el concepto de “*curiosidad*”. La curiosidad lleva a experimentar e inventar puntos de vista y movimientos estratégicos que a su vez generan una mayor curiosidad. En este estilo recursivo, neutralidad y curiosidad son conceptos que se pueden contextualizar recíprocamente en el intento de producir diferencias, con la consecuencia de un no-apego a ninguna posición en particular. Para Cecchin, la hipotetización, la circularidad y la neutralidad son principios entrelazados dinámica y recursivamente: la neutralidad da un contexto para formular diversas hipótesis, que a la vez proporcionan un contexto para acceder a los patrones interaccionales circulares y así utilizar el cuestionamiento circular, lo cual al mismo tiempo, permite descartar hipótesis acerca de la familia contribuyendo en la creación de un contexto de curiosidad y neutralidad.

Premisas del modelo

El pensamiento de Maturana y Heinz von Foerster dirigió la mirada del grupo de Milán hacia el observador, generando un profundo impacto en el trabajo con las familias. Al introducirse el concepto de cibernética de segundo orden o cibernética de los sistemas observantes (Von Foerster, 1982), el observador entra a la descripción de lo observado, por lo cual es imposible que el observador y el observado puedan ser considerados como sistemas independientes uno del otro. Por lo tanto, el énfasis se desplaza del comportamiento “observado” a las premisas, teorías e ideas del observador.

A partir de esta visión, se deja de entender a la familia como una máquina homeostática en donde el síntoma cumple una función para mantener el equilibrio, y se deja de creer que el terapeuta puede generar un cambio en el sistema a partir de una intervención. En cambio, se plantea una unidad de terapia que incluye al observador y a lo observado, en la cual ambos contribuyen de

manera activa para darle un sentido al sistema. A partir de este momento, se le comienza a dar importancia a todo lo que ocurre en las sesiones (intercambio de información, emociones y significados), poniendo mayor atención al proceso terapéutico y no a la intervención final. Se deja de pensar que existe *un sistema que crea un problema*, pasando a la idea de que existe *un problema que crea al sistema*, ya que el problema existe mientras los sistemas observantes lo definan como tal de manera colectiva y recíproca.

Boscolo y Bertrando (s/f), hacen mención de los siguientes presupuestos teóricos y prácticos en los que se basa el Modelo de Milán. En cuanto al *rol del terapeuta* refieren que éste debe cumplir ciertos requisitos al desenvolverse en el contexto terapéutico:

- Postura activa y empática. Debe tener la capacidad de adoptar una posición que le permita escuchar a los consultantes de manera empática y activa, transmitiendo su propia participación emotiva.
- Postura de curiosidad. La curiosidad en relación a la historia de los consultantes y la evolución del proceso terapéutico, evitando encasillarse en intercambios redundantes y repetitivos (Cecchin, 1989).
- Postura positiva. La capacidad de mostrarse positivamente facilita su trabajo y la aceptación de los consultantes: “*¿Qué cosa podría hacer ahora que me haga sentir mejor y así poder ayudar de una mejor manera a mis consultantes?*”
- Interés en el diálogo interno y externo del consultante. Estará atento del sentido de las ideas, palabras y emociones de la persona en relación a sí mismo y sus sistemas de pertenencia, así como en el sistema terapéutico.
- Visión circular de los eventos junto con la linealidad del sentido común. Desde esta perspectiva se renuncia a ver un evento como causa de otro, considerando las relaciones

recíprocas entre los eventos y las acciones humanas (Watzlawick et.al., 1967). El principio de la circularidad de la conducción de la terapia se basa en la retroalimentación, es decir, los mensajes verbales y no verbales del consultante y del terapeuta. Existe una visión “espiral” que considera al tiempo: los eventos se influyen retroactivamente alcanzando cada vez un resultado diferente al cual iniciaron.

- Conciencia de que su lectura propuesta al interior de un contexto terapéutico no es objetiva. Esta visión está influenciada por sus premisas, experiencias y teorías. La conciencia de esto permite mantener cierta distancia y autonomía de las propias lecturas, así como el desarrollo de la creatividad.

También mencionan que el terapeuta debe operar desde una *perspectiva coevolutiva*, es decir, que sus modelos deben saber evolucionar junto a los modelos sociales del consultante. Para adquirir una conciencia de sí mismo, el grupo de Milán ha implementado un equipo de observación, un sistema de tres elementos: cliente, terapeuta y observadores. El rol del equipo es proporcionar al terapeuta “un punto de apoyo” externo para hacerlo consciente de sus premisas y emociones al interior del contexto terapéutico. El equipo tiene la tarea de generar hipótesis sobre el consultante, el terapeuta, la emociones y la relación terapéutica. La interacción entre terapeutas y clientes gana un nivel de reflexión y disminuye la posibilidad de que el terapeuta se pierda en la relación terapéutica, manteniendo la distancia necesaria para ejercer acciones terapéuticas.

El modelo busca tener una *visión polifónica* de la terapia, es decir, que se busca contar siempre con puntos de vista diferentes, considerando el “detrás del espejo” como una posibilidad de aumentar la capacidad de salir de la inmediata relación. Esto genera la construcción de una “*mente colectiva*”, ya que el terapeuta se encuentra inserto en un proceso continuo de

retroalimentación. El modelo no exige una terapia personal, pero considera indispensable el aprendizaje en grupo, ya que el equipo puede desarrollar una función en la formación personal.

Otro de los puntos importantes es que se toman en cuenta *los objetivos de los consultantes*. El terapeuta pone atención y evalúa detalladamente los objetivos de los clientes y su evolución en el tiempo. A medida que la relación terapéutica evoluciona, también evolucionan los objetivos. El modelo de Milán ya no considera como única forma de tratamiento la terapia familiar, también se aceptan intervenciones con la pareja, los subsistemas e incluso las terapias individuales, según sea el caso. Los terapeutas buscarán crear con las personas un contexto terapéutico de exploración común y búsqueda en la cual *la globalidad de la persona estará en la posición central*, por lo cual, la terapia por lo general es de *mayor duración*.

El modelo le da una mayor importancia a la *relación que los clientes tienen consigo mismos y con los otros*. Los síntomas pierden importancia y son considerados epifenómenos de conflictos internos y relacionales, cobrando mayor relevancia la relación entre consultante y terapeuta.

El objetivo general del Modelo de Milán es crear un contexto relacional de *deutero-aprendizaje*, es decir, de aprender a aprender (Hoffman, 1981), en el cual los consultantes puedan encontrar sus propias soluciones y posibles salidas de los problemas y el sufrimiento. Con esta finalidad, se explora el contexto en el cual viven y en el cual se organizan los problemas, es decir, los significados, acciones y relaciones con los sistemas significativos que contribuyen a la evolución y mantenimiento de la problemática.

Las técnicas de intervención en la terapia de Milán

La evolución del Modelo generó transformaciones también en la naturaleza de las intervenciones, provocando la ruptura con los modelos instrumentales del periodo estratégico. De las prescripciones paradójicas se pasó a conectar las conductas relacionadas con la

problemática con una *premisa* compartida por la familia, con una modalidad de prescripción más neutras que coloca el problema a un nivel diferente de las personas, aludiendo a una idea no consciente que genera y mantiene la problemática. La connotación positiva se transformó en una *connotación lógica*, dejando de lado el discurso en relación a la utilidad o funcionalidad del síntoma, pasando a describirlo como un hábito difícil de eliminar o cambiar, dentro de un contexto y un tiempo que lo vuelven imprescindible. A partir de lo anterior, se busca que la familia se desapegue a las viejas ideas en torno a la problemática, otorgando una alternativa que sustituya al síntoma.

El uso de rituales también ha sufrido cambios y modificaciones. Boscolo y Cecchin prefirieron utilizar aquellos rituales que introducen el *vínculo de interacción* en una secuencia de hechos, en comparación a los *rituales paradójicos*, cuyo objetivo era la amplificación de cierta interacción para hacerla estallar. Los *rituales* y las prescripciones ritualizadas –instrucciones de conducta que la familia debe ejecutar bajo determinados criterios- son técnicas creadas por los terapeutas de Milán para evidenciar el conflicto entre las reglas verbales de la familia y las reglas analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento. El valor de ritualizar el comportamiento prescrito es crear para la familia un nuevo contexto de orden superior a la simple prescripción verbal del terapeuta. Las características de un ritual terapéutico son (Boscolo y Bertrando, 1996):

- Pone a la familia en la condición de tener que comportarse de manera distinta a la forma que los ha llevado al sufrimiento y a los síntomas: pasar del “pensar” al “hacer”.
- Pone a todos los miembros de la familia al mismo nivel en el acto de realizar el ritual, creando una experiencia colectiva que pueda dar perspectivas compartidas.
- Favorece la armonización de los tiempos individuales y colectivos.

- No transporta literalmente los contenidos, ya que el objetivo es actuar sobre los procesos: cuenta más la forma que el contenido del ritual.
- Es notoriamente distinto de la vida cotidiana de los consultantes, por lo que es necesario prohibirles hablar entre ellos acerca de lo que sucedió durante el ritual hasta la siguiente sesión.

En el modelo de Milán, la técnica esencial está constituida por las *preguntas*. El terapeuta hace preguntas en vez de dar respuestas: la pregunta, a diferencia de la afirmación o la interpretación, entrega al otro la tarea de atribuir los significados de cuánto ha sido dicho, reduciendo el tono autoritario o paternalista. Son particularmente importantes las *preguntas circulares*, a través de las cuales el terapeuta busca construir un mapa de la familia como red de relaciones interconectadas evidenciando las diferencias. Bateson afirma que una información es “*una diferencia que hace la diferencia*”, es decir, una relación. La información que obtiene el terapeuta con las preguntas circulares es recursiva: a través de las preguntas las personas escuchan y cambian constantemente su propia comprensión sobre la base de la información que ofrece el otro (Boscolo y Bertrando, s/f).

El interrogatorio circular produjo un cambio de postura, ya que para el grupo de Milán el objetivo no era dirigirse, a partir de las intervenciones, a la consecución de un propósito específico, sino que pretendían llevar al sistema familiar a resultados impredecibles. Las preguntas circulares traen consigo nuevas conexiones entre ideas, significados y comportamientos, las cuales pueden contribuir a cambiar la propia epistemología, es decir, las propias premisas. Las preguntas circulares fueron propuestas inicialmente en el artículo “*Hipotetización, circularidad y neutralidad*” (Selvini et.al., 1980a):

- a) Preguntas triádicas en términos de comportamiento de interacción en situaciones específicas. Se pide a una persona que comente la relación entre otros dos miembros de la familia: “¿*Qué hace la madre cuando el padre se molesta?*”.
- b) Preguntas sobre los cambios en la relación y en el comportamiento antes o después de un evento preciso: “¿*Su hijo comenzó a bajar de calificaciones antes o después del divorcio?*”.
- c) Preguntas en términos de diferencias en cuando a circunstancias hipotéticas: “¿*Qué harían sus padres si ustedes se fueran de la casa?*”, “*Si alguno de ustedes pudiera quedarse en casa sin casarse, ¿a quién sería el mejor para su papá y para su mamá?*”.
- d) Preguntas que buscan establecer una jerarquía o una categorización respecto a un comportamiento particular o a una interacción: “¿*A quién le molesta más que no quieras estudiar la carrera de Medicina?*”.

Otras preguntas que pueden producir cambios en el sistema de premisas de los consultantes son las *preguntas orientadas al futuro* y las *preguntas hipotéticas* (Boscolo y Bertrando, s/f).

Las preguntas orientadas al futuro son preguntas abiertas, sin restricciones ni condicionamientos que exploran el horizonte temporal del sistema y sus miembros, así como sus diferencias: *¿Cómo será su vida en diez años?*, *¿cuándo será su hijo lo suficientemente maduro para vivir solo?*, *¿cuándo aceptarán como padres que sus hijos puedan volverse independientes?*, etc. Las preguntas tienen una doble función: indagar en la capacidad de los consultantes para proyectarse a futuro sin restricciones y estimular la posibilidad de reinventar este futuro.

Las preguntas hipotéticas pueden ser dirigidas al pasado o presente. Introducen con una lógica de norma, diferentes mundos “posibles”: *¿Qué habría sucedido con usted si su pasado fuera diferente?*, *¿si hubieras decidido terminar la relación en ese momento, qué estarías haciendo ahora?*, etc. Las preguntas hipotéticas orientadas al futuro introducen una restricción en la

posibilidades futuras, poniendo a los consultantes de frente a un mundo posible supeditado a vínculos explícitos por parte del equipo terapéutico. Es decir, el terapeuta introduce en las preguntas las hipótesis sobre uno o más futuros posibles y las ofrece al consultante como estímulo, desafiando de ese modo sus premisas.

Karl Tomm (1988) propone cuatro tipos principales de preguntas en su artículo “*Entrevista interventiva: Parte III. ¿Formulando preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas?*”:

1) Preguntas lineales. Se preguntan para orientar al terapeuta hacia la situación del cliente y se basan en hipótesis lineales sobre la naturaleza de los fenómenos mentales: *¿quién hizo qué?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿por qué?*

2) Preguntas circulares. Se formulan para orientar al terapeuta a la situación del cliente pero se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza de los fenómenos mentales: *¿cómo es que nos encontramos juntos hoy?, ¿quién está más preocupado?, ¿qué hace tu papá cuando tu mamá y tú hablan?, etc.*

3) Preguntas estratégicas. Se formulan con la finalidad de influir en el consultante de manera específica y se basan en suposiciones lineales sobre la naturaleza del proceso terapéutico: *¿por qué no habla con él acerca de lo que le ocurre?, ¿cuando va a tomar las riendas de su vida y empezar a tomar decisiones propias?, etc.*

4) Preguntas reflexivas. Pretenden influir en el consultante de manera indirecta o general y se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza del proceso que tiene lugar en el sistema terapéutico: *Si usted fuera a compartir con él su preocupación y lo que esto le generó, ¿qué se imagina que podría pensar o hacer?; ¿cómo podría convencerlo de que usted es suficientemente independiente y fuerte?, etc.*

El cuestionamiento reflexivo de Karl Tomm tiene como objetivo el facilitar la auto-sanación de los individuos o familias, permitiéndoles generar, por sí mismos, patrones constructivos de cognición y comportamiento, a partir de las reflexiones de los significados dentro de un sistema de creencias pre-existente (Tomm, 1987). Dentro de las preguntas que pueden ser utilizadas reflexivamente se encuentran las siguientes: orientadas al futuro, las que se realizan desde la perspectiva del observador, las de cambio de contexto inesperado, las que incluyen una sugerencia, las de comparación con la norma, las de distinción-clasificación, las que incluyen una hipótesis y las que son interruptoras de procesos. Estas preguntas adquieren la cualidad de reflexividad siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones: que respeten la autonomía de la familia para que puedan generar sus propias soluciones, que estén ubicadas en el escenario terapéutico y que sean analizadas en términos de reflexividad.

Al sumarse a la idea de que las ideas dependen del observador, el grupo de Milán admitió la existencia de las construcciones mentales, lo cual condujo a una modificación en la filosofía del cambio. Tal aceptación los llevó a considerar que las familias poseen “mapas del mundo”, los cuales se volvieron el objeto de intervención de los terapeutas, quienes se encargarán de cuestionarlos o transformarlos. Estas *premisas* forman parte de una realidad compartida por los sistemas familiares, las cuales son entendidas como “ creencias estructuradas en el profundo inconsciente familiar” (Reséndiz, 2012, p.4) y que trascienden al plano relacional. Por lo tanto, el cambio acontece cuando la familia accede a una alternativa a su “epistemología actual”, encontrando nuevas formas de conectar y entender las conductas, situaciones y relaciones que contienen al problema, reflexionando entre diferentes niveles de significado dentro de sus propios sistemas de creencias. El cambio es autónomo y no depende de la intencionalidad o influencia de los terapeutas.

Si las preguntas y respuestas eran la esencia de la terapia en los tiempos de “*Paradoja y contraparadoja*” (Selvini et.al., 1980b) y de “*Terapia familiar sistémica de Milán*” (Boscolo et.al., 1987), más tarde la sesión se enriqueció con nuevos elementos y conceptos cada vez más complejos, como la importancia del lenguaje y la narrativa, introduciendo términos como diálogo, conversación y discurso terapéutico. Actualmente el proceso de diálogo terapéutico puede ser visto como una deconstrucción y reconstrucción de historias. A partir de este modelo, el terapeuta conecta, en el proceso de hipotetización, los elementos emergentes en el diálogo formulando una hipótesis (construcción) y verifica su plausibilidad a través de preguntas circulares, provocando respuestas de las cuales emergen otros nuevos elementos (deconstrucción), que a su vez llevarán a otras nuevas hipótesis, y así sucesivamente. El terapeuta también utiliza el silencio, los sonidos o palabras de duda y de disenso, las afirmaciones, metáforas, anécdotas, preguntas lineales y preguntas didácticas (Boscolo y Bertrando, s/f).

La idea de *irreverencia* propuesta por Cecchin, Lane y Ray (1993), también se refiere a la “mirada del observador”, y tiene una estrecha relación con el concepto de curiosidad. La irreverencia es una postura con la cual el terapeuta introduce incertidumbre y relativiza la realidad a través de la idea de la temporalidad de las certezas, eliminando así las verdades absolutas que no permiten el cambio. De esta manera, las hipótesis son consideradas como explicaciones tentativas, dejando de lado la responsabilidad de cambiar a las personas, y cuestionando constantemente la certidumbre propia y ajena. El terapeuta debe reconocer sus prejuicios y hacerse responsable de ellos a través de un proceso autoreflexivo. Al no pretender eliminar estos prejuicios, el terapeuta puede dudar de sus propias teorías, permitiendo que también pueda discutirlos y examinarlos críticamente.

A partir de la influencia de las ideas de Bateson, se introduce en el modelo la *dimensión temporal*. El tiempo (individual, familiar, social y cultural), se convierte en un componente fundamental en la aproximación a las relaciones humanas. Boscolo y Bertrando (1992) proponen la noción de *anillo autoreflexivo* que articula un pasado y un presente que se definen recíprocamente, y que al mismo tiempo, esta definición construye la posibilidad de un futuro que, a su vez, modifica los significados de acciones presentes y de los sucesos del pasado.

El recorrido evolutivo del Modelo de Milán ha trascendido los marcos teóricos de los cuales nació, creciendo y complejizando cada vez más su enfoque, nutriéndose de nuevas ideas del pensamiento posmoderno.

2.2 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos

2.2.1. Familias y la experiencia de la enfermedad y discapacidad en alguno de sus miembros

Cuando una familia se enfrenta a una crisis, como en el diagnóstico de una enfermedad crónica, ésta suele entrar en estados de desorganización temporal caracterizados por la incapacidad de sus miembros de abordar la situación con los métodos acostumbrados para la resolución de problemas. Velasco y Sinibaldi (2001) definen una enfermedad crónica como un padecimiento que se prolonga a lo largo del tiempo, provocando deterioro físico y mental en el individuo, llegando incluso a la muerte. La enfermedad genera reestructuraciones dentro de la familia y en su dinámica, repercutiendo en su organización y funcionamiento, produciendo cambios, aunque los miembros no los deseen.

Una enfermedad crónica implica esfuerzo y disponibilidad a largo plazo, lo cual tiene un efecto agotador. Cuanto mayor es el agotamiento, mayor es la dependencia del contexto social. Cuando

el contexto responde positivamente, éste se convierte en una red de apoyo; pero cuando ocurre lo contrario, puede volverse una fuente de estrés importante (Góngora, 2004).

Modelos Sistémicos de la Enfermedad

Cuando las familias se enfrentan a situaciones graves de salud, los modelos normativos se vuelven insuficientes para explicar su estética, ya que lo que para otras familias puede ser considerado “disfuncional” o de poca utilidad, para estas familias puede ser útil durante el proceso de adaptación.

El Modelo Sistémico de la Enfermedad, propuesto por Rolland (2000), intenta cubrir las necesidades en torno a las familias en donde existen miembros con enfermedades graves o discapacidades. Desde esta visión sistémica, los comportamientos de las familias deben ser analizadas y vistas en su debido contexto y en las propias pautas transaccionales dentro de la familia y entre el sistema familiar y otros sistemas externos, incluyendo las demandas psicosociales de la situación, que en este caso es un problema de salud o una discapacidad. Las enfermedades demandan servicios a largo plazo, por lo cual, las instituciones desempeñan un papel muy importante en el bienestar o malestar del enfermo y sus familiares, siendo necesario tener en cuenta la relación con estos servicios para lograr comprender lo que ocurre con estas familias (Góngora, 2004).

El modelo de Rolland (2000), enfatiza que el foco principal de análisis se debe poner en la interacción de la enfermedad con los individuos que la padecen, la familia y demás sistemas biopsicosociales, dándoles mucha importancia a los procesos interactivos entre la demanda psicosocial a través del tiempo y los componentes del funcionamiento y adaptación del sistema familiar. Cuando la afección se desarrolla a lo largo del tiempo, la familia pasa por distintas fases, distintas demandas, distintos momentos en el ciclo vital de la familia y de los individuos, y

diferentes sistemas de creencia. De manera similar, Góngora (2004) propone que la unidad de evaluación de las enfermedades graves y crónicas debe incluir tres subsistemas: las instituciones, la familia y demás redes sociales, y la persona enferma. Los tres subsistemas son inscritos dentro de una cultura y una sociedad que le atribuye determinados significados a las distintas enfermedades, los cuales influirán de manera importante en la manera en que las instituciones prestan sus servicios, la forma en la que la familia experimenta el vivir con una persona enferma y la manera en la que el afectado experimenta y maneja el problema.

Rolland (2000) propone que el objetivo central de la terapia sea la adaptación y el buen ajuste de la familia, con sus características particulares, a las demandas psicosociales a lo largo del tiempo y según los retos que vayan surgiendo. Por lo tanto, ninguna pauta o forma de funcionamiento es vista como saludable o patológica, ya que el principio organizador de cada familia es particular y relativo. Se puede hablar en cambio de lograr que la familia sea un sistema funcional que pueda hacer frente de manera óptima a los desafíos de la enfermedad.

Como terapeutas sistémicos, esto implica el reconocimiento de la pauta de demandas prácticas y emocionales previsibles en una enfermedad o discapacidad a lo largo del tiempo, así como la comprensión de los ciclos de vida individual y familiar, apoyando en el ajuste a las demandas correspondientes. El modelo de Rolland incluye, dentro de la explicación de la relación entre la enfermedad y el sistema familiar, tres dimensiones (Rolland, 2000; Velasco y Sinibaldi, 2001): tipología psicosocial de la enfermedad, fases temporales de la enfermedad y variables claves del sistema familiar.

Tipología psicosocial de la enfermedad

Rolland (2000) establece una tipología con el objetivo de generar una ruta de análisis en las relaciones que existen entre la enfermedad o discapacidad, y los individuos y las familias,

conceptualizando diferencias según el comienzo de la enfermedad, su curso, su desenlace, el tipo y grado de incapacitación y el grado de incertidumbre que provoca. Estas pautas influyen de manera muy distinta en el tipo de demandas y estrategias necesarias para que la familia logre adaptarse. En esta primera dimensión, el patrón de la enfermedad puede variar en su inicio (agudo o gradual), curso (progresivo, constante o episódico), pronóstico (fatal, con una disminución de la expectativa de vida, muerte súbita o sin efecto sobre la longevidad), y en el grado de incapacidad (ninguna, leve, moderada, severa) (Rolland, 2000; Velasco y Sinibaldi, 2001).

Una enfermedad puede tener un *comienzo* agudo o gradual, el cual genera factores estresantes distintos en las familias, sobre todo en el reajuste de la estructura del sistema, el establecimiento de roles adaptados a la situación, las estrategias prácticas y afectivas para la resolución de problemas, etc. Cuando la enfermedad tiene una aparición aguda, existe una mayor exigencia en la familia para movilizarse rápidamente y así lograr adaptarse a los cambios generados por la crisis. Cuando el comienzo es agudo, como en los accidentes cerebrovasculares, se requiere un estilo en el que el sistema pueda tolerar estados afectivos muy cargados, en el que haya un intercambio flexible de roles que estén bien definidos y una resolución rápida y eficaz de problemas diversos. Cuando el estilo de respuesta es gradual, los problemas se abordan más lento, pero con mucha determinación. Algunos ejemplos de enfermedades graduales son la artritis reumatoide y la enfermedad de Parkinson.

El *curso* de las enfermedades crónicas puede ser progresivo, constante o recurrente/episódico, planteando desafíos diferentes para las familias. Cuando la enfermedad tiene un curso progresivo significa que es continua, sintomática y se agrava conforme va pasando el tiempo, por ejemplo, el cáncer, el Alzheimer y la diabetes. En estos casos, las demandas que genera la enfermedad y

sus síntomas son continuos con periodos de descanso mínimos, ya que los síntomas están siempre presentes y la discapacidad se va aumentando de manera progresiva o escalonada. La familia se ve en la necesidad de estar constantemente preparada para la adaptación y los cambios permanentes, así como para la incertidumbre que genera cada etapa de la enfermedad. La tensión tiende a aumentar en los miembros que atienden al enfermo por agotamiento o por falta de flexibilidad en la reorganización de los roles, siendo de vital importancia el recurrir a ayuda externa (ayuda profesional en casa o internamientos).

Una enfermedad de curso constante tiene un acontecimiento inicial y posteriormente viene la estabilización en la condición biológica, por ejemplo, los accidentes cerebrovasculares, los ataques cardíacos con episodio único y el traumatismo cerebral. La fase crónica se caracteriza por algún déficit bien definido: paraplejía, amputaciones, pérdida del habla o deterioro cognitivo. La familia se enfrenta a un cambio semipermanente que es estable y previsible, existiendo la posibilidad de agotamiento, pero sin las tensiones de las demandas que impone el cambio de roles constante. Una vez que aprenden cómo manejar la discapacidad, la familia regresa a un ritmo de vida normal.

Por último, las enfermedades de curso recurrente o episódico como el asma, la úlcera péptica, las migrañas y la esclerosis múltiple, se caracterizan por la alternancia de periodos de estabilidad de duración variable con ausencia o un bajo nivel de síntomas, y con periodos de crisis o agravamiento. Esto suele requerir un mínimo cambio de roles, aunque con flexibilidad para tener dos formas de organización familiar: una en periodos de crisis y otra para periodos de remisión. La incertidumbre puede generar cierta tensión en la familia.

El *desenlace* de una enfermedad tiene un profundo impacto psicosocial. En un extremo del continuo están las enfermedades que no afectan la expectativa de vida, como la artritis y los

trastornos epilépticos, y en el otro extremo están aquéllas que son progresivas y fatales, como el SIDA y la enfermedad de Huntington. La categoría intermedia, que es la más imprevisible, incluye enfermedades que reducen la expectativa de vida, como la diabetes juvenil y la fibrosis quística, y las enfermedades con posibilidad de muerte súbita, como la hemofilia, los ataques cardíacos o los accidentes cerebrovasculares. La principal diferencia entre estos desenlaces consiste en la medida en que la familia siente la pérdida anticipada y sus efectos en la vida familiar.

Los diferentes tipos de *incapacitación* requieren ajustes específicos en la familia, ya que dependiendo de ello será necesario un mayor o menor reajuste en cuanto a los roles familiares según las demandas generadas. Cuando la incapacidad es más grave al comienzo, como en los accidentes cerebrovasculares, ejerce mayor influencia en ese momento. En cambio, en las enfermedades progresivas, la discapacidad se observa como un problema que se agravará en fases posteriores de la enfermedad, lo que da a la familia más tiempo para prepararse para los cambios esperados. El efecto de la incapacitación depende de la interrelación entre el tipo de discapacidad y el rol que desempeñaba el familiar antes de verse afectado por la enfermedad, así como la estructura de la familia, su flexibilidad y los recursos emocionales y económicos.

El *grado de incertidumbre o previsibilidad* de una enfermedad es de gran importancia, ya que cuanto más incierto es el curso y el desenlace de la afección, más se ve forzada la familia a tomar decisiones que incluyan contingencias en su planificación. Las decisiones vitales están cargadas de muchas ambigüedades relativas a la enfermedad, por lo cual, el proceso exige aplicar diferentes estrategias de resolución de problemas constantemente, lo que puede llevar a la familia al agotamiento aun cuando exista mucha resistencia, flexibilidad y adaptabilidad.

Otras características de las enfermedades que pueden ser tomadas en cuenta en una evaluación con orientación sistémica son: la visibilidad, frecuencia e intensidad de los síntomas; la probabilidad y gravedad de las crisis médicas; el papel que desempeñan los componentes genéticos; la complejidad, la frecuencia y la eficacia de los regímenes de tratamiento y la proporción de cuidados administrados en el hogar, en oposición a los cuidados hospitalarios; y la edad al comienzo de la enfermedad. Estos factores, aunque no sean componentes básicos en la tipología de la enfermedad, tienen importantes implicaciones en la adaptación individual y familiar, así como en las demandas económicas.

Fases temporales de la enfermedad

La historia natural de la enfermedad permite observarla como un proceso, desde un punto de vista longitudinal, es decir, a través del tiempo. Por lo tanto, durante su curso, serán necesarios cambios constantes en la organización familiar (Velasco y Sinibaldi, 2001). Al hablar de las fases temporales de una enfermedad crónica, Rolland (2000) establece el tiempo como una segunda dimensión a considerar en su desarrollo, ya que cada etapa tiene demandas psicosociales y tareas de desarrollo específicas. Describe tres fases principales: de crisis, crónica y terminal.

La fase de crisis usualmente inicia con síntomas que anteceden a un diagnóstico, incluyendo también el periodo de adaptación cuando se identifica el problema. Independientemente de cómo comience esta fase, las familias tienen la necesidad de sentir que se están conduciendo de una manera adecuada con respecto al problema, ya que suele ser un período angustioso, vulnerable e incierto, con expectativas muy altas y conductas que buscan obtener una sensación de control. Desde esta perspectiva sistémica, las familias se enfrentan con las siguientes necesidades: aprender a manejar el dolor, la incapacidad o cualquier síntoma que se relacione con la enfermedad; deben verse a sí mismos como una unidad funcional, aumentando la efectividad y la

sensación de control; deben lograr comprender la enfermedad en términos sistémicos, con las tareas de desarrollo de cada fase, pudiendo verse a sí mismos como un sistema dentro de un contexto con demandas prácticas y emocionales en el transcurso del tiempo; aprender a manejarse en el ambiente médico-hospitalario, enfrentándose a los procedimientos necesarios; y deben crear un significado para la enfermedad que aumente el sentido de competencia y la sensación de dominio, así como aprender a sobrellevar el duelo por la identidad perdida después del diagnóstico, recobrando un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro individual y familiar. El objetivo en esta etapa es reorganizar las metas dirigidas al futuro a partir de la flexibilización del sistema (Góngora, 2004; Rolland, 2000; Velasco y Sinibaldi, 2001).

La fase crónica, sin importar su duración, es el lapso de tiempo que transcurre entre el diagnóstico inicial y la fase terminal, el cual incluye un período de adaptación en donde predominan las ideas relativas a la muerte y la agonía, es decir, es la etapa en la que el individuo y la familia aprenden a vivir “día a día” con la enfermedad (Góngora, 2004; Rolland, 2000; Velasco y Sinibaldi, 2001). Rolland (2000) la describe como la etapa de convivencia cotidiana con la enfermedad, en donde la familia ha abordado, emocional y organizacionalmente, los cambios permanentes y han ideado un modo de vida viable. La tarea clave en esta fase es mantener una “vida normal” bajo “circunstancias anormales”, intentando mantener la máxima autonomía de todos los miembros de la familia a pesar de la tendencia a la dependencia y a los cuidados mutuos generados por la presencia de la enfermedad. Para ello, se debe crear un contexto de comunicación en donde se permita la libre expresión de necesidades individuales y grupales.

Por último, la fase terminal es aquella en la que la muerte se hace visible e inevitable, dominando la vida familiar con la anticipación de la muerte del ser amado. Conlleva períodos de duelo,

congoja y elaboración de la pérdida, así como la reanudación de la vida familiar. El dominio debe ser redefinido en función del proceso de preparación, práctica y emocional, para la muerte.

Rolland (2000) menciona períodos de transición entre cada una de las fases temporales, los cuales son de suma importancia para el proceso de adaptación individual y familiar, ofreciendo la oportunidad de reevaluar las prioridades y la estructura familiar según las demandas de desarrollo ligadas a la enfermedad y discapacidad. Suele ocurrir que las familias se quedan congeladas en las fases de transición, complicando o bloqueando el proceso de adaptación, debido a que cuando las enfermedades son crónicas se presenta tensión entre la autonomía y la dependencia, que pone a prueba las vulnerabilidades de las familias.

Variables claves del sistema familiar: la dinámica familiar en las enfermedades crónicas

La adaptabilidad de una familia ante las demandas de una enfermedad crónica dependerá de su flexibilidad, fortaleza y grado de compromiso para dar respuesta a la situación (Rolland, 2000). La mayoría de estas familias corren el riesgo de convertirse en sintomáticas, debido a que se encuentran sujetas a un estrés prolongado, agotando sus recursos materiales y emocionales.

Pautas organizativas de la familia

El funcionamiento de las familias se debe medir según la efectividad que tienen para organizar su estructura y sus recursos para superar los desafíos que conlleva toda enfermedad a lo largo del ciclo de vida. Cuando surge una enfermedad, la distribución de los roles y las funciones familiares necesitan redefinirse y renegociarse (Góngora, 2004; Rolland, 2000). Esta redefinición puede ser más difícil y complicada cuanto más importantes sean los roles o funciones que tenga la persona enferma en la familia. Por lo tanto, la enfermedad en los padres probablemente genere mayores cambios en la familia y dificultades para la adaptación, ya que son las personas que asumen los roles de cuidado, los roles económicos, de autoridad y de orden en la casa. Cuando

quien enferma es un hijo, es más probable que el ajuste estructural sea menor, lo cual no significa que emocionalmente sea más sencillo de sobrellevar.

Las redefiniciones pueden llevarse a cabo a través de una negociación explícita o implícita. Las negociaciones implícitas son aquéllas en las que alguien hace algo espontáneamente varias veces (por ejemplo, dar de comer al enfermo), sin que nadie cuestione esta función. Mientras que las negociaciones explícitas se llevan a cabo de manera abierta y consciente (por ejemplo, cuando el reparto de funciones se hace en contra de las pautas culturales ligadas al género: el no aceptar las funciones ejecutivas de los varones y las funciones de cuidado de las mujeres).

La flexibilidad es necesaria para la adaptación de la familia a los cambios internos y externos. Las familias que se encuentran en los extremos del continuo de adaptabilidad son las que presentan mayores problemáticas con cierto tipo de enfermedades. Por ejemplo, el estilo de funcionamiento de las familias rígidas, aquéllas que tienen problemas para afrontar los cambios, genera mayores dificultades de adaptación en el rápido cambio de roles que exigen las afecciones recurrentes; sin embargo, estas familias funcionan mejor con enfermedades de curso constante. En cambio, las familias caóticas y desorganizadas, aquéllas carentes de un liderazgo previsible y coherente, tienen más problemas cuando se requiere la estricta observancia de un régimen (Rolland, 2000).

Para adaptarse con mayor facilidad, las familias deben encontrar un equilibrio entre la necesidad de proximidad-conexión y el respeto por la separación-diferenciación, el cual va cambiando a medida que la familia se desplaza a lo largo del ciclo de vida. Suele ocurrir que las enfermedades crónicas incapacitantes pueden intensificar y prolongar estas transiciones de vida.

Con respecto a los límites interpersonales, las familias pueden ubicarse en un continuo que va del apego excesivo al desapego. En las pautas de apego excesivo se sacrifican las diferencias

individuales para generar y mantener un sentimiento de unidad, esperando que los miembros de la familia piensen y sientan igual. Por lo tanto, las diferencias, la separación y la privacidad se consideran amenazantes para la supervivencia del grupo familiar. Esto genera bloqueos en la formación de la identidad y de la autonomía. En cambio, las pautas de desapego en donde hay un nivel de cohesión bajo, se refuerzan constantemente las diferencias individuales por encima del grupo, dándole mayor importancia a la separación y la distancia a expensas de la conexión familiar; en un extremo esto puede llegar a fragmentar la unidad familiar, aislando a los miembros individuales del grupo familiar. Ambos extremos pueden llegar a convertirse en factores de riesgo que impidan lograr una estrategia de respuesta y adaptación familiar ante la enfermedad, sobre todo cuando las pautas se rigidizan en el tiempo o durante los períodos de transición entre una etapa y otra.

Las fronteras generacionales, las cuales mantienen la organización jerárquica de la familia, suelen quebrarse en presencia de enfermedades crónicas, particularmente en familias con un solo progenitor, de bajos ingresos económicos, en familias muy grandes o familias con un progenitor enfermo. En estos casos, alguno de los niños suele asumir la función de niño parental. Con frecuencia, esto es algo funcional y necesario para la supervivencia de la familia, pero puede convertirse en una situación dañina si las expectativas del rol se rigidizan e interfieren con las necesidades de desarrollo según la edad.

Las fronteras entre la familia y la comunidad también son de suma importancia, ya que frecuentemente las familias que conviven con una enfermedad grave tienden a aislarse del exterior, siendo necesario el contacto con diferentes redes sociales que las apoyen y las conecten con la comunidad.

Procesos de comunicación

En las familias que conviven con enfermedades graves por tiempos prolongados, es común que la comunicación que se deja sin aclarar o resolver tenga consecuencias patológicas, pudiendo provocar rupturas en las relaciones interpersonales (Rolland, 2000). Como profesional de la salud, es indispensable valorar la capacidad de cada miembro de la familia para comunicarse tanto de manera práctica-instrumental como emocional, siendo de suma importancia que la comunicación sea clara y directa. Rolland propone pautas específicas a observar: temas nocivos o delicados en donde la comunicación falla: las limitaciones de género; y las relaciones específicas en las que la comunicación es amplia e íntima y otras en las que está bloqueada y es distante.

Ningún estilo familiar es inherentemente “normal” o “anormal”, por lo cual la evaluación clínica debe valorar la concordancia entre organización y comunicación según las exigencias funcionales de las enfermedades crónicas dentro de los contextos social y de desarrollo. Alcanzar una fortaleza familiar requiere de flexibilidad a fin de movilizar pautas de respuesta alternativa ante los desafíos específicos de la enfermedad y discapacidad que someten a la familia a situaciones de estrés constantes.

Tanto el enfermo crónico como su familia necesitan darle un sentido a la enfermedad. Este significado surge de lo que cada uno cree y dice acerca del padecimiento, el cual seguramente tiene relación con el concepto de enfermedad transmitido generacionalmente o las "experiencias vivenciales" del pasado. También existe una base social en la construcción de este significado a partir de narrativas dominantes, las cuales dan una pauta de cómo funcionar, comportarse y adaptarse (Velasco y Sinibaldi, 2001).

El ciclo de vida familiar y las enfermedades crónicas

Cuando existe una enfermedad crónica, el tiempo se vuelve en un punto de referencia importante y central, ya que tanto el miembro enfermo como el resto de la familia tendrán que enfrentarse a diversos desafíos enfocados simultáneamente en el presente y el futuro, es decir, tienen que atender demandas emocionales y prácticas de la situación inmediata al mismo tiempo que planifican la manera de enfrentarse a la incertidumbre de una problemática en un futuro desconocido. El incluir la enfermedad crónica y las discapacidades en un marco de desarrollo y evolutivo puede facilitar la adaptación de la familia a la situación, es decir, comprendiendo la relación que existe entre el ciclo vital individual, familiar y el ciclo de la enfermedad crónica (Rolland, 2000).

Existe un momento en el ciclo de vida en el que la enfermedad crónica es normativa. El efecto particular que tendrá la enfermedad en cada persona depende de varios factores, por ejemplo, la edad en la cual comienza la enfermedad, los compromisos fundamentales en la vida de la persona en ese momento y la etapa del ciclo vital en la que se encuentre, tanto a nivel individual como familiar, lo cual también determinará el desarrollo de cada miembro de la familia.

Al ser la enfermedad parte de la vida de una persona, y ésta a su vez formar parte de una familia, es necesario observar y analizar la interacción entre el individuo y su sistema familiar. Para ello, Rolland (2000) propone el modelo de Combrink-Graham, basado en los conceptos de fuerzas centrífugas y centrípetas dentro de la familia. Lo centrípeto y lo centrífugo describen una tendencia constante de acercamiento y alejamiento de un centro; por lo tanto, en las familias, según cuál sea esta tendencia en sus miembros con respecto al núcleo, se pueden clasificar estilos familiares centrípetos o centrífugos. Es útil relacionar el ciclo vital de la familia con estos estilos para poder comprender de manera integral tanto al grupo como a los individuos (De la Revilla y Fleitas, 2003; Velasco y Sinibaldi, 2001).

El ciclo de vida familiar se puede definir como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución. Combrick-Graham concibe a las familias como una espiral en la que los componentes de tres generaciones oscilan a través del tiempo entre periodos de acercamiento y distanciamiento, los cuales en ocasiones coinciden con etapas del desarrollo familiar que requieren que los vínculos sean más intensos, es decir, que existan altos grados de cohesión familiar, como ocurre en las primeras etapas de crianza de los hijos, y otras etapas en las que las principales tareas se basan en potenciar la autonomía y la identidad individual de sus miembros, como por ejemplo, durante la adolescencia o con la salida de los hijos del hogar (De la Revilla y Fleitas, 2003; Rolland, 2000). De esta manera se logra representar el ciclo vital de cada individuo dentro de su familia y en relación con los ciclos de vida de los miembros de otras generaciones.

La familia, a lo largo del ciclo vital, adecúa las tareas del desarrollo con la necesidad de cohesionar o disgregar a sus miembros. Durante el período centrípeto, el grupo familiar se ve en la necesidad de interiorizar y centrar su vida, por lo cual, los límites externos se impermeabilizan y los límites individuales se hacen difusos para generar un trabajo como grupo familiar. En la transición al período centrífugo, y durante esta etapa, la estructura familiar cambia y se reacomodan los objetivos, enfatizando ahora el intercambio individual de cada miembro con el ambiente externo a la familia. Por lo tanto, el límite externo se pierde, aumentando la distancia entre los miembros (De la Revilla y Fleitas, 2003).

Las enfermedades crónicas, generalmente, ejercen una fuerza centrípeta sobre el individuo y la organización del grupo familiar, originando un período de acercamiento entre sus miembros. Lo anterior se debe a que factores como los síntomas, las incapacidades, el movimiento en los roles operativos y afectivos, y el miedo a la muerte, pueden ejercer presión en los miembros para

cohesionarse. Por lo tanto, la autonomía familiar y de los individuos se pone en riesgo, ya sea de manera temporal o a largo plazo dependiendo de la dinámica familiar y de la gravedad o duración de la enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Cuando la enfermedad inicia en un período centrípeto del ciclo vital de la familia, puede generar una prolongación o incluso una congelación en esta etapa; en cambio, cuando ésta llega a aparecer en un período centrífugo, se genera un cambio en los roles, planes y expectativas de cada miembro. La infantilización del miembro de la familia que padece la enfermedad y el surgimiento de nuevos roles, jerarquías y arreglos estructurales u organizacionales dentro del grupo familiar, provocarán que la familia adopte nuevamente una fuerza centrípeta. También, cuando la enfermedad aparece durante una fase de transición, pueden intensificarse los problemas relacionados con pérdidas de la etapa previa no resuelta o una sensación anticipada de duelo por los cambios de la siguiente etapa que no sucederán.

Usualmente, la familia experimenta una sensación de perder el control después de que se diagnostica una enfermedad crónica en alguno de sus miembros, lo cual puede llevarlos a actuar de manera impulsiva o a paralizarlos por completo. Es necesario que en este momento de extrema incertidumbre la familia se sostenga de una esperanza que los haga sentir que pueden obtener el control de la situación, jerarquizando sus prioridades, buscando información sobre la enfermedad y buscando recursos dentro de la propia familia y de la comunidad (Rolland, 2000; Velasco y Sinibaldi, 2001).

El impacto de la enfermedad depende del tipo psicosocial de la enfermedad y de los roles que tenía la familia antes del inicio de ésta. Generalmente, las familias con roles rígidos y definidas por los estereotipos de género, tendrán mayores problemas para adaptarse, por lo cual, deben ser orientadas hacia una perspectiva más flexible sobre el intercambio de roles. Al enfrentar una

enfermedad o discapacidad, las familias deben tener como objetivo principal el hacer frente a las demandas del padecimiento sin forzar a los miembros de la familia a sacrificar su desarrollo personal o el de la familia como sistema. Los factores significativos para el proceso de adaptación incluyen las creencias basadas en el género o definidas culturalmente sobre quién y cómo debe asumir la responsabilidad del cuidado del enfermo, las expectativas con respecto a la enfermedad y el sacrificio familiar, la cohesión familiar, la flexibilidad y los sistemas de creencias familiares, así como el tipo y la intensidad de los cambios en el ciclo de vida (Rolland, 2000).

Sistemas de creencias familiares acerca de la salud y la enfermedad

Las familias desarrollan un sistema de creencias compartidas acerca de cómo funciona el mundo, lo cual determina en gran medida la forma en la que interpretan las situaciones de su entorno. Por lo tanto, el conjunto de creencias que tengan acerca de la salud y la enfermedad influirá en cómo interpretan la enfermedad y el comportamiento que tendrán para procurar la salud. Dos personas con la misma enfermedad crónica experimentarán la enfermedad de maneras completamente diferentes debido a aquellas creencias que moldean su percepción e interpretación de la situación, lo cual también moldeará de manera distinta el proceso de recuperación (Rolland, 2000; Wright, Watson y Bell, 1996).

Las enfermedades crónicas tienen un fuerte impacto en distintas áreas de los individuos y sus familiares. En el caso de los individuos, se ve afectada su autoimagen, su funcionamiento fisiológico, su estado del ánimo, sus emociones y su capacidad cognitiva; en el caso de la familia, genera cambios importantes en su distribución, los roles, los patrones de interacción, el uso de sus recursos y la imagen colectiva. La interpretación que se haga con respecto a la enfermedad, así como los significados que se tengan sobre la situación, influirá de manera

significativa en la manera en la que la familia experimente la sensación de control y en la forma en la que cada uno se comportará frente a ésta. Cuando los individuos asumen el control de manera interna, es más probable que hagan lo necesario para que ésta no los domine. En cambio, cuando el control se asume de manera externa (Dios, los médicos, el azar), es probable que existan mayores dificultades para aceptar la enfermedad y hacerse cargo de la situación (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Por lo anterior, es necesario evaluar desde el inicio las creencias que tiene la familia con respecto a la enfermedad, su origen, las ideas que tienen con respecto a su influencia sobre el curso de la misma y las creencias con respecto a la vergüenza, la culpa o el reclamo que pueden bloquear el proceso de aceptación familiar. Las políticas nacionales y la psicología popular aún mantienen una tendencia a la internalización y localización de los problemas en el individuo o en la familia, los cuales son valores que, al interactuar con las creencias familiares, generan la sensación de que la pérdida de un familiar a causa de una enfermedad, significa debilidad o falta de carácter para luchar, convirtiéndose en una sensación de derrota y vergüenza. Es importante tomar en cuenta que las creencias y metáforas asignadas socialmente a las enfermedades crónicas, pueden generar actitudes que convierten en "víctimas" a los miembros de la familia, llevándolos a vivir esta situación con angustia, aislamiento y secreto. Los componentes más poderosos para la adaptación del individuo y su familia son las creencias que tengan sobre la enfermedad y la percepción de los posibles beneficios que obtendrán al enfrentarla (Velasco y Sinibaldi, 2001; Wright, Watson y Bell, 1996).

El principal desafío para la familia es la creación de un significado para la enfermedad que fomente un sentimiento de control y capacidad en un contexto de pérdida, discapacidad y muerte. Las creencias familiares relacionadas con la salud que fortalecen a sus miembros pueden

ayudarles a enfrentar el temor a la muerte, la negación de la situación, los esfuerzos por mantener su vida como era antes de que la enfermedad apareciera y los intentos de reafirmación del control cuando está presente el sufrimiento y a veces la muerte (Rolland, 2000).

Arthur Kleinman distingue tres niveles de significado en las enfermedades que da una perspectiva ecosistémica de la situación: dimensión biológica, dimensión simbólica y dimensión social. La dimensión biológica es la descripción e interpretación exclusivamente biomédica del padecimiento. La dimensión simbólica es la experiencia humana de los síntomas y el sufrimiento; representa la manera en que el paciente y su familia perciben los síntomas y la discapacidad, así como la manera en que conviven y responden ante ellos; también representa una serie de significados biológicos, personales, familiares y culturales que se combinan para formar una idea coherente de la situación. Finalmente, la dimensión social representa los significados asociados a la enfermedad como resultado de fuerzas sociales, económicas, políticas o institucionales (Rolland, 2000).

Los sistemas de creencias pueden mirarse como aquéllos mediadores o traductores entre la enfermedad biológica y la experiencia personal y familiar de la enfermedad. Cuando el profesional evalúa las creencias familiares, es necesario identificar primero aquéllas que contribuyan a la identidad familiar. Los antropólogos Florence Kluckhohn y Fred Strodtbeck proponen una teoría en la que analizan las cinco orientaciones de valor (Cabeza, Corella y Jiménez, 2013; Rolland, 2000):

- La naturaleza humana. Definida como buena, mala o neutra/mixta y como inmutable o mutable.
- La relación del ser humano con la naturaleza. El sometimiento a la naturaleza, armonía con la naturaleza y dominio de la naturaleza, es decir, la localización del control.

- La orientación en el tiempo. ¿Se le da prioridad al presente, pasado o futuro?
- La orientación hacia la actividad. Ser, ser en el cambio y hacer. Los dos primeros le dan importancia a lo que ya es, mientras el tercero se enfoca en esforzarse en lograr algo más.
- Las relaciones humanas. Es lineal (jerárquica/intergeneracional), colectiva o individualista. Este valor es análogo a las creencias acerca de la cohesión familiar.

En la fase inicial de crisis, es importante indagar acerca de las creencias centrales en la familia que le dan forma a lo que piensan sobre la enfermedad y las estrategias que tienen para manejarla. Se debe buscar comprender el sistema de creencias general de la familia, aquellas creencias que se ponen en juego debido a las tensiones que genera la enfermedad crónica en el tiempo y los significados asociados a la dolencia. Para indagar exhaustivamente se deben abordar los siguientes puntos: la normalidad; la relación cuerpo-mente; el control y el buen manejo de las situaciones; optimismo/pesimismo; reglas de la comunicación; significados que la familia atribuye a los síntomas; supuestos acerca de las causas de la enfermedad; legados multigeneracionales, creencias étnicas, culturales y de género acerca de los roles y el comportamiento esperado; rituales familiares; y ciclos de vida individuales y familiares (Rolland, 2000).

Evaluación de los recursos de la familia

La funcionalidad de una familia frente a una enfermedad crónica dependerá de los recursos que tenga para enfrentar la situación: la autonomía de sus miembros, la existencia de límites generacionales claros, el estilo de comunicación, la capacidad para expresar los afectos de manera clara y directa, y la existencia de un sistema que permita la entrada y salida de información y de nuevas relaciones, así como su habilidad de resolución de conflictos y problemas. También, el efecto psicológico en el afectado y su familia depende del tipo de

enfermedad a la que se estén enfrentado, considerando los efectos sociales de ésta, ya que la manera en la que la sociedad responde ante determinada enfermedad, influirá en las facilidades que se le ofrecen al afectado y a su familia para la rehabilitación y adaptación (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Las demandas de la enfermedad y la gravedad de la misma, influyen enormemente en el grado de adaptación familiar. También es importante considerar la expresión emotiva, la estabilidad familiar y marital, la cohesión del grupo, las emociones negativas no expresadas y la depresión o ansiedad que estén viviendo cada uno de los miembros. La poca adaptación familiar también está relacionada con la aparición de otros factores estresantes en el contexto. Es por esto que la flexibilidad en los roles y en las reglas familiares son un recurso que contribuye a que la familia pueda resistir y adaptarse al impacto desorganizante y al estrés provocado por la enfermedad. También, las familias con mejor sostén económico y emocional tienen mayores probabilidades y oportunidades de adaptarse con mayor efectividad a la situación.

La actitud de las familias es de suma importancia para determinar el curso de la enfermedad, así como para el mejoramiento o exacerbación de los síntomas. Para Leahey y Wright (1985, citado en Velasco y Sinibaldi, 2001), los puntos importantes a evaluar en las familias con un enfermo crónico son los siguientes:

- El nivel de tolerancia de los familiares ante las condiciones físicas del enfermo.
- El nivel de estrés de la familia y los patrones de conducta que puedan ser efectivos o perjudiciales.
- La participación de la familia en alentar o desalentar al enfermo crónico para que participe en algún tipo de terapia o tratamiento.
- La reacción de la familia ante una conducta “particular” del afectado.

- Las dificultades de la familia para adaptarse a la enfermedad por falta de información.
- Las expectativas con respecto a la enfermedad, el enfermo, la familia y ellos mismos.
- La percepción de la familia sobre la enfermedad, así como su habilidad para manejarla.

La enfermedad crónica y las discapacidades asociadas a ella, son situaciones que interactúan con los recursos y capacidades de adaptación y enfrentamiento no sólo del individuo que la padece, sino de toda su familia. Desde el punto de vista sistémico, la enfermedad provoca cambios en la organización y el funcionamiento familiar, lo cual requiere cambios constantes en varios niveles, con la finalidad de que la familia logre adaptarse a las demandas psicosociales y a todo el proceso que implica el padecimiento.

Enfermedad crónica en el adulto

El adulto vive el momento del diagnóstico de una enfermedad crónica como una crisis, en cuyo curso, la persona tendrá que enfrentarse a problemas secundarios ligados al padecimiento que también serán difíciles de sobrellevar. Los cambios generados por la enfermedad dependerán del momento del ciclo vital familiar e individual en el que aparezca, así como de la edad, sexo y estado civil del afectado, del tipo de enfermedad, el grado de discapacidad y las redes de apoyo con que cuente el sistema (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Cuando el adulto con una vida laboral, enferma, generalmente se siente inútil en el trabajo, y mal proveedor en caso de tener familia que dependa de él o ella, una carga económica para el hogar y probablemente víctima de apatía y una sensación de invalidez. Es de gran importancia el afectado encuentre una manera de volver a sentirse útil y necesario para la familia y la comunidad. El reto de vivir con una enfermedad puede ser más difícil de enfrentar cuando la persona es muy joven, soltero, mujer o con un nivel socioeconómico medio o bajo.

Una persona muy joven verá la situación como frustrante para su crecimiento y desarrollo futuro, mientras que un adulto de mediana edad probablemente pueda adaptarse más rápidamente. Por otro lado, un individuo soltero, sobre todo cuando vive solo, no contará con el apoyo necesario para sobrellevar las demandas de la enfermedad, por lo que tendrá que recurrir a su familia de origen para lograrlo, enfrentándose a la pérdida de su independencia y de su libertad. Finalmente, las mujeres que han sido educadas por tradición a cuidar de los demás (hijos, pareja, padres), al ser ellas las que padecen una enfermedad crónica, se encuentran ante el hecho de que en vez de cuidar a otros tendrán que ser cuidadas, complicando en ocasiones la adaptación al padecimiento y a los nuevos roles.

Enfermedad en la pareja

Las enfermedades crónicas pueden tener consecuencias devastadoras para la pareja, ya que ponen a prueba las reglas y los límites de la relación.

Cuando la enfermedad crónica aparece en alguno de los miembros de la pareja, el patrón de intimidad puede llegar a modificarse drásticamente, o incluso a desaparecer, debido a las diferencias y conflictos que puedan generarse entre el miembro enfermo y el sano, quien comúnmente es quien proporciona la ayuda y atención necesaria. Usualmente, el cónyuge sano puede llegar a experimentar un cambio negativo en sus emociones y sentimientos, por ejemplo, puede surgir el deseo de que el compañero muera para detener el sufrimiento generado por la enfermedad o para retomar su forma de vida previa, lo cual puede causar vergüenza y culpa. También, es probable que el cónyuge sano tenga que enfrentarse con problemas financieros y cambios de vida que comenzarán a agotarlo, tanto física como emocionalmente. Para superar estas dificultades, las parejas deben lograr mantener la relación equilibrada y viable al mismo tiempo que luchan en contra de la incertidumbre y los constantes cambios, intentando establecer

objetivos normativos del ciclo de vida a pesar de la amenaza de pérdida (Rolland, 2000; Velasco y Sinibaldi, 2001).

El comienzo de una enfermedad crónica desafía los límites físicos y emocionales de la pareja, siendo ésta un tercero o huésped no invitado que debe ser incorporado a la vida de las personas. El tipo de enfermedad determinará las demandas psicosociales y la manera en que se desarrollará a través del tiempo. Cuando la incapacitación es grave, ésta producirá un efecto permanente en la relación; en cambio, cuando la afección es recurrente, el efecto será intermitente.

Las asimetrías naturalmente generadas por la necesidad de cuidado y dependencia del cónyuge enfermo, suelen ser problemáticas, provocando ambigüedad, incertidumbre y dificultades en temas como el poder, la jerarquía y la reciprocidad. Las expectativas de la pareja de compartir roles y funciones equitativos se ven amenazadas y en ocasiones se vuelven imposibles de mantener, por lo cual, es necesaria la renegociación de una nueva forma de equilibrio y de equidad.

Cuando el miembro enfermo es infantilizado por su cónyuge, se amplifican las áreas de protección y apoyo en el ámbito de la pareja, es decir, el área de cuidado. Esto reduce el área de igualdad y compañerismo, disminuyendo la vida de pareja y el tiempo compartido: actividades en común, negociación y resolución de los conflictos, la toma de decisiones en conjunto y la vida sexual. Probablemente, ante tales circunstancias, le sea más fácil a una mujer el aceptar la posición de cuidadora, mientras que para un varón sea más difícil.

Según el tipo de enfermedad, las parejas pueden inclinarse hacia determinadas pautas asimétricas (Rolland, 2000): enfermo vs saludable, discapacitado vs capaz, dolorido vs libre de dolor, dependiente vs independiente, confinado vs libre. Las asimetrías pueden generar fácilmente sentimientos de enojo, resentimiento o culpa. Si los cónyuges sanos desarrollan a largo plazo,

una pauta de ocultamiento de las propias necesidades, objetivos y metas, con el objetivo de proteger y no ofender a sus compañeros incapacitados, es inevitable que surja un mutuo resentimiento y un sentimiento de culpa.

Para tener un mayor control de la situación, es necesario que las parejas conozcan la tipología y las fases temporales de la enfermedad a la que se enfrentan, con el objetivo de identificar aquellos períodos de asimetría que serán inevitables, así como qué aspectos de la relación se encuentran en un mayor riesgo de desequilibrio. Por ejemplo, en las enfermedades progresivas, se requieren cuidados cada vez mayores, y finalmente se harán totales y permanentes. En este tipo de afecciones, las parejas encontrarán mayores dificultades para trazar un límite viable entre el futuro (cuando se vincularán como paciente y cuidador) y el presente (cuando aún pueden vinculares como compañeros de manera equitativa).

Las parejas deben saber en qué circunstancias los cuidados pueden ser brindados por ellos mismos, o en qué momento deben ser brindados por otra persona o a partir de una intervención profesional. Lo anterior tiene como objetivo establecer límites saludables, de manera que la inercia de la dependencia y los temores del cónyuge afectado y la compasión del cónyuge sano, no tomen control sobre la situación, impidiendo utilizar recursos y soluciones que los ayuden de manera más eficaz a ambos.

Las parejas necesitan negociar las ideas acerca de los roles de cuidador y paciente ajustados a la realidad y demandas que brinda la enfermedad.

Corea de Huntington

La enfermedad de Huntington (EH) es un trastorno neurodegenerativo hereditario del sistema nervioso central que afecta principalmente a los ganglios basales. Se manifiesta en el adulto a una edad variable, típicamente entre los 30 y los 40 años de edad, pero también existen formas

juveniles y tardías. Se estima que la prevalencia en la población caucásica es de 1/10,000-1/20,000. La EH se caracteriza por la asociación de trastornos motores (síndrome coreico, distonía, trastornos posturales que pueden provocar caídas, disartria y trastornos de la deglución), trastornos psiquiátricos y conductuales (modificaciones del carácter, síndrome depresivo, a veces trastornos psicóticos) y trastornos cognitivos (Orphanet, 2011).

Estos síntomas evolucionan hacia un empeoramiento progresivo y conducen, en un período de 10 a 20 años, a un síndrome demencial con un estado de postración en cama y caquexia. El manejo debe ser multidisciplinario y se basa en el tratamiento de los síntomas con el fin de mejorar la calidad de vida. La EH se trata con bloqueadores de los receptores de dopamina. Puede ser necesario el uso de medicación y cuidados no médicos para la depresión y el comportamiento agresivo. La progresión de la enfermedad lleva a una completa dependencia en la vida diaria, lo que da lugar a que los pacientes requieran cuidado a tiempo completo, y finalmente la muerte. La causa más común de fallecimiento es la neumonía, seguida por el suicidio.

Enfermedad crónica en el niño

El concepto de salud y enfermedad que tienen los niños depende del grado de complejidad de la enfermedad, la edad del infante y la presencia de signos y síntomas. Velasco y Sinibaldi (2001) refieren que los niños logran comprender los aspectos específicos de la enfermedad hasta que crecen y maduran, y que es a partir de la adolescencia cuando puede resultar más significativo el hecho de tener un padecimiento.

Al parecer, la noción dominante para el niño del significado de la enfermedad, usualmente se define en términos de los síntomas que ésta produce. Un niño de 5 a 7 años no podrá comprender y explicar las diferencias que existen entre un padecimiento y otro; entre los 7 y 9 años, el niño dominará el criterio del síntoma y su localización; a los 10 años, el niño podrá diferenciar los

padecimientos por su causa; y entre los 10 y 13 años, podrá establecer una tipología de enfermedades según la causa, el mecanismo de acción y el modo de transmisión.

Cuando la enfermedad o incapacidad se manifiesta en los hijos, la familia se reorganiza para hacer frente a eventos inesperados como presiones económicas, disponibilidad de tiempo, el sufrimiento y las preocupaciones. Esta reorganización ayuda a que el niño reciba el apoyo físico y emocional que necesita. Sin embargo, cuando esta reorganización se rigidiza en el tiempo, los patrones adaptativos pueden llegar a generar problemas emocionales, interfiriendo con la individuación y autonomía del paciente y de otros miembros de la familia. Y si además, existen serias dificultades en la comunicación, esto podría llevarlos a una desintegración familiar (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Discapacidad intelectual (retraso mental)

La discapacidad intelectual es una afección diagnosticada antes de los 18 años de edad, la cual incluye un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio y una carencia de habilidades necesarias para la adaptación a la cotidianidad (MedlinePlus, 1997). La discapacidad intelectual afecta alrededor del 1 al 3% de la población, y sólo en el 25% de los casos se puede encontrar una causa específica. Algunos factores de riesgo relacionados con las causas son: infecciones, anomalías cromosómicas, factores ambientales, factores metabólicos, factores nutricionales, factores provocados por sustancias tóxicas y traumatismos.

Algunos de los síntomas con los cuales se podría sospechar de una discapacidad intelectual son:

- Retraso en el desarrollo de habilidades motrices, destrezas del lenguaje o habilidades de autoayuda.
- Dificultades para crecer intelectualmente y comportamiento infantil continuado.
- Falta de curiosidad.

- Problemas para mantenerse al día en la escuela.
- Dificultades para adaptarse a situaciones nuevas.
- Dificultad para entender y acatar reglas sociales.

El tratamiento de una discapacidad intelectual tiene como objetivo el desarrollo al máximo del potencial de la persona, a partir de entrenamiento y educación especial desde la infancia. Generalmente la terapia conductual puede ser de utilidad para el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales. El desenlace clínico o pronóstico dependerá de la gravedad y la causa de la discapacidad, de afecciones adjuntas y del tipo de tratamiento o terapias.

Ataques epilépticos (convulsiones)

Una crisis epiléptica se da cuando la persona tiene determinados síntomas físicos o cambios en el comportamiento que ocurren después de un episodio de actividad eléctrica anormal en el cerebro. Las convulsiones se caracterizan por un temblor incontrolable del cuerpo que es rápido y rítmico, con los músculos contrayéndose y relajándose de forma repetitiva (MedlinePlus, 2016).

Existen varios tipos de crisis epilépticas, siendo algunas difíciles de detectar por tener síntomas leves y carecer de los temblores, pasando inadvertidas. Los síntomas específicos dependen de la parte del cerebro que se encuentre comprometida. Algunos de ellos incluyen: desvanecimiento breve seguido de confusión, babeo o espuma en la boca, movimiento de los ojos, pérdida del control de esfínteres, cambio repentino del estado de ánimo, estremecimiento de todo el cuerpo, caídas repentinas, espasmos musculares incontrolables con movimientos espasmódicos en las extremidades, etc. Estos síntomas pueden detenerse después de unos segundos o continuar por varios minutos.

Las crisis epilépticas son generadas por actividad eléctrica desorganizada y repentina en el cerebro, siendo algunas de las causas: niveles anormales de sodio o glucosa en la sangre,

infección cerebral, lesiones cerebrales durante el nacimiento, anomalías cerebrales congénitas, tumores cerebrales, epilepsia, fiebre, insolación, etc.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas

3.1.1 Casos Atendidos

La residencia en Terapia Familiar contempla el desarrollo de capacidades y habilidades terapéuticas a través de la práctica clínica supervisada, bajo distintas modalidades, supervisores y en distintos escenarios. En esta sección se presenta un cuadro de los casos atendidos a lo largo de la formación en la supervisión en todas sus modalidades y cedos. Posteriormente, se desarrollan, de modo detallado, dos casos clínicos que atendí bajo supervisión, uno donde trabajé como coterapeuta con el Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y el otro, como terapeuta principal supervisada por el Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Ambos fueron abordados con el Modelo Dialógico de Milán.

	MODALIDAD	CASO	TERAPEUTAS	PARTICIPACIÓN	MODELO	SUPERVISOR	NO. DE SESIONES	MOTIVO DE CONSULTA	ESTADO DEL PROCESO	SEDE
1	Individual	Manuel	Gabriela y Darío	Equipo terapéutico	MRI	Miriam Zavala	8	Separación de su pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
2	Familiar	Laura	Gabriela y Darío	Equipo terapéutico	Sistémico	Noemí Díaz	13	Ausencia del padre	Alta	Dr. Guillermo Dávila
3	Pareja	Tere y Manuel	Elizabeth y Darío	Equipo terapéutico	Estructural	Carolina Díaz-Walls	6	Infidelidad	Baja	Dr. Guillermo Dávila
4	Familiar	Fam. De la Rosa	Darío	Equipo terapéutico	Milán	Carolina Díaz-Walls	5	Violencia	Baja	Dr. Guillermo Dávila
5	Familiar	Daniel y Andrea	Roxana y Darío	Equipo terapéutico	Estratégico	Luz María Rocha	8	Falta de apoyo por parte de ambos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
6	Pareja	Montse y Manuel	Andrea y Darío	Co terapeuta	Soluciones	Miriam Zavala	8	Problemas de pareja	Baja	Dr. Guillermo Dávila
7	Individual	Arturo	Darío	Equipo terapéutico	Sesión única	Nora Rentería	1	Incertidumbre por la separación con su pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
8	Pareja	Benjamín y Pilar	Darío	Equipo terapéutico	Narrativo	Nora Rentería	7	Problemas de educación con su hija	Alta	Dr. Guillermo Dávila

9	Pareja	E y J	Cecilia y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Luz Ma. Rocha	7	Infidelidad	Alta	Dr. Guillermo Dávila
10	Pareja	F y J	Cecilia y Gabriela	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	6	Conflictos por manejo de la ira y falta de confianza	Alta	Dr. Guillermo Dávila
11	Pareja	E y J	Cecilia y Paola	Equipo terapéutico	Soluciones	Miriam Zavala	5	Dificultades para llegar a acuerdos en la relación	Alta	Dr. Guillermo Dávila
12	Pareja	A y L	Cecilia y Elizabeth	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	1	Violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
13	Familia	Fam. H. P	Cecilia y Elizabeth	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	7	Separación de la pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
14	Individual	H.	Cecilia	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	5	Acompañamiento en proceso de separación de pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
15	Individual	C.	Cecilia y Nancy	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	4	Búsqueda de su propio proyecto de vida	Alta	Dr. Guillermo Dávila
16	Individual	G.	Cecilia y Nancy	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	4	Búsqueda de autonomía	Alta	Dr. Guillermo Dávila
17	Individual	A.	Cecilia	Equipo terapéutico	Sesión única	Nora Rentería	1	Duelo	Alta	Dr. Guillermo Dávila
18	Individual	G.A.	Paola	Equipo terapéutico	Narrativa	Nora Rentería	12	Cierre de ciclos y violencia de género	Alta	Dr. Guillermo Dávila
19	Familia	T. y A.	Paola y Nancy	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí	14	Agresión del hijo y falta de límites	Alta	Dr. Guillermo Dávila
20	Pareja	L. y J.	Paola y Nancy	Equipo terapéutico	Estratégico	Luz Ma. Rocha	4	Problemas de comunicación y violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
21	Familia	Fam. V.	Elizabeth y Paola	Equipo terapéutico	Milán	Gerardo Reséndiz	5	Abusos sexuales	Alta	Dr. Guillermo Dávila
22	Individual	S.L	Nancy y Anaid	Equipo terapéutico	Centrado en soluciones	Gilberto Limón	6	Problemas de pareja y retomar proyectos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
23	Individual	F.M	Nancy	Equipo terapéutico	Sesión única	Nora Rentería	1	Problemas en el área laboral	Alta	Dr. Guillermo Dávila
24	Pareja	F y M	Nancy y Elizabeth	Equipo terapéutico	Centrado en Soluciones	Miriam Zavala	4	Falta de comunicación y violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
25	Familia	L.S	Nancy	Equipo terapéutico	Milán II	Gerardo Reséndiz	2	Huida del hijo y problemas de comunicación	Baja	Dr. Guillermo Dávila
26	Familia	Fam. M.	Elizabeth y Andrea	Co terapeuta	Estratégico	Luz María Rocha	14	Problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
27	Individual	A. P.	Elizabeth	Equipo terapéutico	Narrativa	Nora Rentería	14	Revelación de preferencia sexual homosexual	Alta	Dr. Guillermo Dávila
28	Individual	D. H.	Elizabeth y Andrea	Co terapeuta	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	3	Problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo

										Dávila
29	Familiar	Fam. R	Andrea y Victoria	Co terapeuta	Estratégico	Noemí Díaz	1	Problemas con los hijos	Baja	Dr. Guillermo Dávila
30	Pareja	Fam. CL	Andrea y Victoria	Co terapeuta	Estratégico	Noemí Díaz	11	Violencia en la pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
31	Familiar	Fam. RF	Andrea y Victoria	Co terapeuta	Estratégico	Noemí Díaz	7	Alcoholismo, problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
32	Familiar	Fam. MR	Andrea y Gerardo Reséndiz	Co terapeuta	Milán II	Gerardo Reséndiz	8	Duelo	Alta	Dr. Guillermo Dávila
33	Familiar	Fam. AC	Andrea	Terapeuta	Milán I	Carolina Díaz-Walls	4	Alcoholismo, problemas en los hijos	Baja	Dr. Guillermo Dávila
34	Familiar	Familia L-V	Gabriela, Anaïd y Roxanna	Equipo terapéutico	Sistémico Soluciones	Noemí Díaz	7	Problemas con los hijos	Baja	Dr. Guillermo Dávila
35	Familiar	Familia CL	Anaid y Roxanna	Equipo terapéutico	Estratégico	Mtra. Noemí Díaz Marroquín	10	Problemas con su hija	Alta	Dr. Guillermo Dávila
36	Individual	Fam. SV	Victoria	Equipo terapéutico	Estructural Narrativo	Dra. Carolina Díaz-Walls Dra. Nora Rentería Cobos	17	Problemas de pareja Crianza de hijo Violencia intrafamiliar	Alta	Dr. Guillermo Dávila
37	Individual	D.	Andrea	Terapeuta	Sesión Única	Mtra. Nora Rentería	1	Dificultad para tomar decisiones	Alta	Dr. Guillermo Dávila
38	Familiar	Fam. Abarca	Dario	Equipo terapéutico	Milán	Gerardo Reséndiz	2	Separación violenta de los padres	Baja	INR
39	Familiar	Fam. Hernández	Dario	Equipo terapéutico	Milán	Gerardo Reséndiz	1	Problemas de límites con sus hijos	Baja	INR
40	Familia	Fam. V	Cecilia	Equipo terapéutico	Milán	Gerardo Reséndiz	2		Alta	INR
41	Familia	Fam. A.M	Cecilia	Equipo terapéutico	Milán	Gerardo Reséndiz	6	Reorganización familiar a raíz de un evento cerebral vascular en uno de los miembros	Alta	INR
42	Familia	Fam. G.L	Cecilia	Equipo terapéutico	Milán	Gerardo Reséndiz	2	Duelo	Alta	INR
43	Pareja	R y D	Cecilia	Equipo terapéutico	Milán	Gerardo Reséndiz	6	Violencia de género	Baja	INR
44	Familiar	Fam. GG	Andrea	Terapeuta	Milán II	Gerardo Reséndiz	4	Problemas con los hijos	Alta	INR
45	Familiar	Fam. VR	Andrea	Terapeuta	Milán II	Gerardo Reséndiz	4	Violencia	Baja	INR
46	Individual	Fam. MQ	Andrea	Terapeuta	Estratégico	Mtra. Ana María Ramírez, Dr. Flavio Sifuentes	18	Abuso sexual en la hija	Alta	Navarro
47	Familiar	Fam. LV	Andrea	Terapeuta	Estratégico	Mtra. Ana María Ramírez, Dr. Flavio Sifuentes	32	Alcoholismo, conductas de riesgo en la hija	Alta	Navarro
48	Familiar	Fam. GA	Andrea	Terapeuta	Estratégico	Mtra. Ana María Ramírez, Dr. Flavio Sifuentes	30	Problemas de pareja y con los hijos	Alta	Navarro
49	Individual	Fam. LDO	Andrea	Terapeuta	Estratégico	Mtra. Ana María Ramírez, Dr. Flavio	19	Duelo, problemas con las hijas	Alta	Navarro

						Sifuentes				
50	Individual	Fam. TS	Andrea	Terapeuta	Estratégico	Mtra. Ana María Ramírez, Dr. Flavio Sifuentes	15	Estrés postraumático , duelo	Alta	Navarro
51	Familiar	Fam. NR	Andrea	Terapeuta	Estratégico	Mtra. Ana María Ramírez, Dr. Flavio Sifuentes	6	Violencia, problemas de pareja y con los hijos	Baja	Navarro
52	Individual	Fam. LA	Andrea	Terapeuta	Estratégico	Mtra. Ana María Ramírez, Dr. Flavio Sifuentes	13	Problemas con los hijos	Baja	Navarro

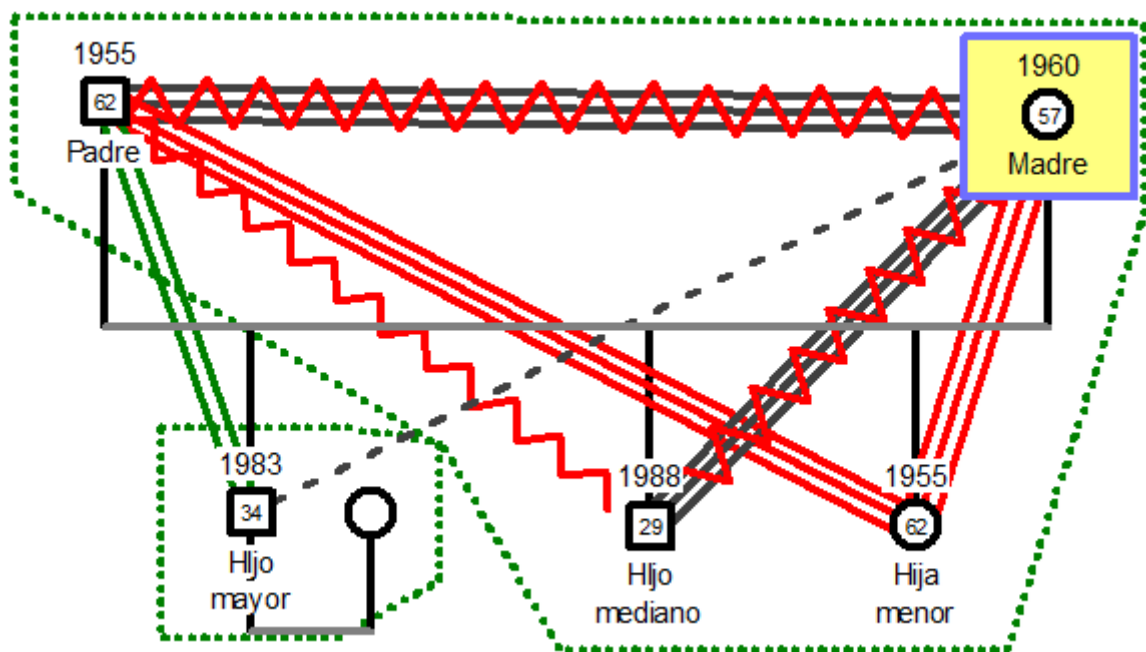
3.1.2. Caso 1: Familia M. R.

Miembro de la familia	Edad	Escolaridad	Ocupación
Padre	62 años	Licenciatura en Administración	Taxista (quiebra su negocio)
Madre	57 años	Preparatoria	Ama de casa
Hermano mayor	34 años	Licenciatura en Derecho y Psicología	Abogado
Hermano mediano	29 años	Preparatoria trunca	Organización de eventos
Hermana menor	22 años	Licenciatura en Psicología	Estudiante y organización de eventos

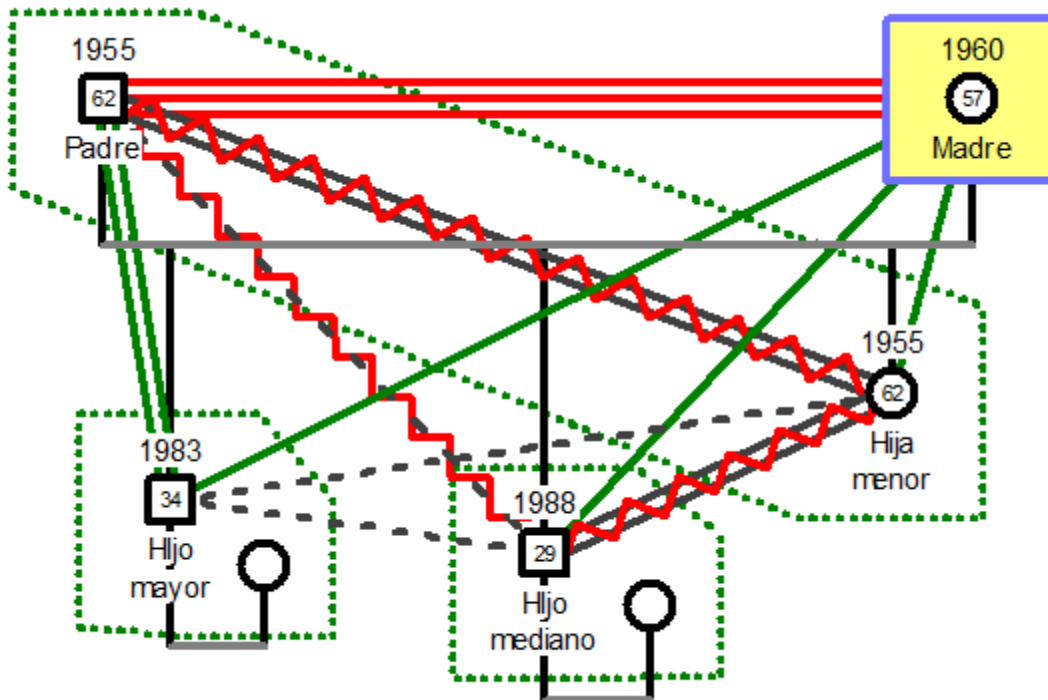
Número de sesiones: 11

Familiogramas:

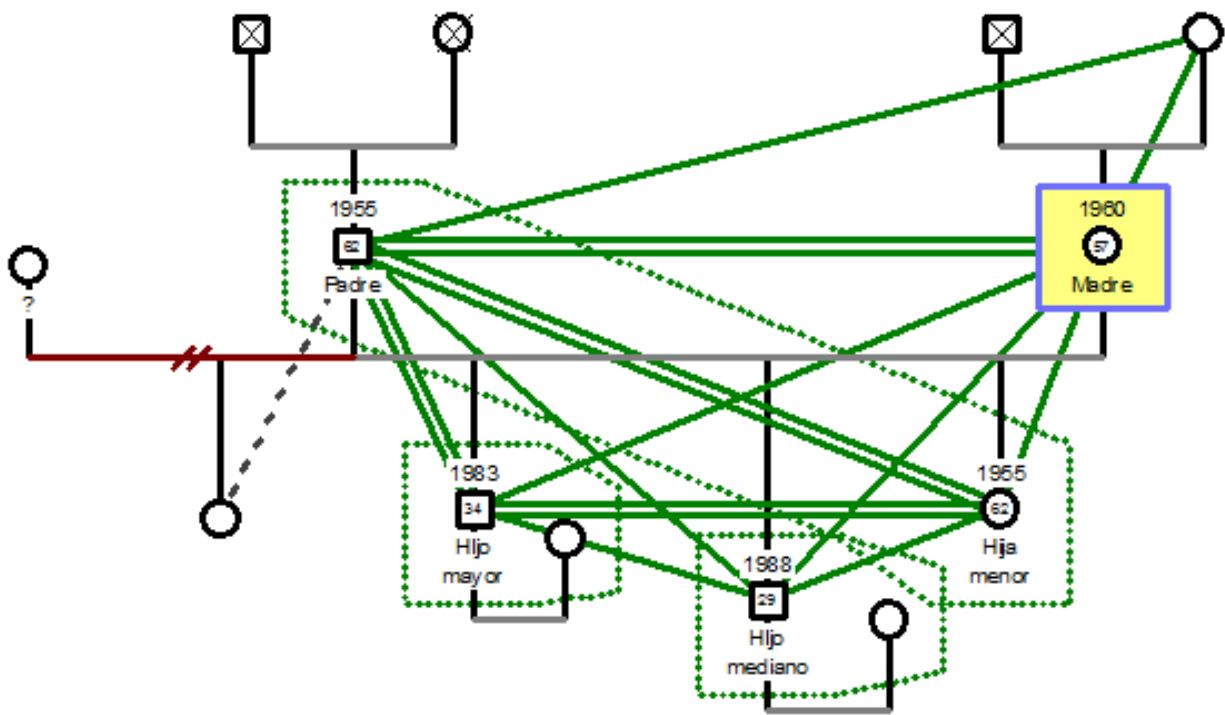
Al inicio de la terapia



A la mitad de la terapia



Al final de la terapia



Motivo de consulta: La familia es derivada a terapia familiar para trabajar el duelo de la enfermedad de la madre (Corea de Huntington) y la decisión de internarla. Inicialmente el hermano mediano acude el Centro de Servicios Psicológicos pidiendo una terapia individual, describiéndose como deprimido, sin control de sus impulsos y mencionando que descarga su enojo constantemente con su madre. Viene también por el temor a padecer la enfermedad. Busca apoyo emocional para aceptar y lidiar con la enfermedad de su madre. Los refieren a terapia familiar.

Categorías diagnósticas médicas o psiquiátricas: La madre padece Corea de Huntington y ha tendido varios infartos cerebrales de poca intensidad.

Fuente de referencia: Martha López (entrevista inicial). Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, Facultad de Psicología, UNAM.

Tiempo en lista de espera: Menos de un mes.

Terapeutas: Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez / Psic. Andrea Anaya Acosta.

Supervisor: Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez/ Mtro. Giovanni Martínez Ortega.

Equipo terapéutico: Aldrete Rivera Elizabeth, Carreño Fernández Paola Anaid, Casas López Anaid Georgina, Cervantes Camacho Victoria, Cervantes Galicia Gabriela, Estrada Tosca Cindy Roxanna, Fajardo Escoffí Elia Cecilia, Morales Aguilar Nancy Isabel y Villela Soto Luis Darío.

Modelo utilizado: Modelo Dialógico de Milán

3.1.2.1. Integración de los expedientes del trabajo clínico

Sesión 1: 30/septiembre/2015

Acuden: Padre, madre, hermano mayor, hermano mediano, hermana menor.

Acude toda la familia a la sesión. El padre, tiene 62 años, actualmente es taxista, pero trabajó como Licenciado en Administración. Es el proveedor primario y el principal cuidador de su

esposa. La madre tiene 57 años y padece una enfermedad genética llamada Corea de Huntington. El hermano mayor, de 34 años, estudió la carrera de Derecho y actualmente está cursando Psicología; vive con su pareja y está en terapia individual. El hermano mediano, de 29 años, estudió hasta la preparatoria y trabaja organizando eventos corporativos, viajando constantemente fuera de la ciudad; está pensando en estudiar Turismo. La hermana menor, de 22 años, estudia Psicología en la Facultad y le interesa dedicarse a la clínica; ya ha estado en un proceso terapéutico.

La familia viene a terapia por las dificultades que han tenido para aceptar y adaptarse a la enfermedad de Margarita, detectada hace cuatro años, y por las consecuencias familiares e individuales que han tenido por el gran deterioro físico y cognitivo del último año. También están lidiando como las emociones que les provoca el haber tomado la decisión de internar a la madre en un asilo. Toman esta decisión porque la madre se queda mucho tiempo sola en casa, sufriendo caídas cada vez más constantes, sabiendo que estará mejor con alguien que sepa cómo cuidarla.

Mencionan una gran dificultad en todos de comunicarse y de expresarse emocionalmente, así como intolerancia hacia los demás, ya que cada uno ha vivido el duelo de manera individual. Se manifiesta la expresión emocional como debilidad. La madre tenía un rol central en la conexión emocional de la familia, por lo que existe miedo de separación y desunión de los miembros cuando ella ya no esté en casa. Existe reclamo del padre hacia sus hijos por no sentirse apreciado en lo que ha hecho por ellos y por su esposa.

Se habla de cómo han ido acomodando individualmente el nuevo rol e imagen de la madre. El padre piensa que ya perdieron a su esposa. La hermana menor ha tenido muchas dificultades para acomodar la imagen enferma de la madre, ya que menciona que incluso ha cambiado mucho

físicamente. Ahora la ve como su hija y se ha dado un cambio completo de los papeles. El hermano mayor menciona que al sentir que la madre ya no era su mamá, se alejó; ahora dice entenderlo, y piensa que ya pasó por la etapa de negación, recordando lo que su madre es para él. El hermano mediano es el que menciona sentirse peor, con mucho enojo y tristeza, pero lo que sale es solamente el enojo, por lo que intenta mantenerse alejado.

Los terapeutas preguntan a la familia las expectativas que cada uno tiene de los demás y cuestionan las cosas que han estado haciendo para mantener la unión hasta ahora, así como las cosas que podrían seguir haciendo cada uno y en grupo. Se les hace notar que la familia va por el mismo camino, pero en momentos diferentes y cada uno tiene diferentes emociones: “mismo barco, diferente asiento”. Se les hace el reconocimiento por estar en la terapia juntos.

Intervenciones y preguntas
• Se establece el rapport con la familia a través de la presentación de los terapeutas, el encuadre y la presentación de cada uno de los miembros, así como el motivo de consulta: “¿Quién gusta comenzar a presentarse?”, “¿Qué los trae por aquí?”. • Exploración de la dinámica familiar: “¿Cómo se organizan en casa para cuidar a la madre y al mismo tiempo lograr cumplir con lo que tienen que hacer en sus vidas?”. • Exploración de la historia clínica respecto a la enfermedad de la madre: “¿Cuándo notaron que comenzaba a enfermar?”, “¿Qué diferencias notaron en ella?”, “¿Cuál fue la reacción de cada uno de ustedes?”. • Se indaga respecto a la perspectiva que tiene la familia acerca de la enfermedad de la madre: “¿Cómo entienden que se dio la enfermedad?”, “¿Qué explicaciones tienen?”, “¿Cómo se fue manifestando la enfermedad a lo largo del tiempo?”, “¿Cómo los ha afectado y cómo han intentado resolverlo?”. • Se hace la inclusión y la presencia de la madre a la familia al dirigirnos directamente a ella, hablarle y hacerle preguntas en determinados momentos de la sesión: “¿Quién te cuida en casa?”, “¿Quién te peina?”, “¿Quién te ayudó a bañarte?”. • Se reconoce el dolor de la familia y las dificultades que ha tenido cada uno al adaptarse a la nueva situación de la madre. También se normalizan las reacciones que cada uno ha tenido y que siguen teniendo por el desgaste físico y emocional que va generando la presencia de la enfermedad en la dinámica familiar: “Me da la impresión de que lo que cada uno está viviendo es natural, ya que cualquier persona que se enfrente a una situación de estrés y de duelo similar tendría estas actitudes y reacciones”.

- Se cuestiona si la expresión de emociones es un signo de debilidad o más bien de fortaleza: “¿Pudiera ser que al expresar el enojo y la tristeza, así como otras emociones, estén siendo fuertes y no que esto signifique debilidad?”
 - Se le pregunta a cada miembro sus sensaciones, vivencias, emociones y preocupaciones acerca de la enfermedad de la madre: “¿Cómo lo está viviendo de manera personal cada uno?”.
 - Se cuestiona si han estado haciendo cosas para que la familia se mantenga unida, a diferencia de lo que ellos piensan, desde la enfermedad de la madre: “¿Qué cosas sí han hecho o han intentado para construir el lazo entre ustedes?”.
 - Se le da reconocimiento al padre por su función paterna en la familia y por lo que ha hecho en la actualidad para seguir manteniendo a su familia.
 - Se hace notar la “etapa del duelo” en la que cada miembro se encuentra, buscando que quienes estén en una fase de mayor aceptación y tranquilidad ayuden a los otros a buscar la manera de encontrar un camino para el enojo y la tristeza.
 - Se abre la posibilidad de que comenten con la madre la decisión del internamiento, lo cual parece que no veían como algo necesario. También se les reconoce las implicaciones positivas de la decisión, así como todas las emociones negativas que los miembros pudieran tener.
 - Se habla de emociones permitidas por la familia en determinadas situaciones y se busca cuestionar esta idea al abrir la posibilidad de que todas las emociones son válidas: “¿Qué tanto está permitido en la familia la expresión de otras emociones además del enojo y la tristeza, tomando en cuenta la situación de duelo en la que se encuentran?”.
 - Se abre el tema sobre la nueva organización de la familia cuando la madre sea internada en el asilo y las cosas que cada uno puede hacer para contribuir positivamente en este nuevo acomodo: “¿Cómo será la vida cuando ella esté internada?”, “¿Qué se imaginan que pasará y cómo pueden contribuir a la adaptación?”.
- Comentarios del equipo**
- Se buscará retomar la voz y el lugar de la madre en la familia, lo cual puede generar mayor comprensión y cercanía entre los miembros.
 - Se tocará la vergüenza que pudiera sentir la familia por la enfermedad de la madre.

Sesión 2: 21/octubre/2015

Acuden: Padre, madre, hermano mayor, hermano mediano, hermana menor.

El hermano mayor habla de los objetivos para la sesión y para la terapia: saber cómo sobrellevar la situación generada por la evolución de la enfermedad y acordar el rol que cada uno asume en las labores y obligaciones de la casa.

El padre siente que carga con toda la responsabilidad y se siente constantemente corregido y regañado por el hermano mediano. La hermana menor menciona que las diferencias y conflictos entre el hermano mediano y su padre no son sólo actuales y se lo atribuye a que tienen un carácter muy parecido. El hermano mayor dice comprender las responsabilidades y angustias que vive su padre y lo apoya cuando no tiene dinero para cubrir necesidades básicas; su relación en el pasado y en la actualidad ha sido cordial, y es a él a quien solicita ayuda y en quien confía y respeta. La hermana menor comenta que ella también explotaba mucho con su padre, pero que a raíz de su terapia psicológica se ha vuelto más tranquila.

Respondiendo al reclamo del padre, el hermano mediano comenta que es poco el tiempo que cuida de su madre y que quizá se deba al desgaste que experimentó durante los primeros dos años de la enfermedad en que se hizo cargo de su mamá, lo cual no es reconocido por el padre. El hermano mediano no había reflexionado acerca del cansancio que le genera su trabajo, lo cual provoca un desgaste mayor y una alteración en el estado emocional.

La atención se centra en cómo está el padre. El desgaste lo vuelve intolerante. El hermano mayor comenta que es necesario dejar que los otros cuiden y se dejen cuidar, sin embargo, es más frecuente que recurran al reclamo o al chantaje. Se puntualizan las bromas y los juegos que envían mensajes diferentes. El hermano mayor identifica que su padre tiene expectativas sobre sus hijos, pero que no sabe cómo solicitarlas, generando mucho enojo y molestia. Se ha dado cuenta de que casi no hay contacto físico entre los hermanos. Al tocarlos en la sesión comenta que se sensibiliza ante ellos y al escucharlos le da tristeza porque no quiere que estén así. Se han alejado emocionalmente, son pocas las veces en que demuestra cariño y lo orgulloso que está de ellos. Comenta que entre sus expectativas está volverse a conectar emocionalmente con ellos y poder escuchar cómo están. El terapeuta señala que detrás del enojo hay dolor y que el trabajo

sería que las pérdidas no los separen. Se señala la necesidad de hablar de las cosas que están pendientes y no esconderse detrás del enojo.

Para finalizar la sesión se aborda el cuidado emocional y la organización instrumental en la familia. El equipo confía en que un mejor clima emocional puede crear una mejor organización y viceversa. Así se establece la consigna de cómo van a distribuirse las tareas, qué van a soltar y qué van a permitir que el otro realice, para evitar que la batuta la tome uno solo y se desgaste.

El hermano mediano pidió orientación a los terapeutas para la repartición de tareas, a lo cual se puntualiza el compromiso que tiene la familia actualmente para lograr ponerse de acuerdo. Se sugirió la participación de un voluntario que cuide a la madre. Se puntualizaron tres cosas concretas que los miembros de la familia han estado implementando y que les son de utilidad: “podemos hablar cuando te calmes”; el contacto físico ayuda a decir cosas con actos a través de la cercanía; y la creación de espacios más íntimos para compartir.

Intervenciones y preguntas
• Inclusión de la madre en la sesión al continuar la conversación con ella cuando se realiza la primera pregunta. • Evaluación de los cambios que han habido entre la sesión pasada y ésta: “¿Cómo han estado?”, “¿Qué ha estado sucediendo en casa?”. • Exploración de la dinámica familiar alrededor de los problemas en relación a las labores domésticas y cuidados hacia la madre: “¿Cómo se organizan en cuanto a las labores de la casa y los cuidados de la madre?”, “¿Cómo saben qué le corresponde a cada uno?”. • Razones por las que el padre quiere integrar más al hermano mediano en la familia, en la convivencia: “¿Qué es lo que lo hace querer que su hijo esté más presente en casa?”. • Exploración de la relación entre el hermano mediano y el padre a partir de lo que observa la hermana menor: “¿Cómo es la relación entre ustedes?”, “¿Siempre ha sido así de tensa?”, “¿Cómo se lo explican?”. • Distinción entre el tiempo familiar y el tiempo individual. • Exploración de las interacciones familiares alrededor de los conflictos. • Exploración de la relación entre el hermano mayor y el padre antes de que el primero saliera de la casa: “¿Cómo era la relación entre ustedes cuando aún estabas en casa?”. • Se explora la experiencia de agresión por parte de los hijos hacia el padre. Distinción entre agresión y discusión: “Quizás el que no estén de acuerdo en algo no significa que el otro esté

agrediendo, ¿cómo lo ven ustedes?”.

- Diferencias en la relación entre el padre y el hermano mayor y entre el padre y el hermano mediano: “Siendo ambos los hijos varones, ¿cómo es que la relación es tan distinta?”, “¿Qué explicaciones tienen en torno a ello?”.
- Exploración de la relación entre padre e hija: “¿Cómo es la relación entre ustedes?”.
- Se menciona el cansancio de los miembros de la familia como “caldo de cultivo” para que las discusiones se acaloren, fomentando la intolerancia.
- Se introduce la idea de que detrás del conflicto y el enojo hay dolor y tristeza por lo que se está viviendo.
- Anécdota del terapeuta sobre su trabajo en el INR al observar que las familias no sólo necesitan cuidar al enfermo sino también cuidarse a ellos, pues sería como si a ella le devolvieran un mensaje diferente.

Comentarios del equipo

- Es importante introducir ideas diferentes como que están enojados pero en el fondo pasan muchas cosas. No se dan oportunidad de sentirse tristes.
- Enviar a la familia el contacto para la asistencia pública de un cuidador externo al sistema.

Sesión 3: 11/noviembre/2015

Acuden: Padre, madre, hermano mayor, hermano mediano, hermana menor.

El padre habla de lo difícil que le resulta la vida: el trabajo, cuidar de su esposa, las labores domésticas y los pagos de los servicios. El hermano mayor le preguntó a su padre sobre la manera en que desea que lo apoyen, y éste solicita que pasen más tiempo con la madre para que él pueda hacer otras cosas. Se indagó en la manera en que se turnan para cuidar a la madre haciendo énfasis en que actualmente necesita una atención continua. La familia relata que no han podido manejar esta situación.

Se mencionó la propuesta hecha con anterioridad acerca de incluir a alguna persona que no perteneciera al núcleo familiar para cuidar a la madre, a lo cual se observa rechazo de la familia.

Hablan acerca de los trámites del internamiento que será a través del DIF. El hermano mediano considera que no han podido organizarse por falta de compromiso y por irresponsabilidad: todos esperan que el otro se comprometa para poder comprometerse. El hermano mayor habla de un

mecanismo de defensa para no enfrentar el problema y así no sentir dolor; la hermana menor concuerda con él. El hermano mediano menciona que actualmente no sabe qué es lo que siente y enfatiza que lo que más le fastidia son las peleas constantes con su padre. En enero dejará de vivir con ellos.

El hermano mediano refiere que le cuesta mucho trabajo entender que su mamá está enferma y que cuando le pide que haga algo y no lo hace se desespera, le grita y que anteriormente le pegaba. Dentro de lo que le ha funcionado a El hermano mediano para controlar su enojo es recordar que le pidió a Dios que lo ayudara a distraerse y que le prometió que no le pegaría a su mamá, así como irse de la escena por un momento. En ocasiones el hermano mediano y el hermano mayor le atribuyen una intención a las conductas de la madre, y consideran que lo hace a propósito. La hermana menor y el padre ven estas conductas como parte del avance de la enfermedad.

El hermano mayor menciona que varias reacciones de enojo hacia la enfermedad las desplazan hacia su madre y que esto se debe a que conocen poco de la enfermedad y sobre cómo tratar a “esta nueva versión de la madre”, ya que no han asistido a las pláticas que abordan estos temas. Le da mucho miedo que él pueda ser un posible candidato.

Se planteó la idea de que tal vez el hecho de que no se hayan podido organizar tuviera más que ver con el miedo hacia la enfermedad y hacia poder padecerla que por falta de compromiso. Se utilizó una metáfora en donde se dijo que parecía como si todos se estuvieran ahogando, y se les hizo la invitación a hacer propuestas para que la enfermedad no los ahogara y que todos pudieran respirar.

El hermano mayor propuso buscar a alguien más para que cuidara a su mamá, mencionó dos opciones: una institución o un cuidador. Asimismo aclaró que llevar a cabo esto implicaría otro

tipo de responsabilidades, como el aportar más dinero y el hacerse cargo de una persona que durante mucho tiempo se hizo cargo de la familia.

Aprovechando el comentario del hermano mayor, la terapeuta preguntó si ellos considerarían que la situación por la que están pasando sería diferente si otro integrante de la familia fuera el enfermo. La respuesta fue un sí absoluto, y explicaron que esto ha sido tan difícil porque la madre era “el pilar” de la familia, ella era la que cuidaba de todos mientras el padre trabajaba.

En el mensaje final se transmitió la idea de que todos están comprometidos pero que están cansados, y se abordaron las decisiones y acuerdos a los que llegaron en la intersección. Se mencionó la confusión con respecto al nivel de comprensión de la madre: el padre cree que sí siente, pero que no comprende. El hermano mayor y el hermano mediano consideran que sí entiende, tal vez no todo, pero que siempre se comunica de una u otra forma. Se aclara que la decisión de internarla o de un cuidador corresponde a la familia, pero que es importante que ella esté presente cuando se tome dicha decisión. Como aspectos positivos del internamiento mencionan que además de que probablemente la cuidarían mejor, ella tendría nuevas actividades que hacer y convivencia con otras personas.

Por último, se les dijo también que los accidentes seguirán ocurriendo y que probablemente serán más frecuentes con el paso del tiempo.

Intervenciones y preguntas
• Se explora el rol que tiene el hermano mayor en el cuidado de la madre estando fuera de casa: “¿Tú que estás fuera de casa cómo has asumido esa responsabilidad?”. • Se indagan otros motivos por los que no han logrado ponerse de acuerdo con respecto a la organización de la casa: “¿Qué tendría que pasar para que pudieran comprometerse?”, “¿Cómo te explicas que en este tiempo no se haya dado esta organización en casa?”. • Se introducen nuevas ideas para romper la dinámica familiar que genera estrés y conflicto, introduciendo a alguien externo al sistema para equilibrar el estrés que implica la enfermedad en el sistema: “¿Qué han intentado diferente? La sesión pasada hablamos de que tal vez podría haber alguien extra a la familia que los ayudara”.

- Se sigue explorando la dinámica familiar en torno a la enfermedad: “¿Cómo se van turnando? Porque al parecer la madre ya necesita una atención continua”.
- Se indaga la repartición de responsabilidades por parte del padre como cuidador primario: “¿Cómo se ha apoyado en sus hijos?”.
- Se indaga en las emociones del padre y sus vivencias como cuidador primario: “Dice que está enojado con la vida, ¿cómo lo está viviendo usted?”.
- Exploración de las soluciones intentadas: “¿A partir de la última sesión, qué cambios han hecho?”, “Cuéntenme, ¿cómo les ha ido en estas semanas?”.
- Se explora el miedo de la familia de enfrentar la enfermedad, como una forma de rechazar algo que podría estar presente en el futuro de los hijos: “La aparente falta de compromiso para poder organizarse en la cotidianidad de la que hablaban al inicio, ¿consideran que no se está pudiendo generar, más allá que por la falta de compromiso, por el miedo a observar la enfermedad, o el miedo que se siente incluso acerca del futuro de ustedes?”.
- Se externaliza la enfermedad para poder hablar acerca de ella y la relación que tiene con cada uno de los miembros: “De cierta manera la enfermedad es lo que está en el centro, no la madre, giran en torno a la enfermedad y en este caso no sólo es ella, sino también ustedes”.
- “¿Qué propuestas tienen, incluyendo la parte personal de lo que pueden estar sintiendo por la enfermedad, pero también el compromiso y la responsabilidad por hacer las cosas?”, “¿Qué proponen ustedes para que todos puedan respirar y la enfermedad no los ahogue?”.
- Exploración de la importancia que tiene la madre en el sistema familiar y en la organización de la dinámica: “¿Consideran que el resultado sería diferente si no fuera tu mamá la que tuviera esta enfermedad, supongamos que la tuviera tu papá o alguno de ustedes?”, “¿Por qué?”.
- “En este momento voy a hacer la pausa, pero me gustaría que platicaran en este tiempo acerca de ¿cómo le van a hacer para resistir del día de hoy hasta el día del internamiento?”.
- Se intenta ampliar la solución propuesta por la familia durante la pausa para generar una mayor responsabilidad en cada uno de lo que ocurra en la dinámica: “¿Creen que es posible que la plática que tuvieron en el tiempo de la pausa pudiera repetirse fuera del contexto terapéutico?”, “¿Qué fue diferente en esta ocasión que sí pudieron hablar y llegar a acuerdos?”.

Comentarios del equipo

- Explorar más a fondo en qué sería diferente si el enfermo fuera otro, para conocer si no se acercan por la enfermedad o por la relación que hay entre ellos.
- Se hace la propuesta de decirles la próxima vez que para evitar que la madre suba a cambiarse cuando se haga del baño, se le puede dejar una muda de ropa abajo y cubrir las esquinas de los muebles.
- Se hizo la observación de que en esta ocasión la hermana menor no participó tanto como en otras sesiones.
- Se hace la sugerencia de hablar de los cambios que se han notado en los diferentes miembros de la familia para saber qué es lo que opinan con respecto a ello y para validar lo que están

Sesión 4: 2/diciembre/2015

Acuden: Padre, hermano mayor, hermano mediano, hermana menor.

La familia menciona que la madre no pudo venir porque ya está internada en el Hospital Bizantino desde hace 10 días, en donde hay personas que saben cómo cuidar a personas con Corea de Huntington, además de ser una atención gratuita. Aunque la familia sabía que esto iba a ocurrir eventualmente, están viviendo este cambio con tristeza y con una sensación de soledad por la ausencia de la madre en la casa, sintiéndola vacía. Hicieron una sesión con el terapeuta del hermano mayor e hicieron una reunión de despedida. El padre menciona sentir mucha culpa por pensar que la abandonó. Los terapeutas mencionan el hecho como un acto de amor hacia la madre, sabiendo que estará bien atendida y cuidada, algo que ellos ya no podían hacer. Esto les da tranquilidad, sabiendo que hicieron todo lo que pudieron. Refieren mejoras en la madre por los cuidados y la constante compañía, y se menciona que la familia está sufriendo más que ella por la ausencia.

Existen reclamos del padre hacia el hermano mediano, por no pasar tiempo con la familia y estar constantemente aislado. Se hace evidente el constante reclamo en las sesiones hacia el hermano mediano por parte del padre. El hermano mediano cree que no se siente apoyado, aunque él está haciendo su mejor esfuerzo; también se lo atribuyen a la estructura de la casa, ya que el cuarto del hermano mediano está independiente de los demás.

El hermano mayor menciona que para él está siendo menos difícil la ausencia porque no vive con ellos, además de que distrae con sus múltiples actividades. El padre habla del hermano mayor como una persona muy ocupada y con esto lo justifica de no estar tan presente en la familia. Los terapeutas preguntan por qué los hijos se llenan tanto de actividades; el padre sólo reconoce al

hermano mayor, mencionando no creer que el hermano mediano trabaje tanto. Se puntualiza en este tema. El hermano mediano menciona que su padre no está satisfecho con lo que él hace en su vida y con sus decisiones. Cree que su padre hubiera querido que fuera de otra forma, por ejemplo, que siguiera estudiando en lugar de trabajar. Se siente constantemente comparado con sus hermanos, ya que se ve como una persona diferente. El padre menciona la parte escolar y el que al hermano mediano le guste salir con sus amigos. El hermano mediano reconoce su propio crecimiento a través de sus logros y por lo que le dicen otras personas; ya no espera satisfacer a su padre. También existe una constante comparación con los logros obtenidos por el hermano mayor. Estas comparaciones han generado conflictos entre los hermanos. La hermana menor tampoco siente que su padre la reconozca. Los terapeutas mencionan que tal vez los hijos esperan a un padre más expresivo, además de la necesidad de que el reconocimiento sea para ambos lados. El hermano mayor menciona lo orgulloso que está de sus padres porque han creado buenos hijos.

Se le menciona al padre que el hecho que los hijos tomen sus propias decisiones, diferentes a las que él espera, no significa que haya hecho un mal trabajo como padre. El buen trabajo de ambos se observa en la situación actual de sus hijos. El padre narra su propia historia con su padre, quien le prohibió estudiar para que se pusiera a trabajar. Su padre nunca reconoció sus logros ni su esfuerzo, y no lo apoyaba. Cuenta que en una ocasión su padre quiso pegarle con el cable de la plancha cuando él ya tenía alrededor de treinta años y lo detuvo. Él se ve como un buen padre porque nunca les pegó a sus hijos.

Se cierra la sesión reforzando el cuidado y protección a la madre a pesar de la soledad, como un acto de amor y valentía. También se menciona la repetición de la historia del padre en el

hermano mediano, reforzando las decisiones tomadas como adultos. Esto diferencia a todos los hermanos.

Intervenciones y preguntas
• Se explora la dinámica familiar y el impacto que tuvo la salida de la madre en el sistema: “¿Cómo fue el internamiento?”, “¿Cómo les impactó?”. • Se explora el impacto que tuvo en la madre su salida del sistema: “¿Cómo estuvo la madre en su internamiento?” • Se cuestiona la idea de que el internamiento es sinónimo de abandono, introduciendo la idea de cuidado y protección: “No fue que quisieran botarla, fue una manera de cuidarla”. • Exploración de los cambios en la dinámica familiar: “¿Cómo es ahora la convivencia en casa?”. • Se indaga en las vivencias particulares: “Parece que ustedes sufren más por su ausencia”, “¿Cómo lo vive cada uno?”. • Se cuestiona la idea de la desunión por falta de compromiso, introduciendo la idea de la falta de tiempo por las actividades individuales: “¿Estarían más unidos si tuvieran más tiempo?”. • Exploración de la relación entre el padre y el hermano mediano a partir de la visión del hermano mayor: “El hermano mayor: ¿Por qué tu papá no reconoce a tu hermano mediano?”. • Se hace una diferencia entre los hermanos para cuestionar las expectativas del padre: “Ustedes como hermanos son diferentes, cada quien ha seguido su camino”. • Se cuestiona la idea de que si los hijos no cumplen con las expectativas de los padres es para cuestionarlos: “Señor, ¿siente que el hermano mediano no termina la prepa por ir en su contra?”, “Tal vez ocurre que el hermano mediano debe terminar la prepa para que usted no se sienta mal papá”. • Se indaga en el tipo de reconocimiento que los hijos esperan del padre: “El reconocimiento que piden tal vez deba ser más expresivo”. • Se reconoce la labor que ambos han realizado como padres: “Sus hijos dicen que usted y su esposa tuvieron éxito como papás, lo felicito, pero ya hicieron su trabajo”. • “Tenemos una generación que no pudo estudiar, otra que lo hizo a pesar de todo y otra que decide ser diferente”. Se introduce la idea de la igualdad que existe entre el padre y el hermano mediano, siendo ambos, personas que han decidido seguir un camino diferente al señalado por sus padres.
Comentarios del equipo
• Se refuerza la idea de que la madre está mejor en el asilo. • Se insiste en que retomar la vida cotidiana es un proceso. • Se propone explorar cómo es que el hermano mayor parece sufrir sus logros al no sentirse reconocido por su padre. • Se propone enfatizar a los hermanos que tal vez una forma de que su padre los escuche es si ellos lo escuchan.

- Se pide al padre que asista solo a la siguiente sesión.

Sesión 5: 20/enero/2016

Acuden: Padre.

En esta sesión acude solamente el padre. Comienza hablando sobre las fechas navideñas y la convivencia que hubo con la familia, la madre incluida. Con respecto a la adaptación de la madre al internamiento, menciona que está decaída pero existe confusión si es por el cambio o por el curso normal de la enfermedad. Habla de una sensación de desesperanza y cuenta las múltiples muertes que han habido en la familia de la madre por la misma enfermedad. Los hijos parecen estar conscientes de la situación pero no quieren acudir al médico para hacerse los estudios indicados. El padre dice respetar su decisión porque son adultos, pero le preocupa que El hermano mediano diga que si él tiene la enfermedad se dará un balazo.

Se habla acerca del nuevo funcionamiento familiar, ya que la familia es diferente pero también es la misma, haciendo alusión a la etapa que están viviendo los hijos y a la salida de la madre. El padre hace referencia a que los hijos son adultos, que el hermano mayor vive fuera de casa y el hermano mediano también decidió independizarse para ir a vivir con su novia y sólo se quedará la hermana menor con él. Para el padre, el proceso de independencia de su hijo es normal pero al mismo tiempo dice que no puede enojarse, ya que no puede hacer nada ante la secuencia de la vida. Se le invita a expresar su sentir y a hablar de cosas que no se abren cuando los hijos están presentes. El padre reitera que no puede hacer nada y menciona que cuando el hermano mayor salió de casa lo sintió como un abandono porque lo necesitaban.

Con el hermano mediano siente lo mismo, ya que piensa que los ha abandonado constantemente por el trabajo. Al indagar en el significado del abandono para el padre, éste lo reformula como alejamiento de la familia, incluso estando en el mismo espacio físico. Siempre le ha querido dar un buen ejemplo a sus hijos y no entiende que ellos le reprochen el poco reconocimiento que les da. Los terapeutas cuestionan la necesidad de los hijos de ser reconocidos. El padre no se considera cariñoso, pero les demuestra su cariño al cubrir sus necesidades económicas.

Al indagar en si la madre era cariñosa con los hijos y con él, el padre indica que ella era grosera, que lo trataba muy mal, le gritaba y lo ofendía, y que en varias ocasiones la corrió de la casa. Menciona no comprender por qué ella fue así la mayor parte del matrimonio. La madre y sus hijos se iban con la abuela materna cuando había discusiones y era la suegra quien llamaba para que el padre fuera por ella. Hace énfasis en que su suegro no lo quería, lo cual atribuye a la diferencia de edad entre él y su esposa, al contrario de su suegra, con la cual tenía una buena relación. Menciona que su esposa sólo era cariñosa con sus hijos y siente que jamás lo quiso. Se casaron porque se embarazó del hermano mayor. El padre dice que él sí quería a su esposa al principio y que ahora la cuida porque es su obligación, pero también porque es un ser humano y está indefensa, además de que es la mamá de sus hijos. Vive en una contradicción muy fuerte, la tristeza y al mismo tiempo el recuerdo.

Actualmente lo único que le interesa es sobrevivir y sacar adelante a su hija. Al preguntar qué cosas podría hacer para sí mismo para estar mejor, ya que se pone al final de la lista de prioridades, el consultante refiere que no es que se ponga a final de la lista pero lo que le interesa es sobrevivir y tener dinero para salir adelante.

Para cerrar la sesión se le menciona que parecería que a lo largo de su vida ha estado solo en algunos momentos y que ha sido doloroso, pero al mismo tiempo muestra una gran fortaleza al

lograr cuidar a su familia y mantenerla unida, y al terminar una carrera profesional a pesar de que su padre no lo apoyó. Se le menciona que pareciera que le resulta más fácil observar cosas para los otros que cosas para sí mismo, tal vez por la idea que tiene sobre la responsabilidad, pero que tal vez sea el momento o le podría ser útil comenzarse a observar como aquella persona de la que se tiene que ocupar colocándose en primer lugar, y que quizás los hijos también quisieran que se ocupara de sí mismo. Se habla acerca del proceso de independencia tratando de definir qué es el abandono, redefiniendo la salida de los hijos como parte del proceso de vida y de independencia. Se plantea que quizás si él se comenzara a cuidar a sí mismo, los hijos se preocuparían menos y podrían continuar con su proceso de independencia.

Intervenciones y preguntas
• Introducción de un nuevo concepto de familia en transición y en movimiento: “¿Cómo puede funcionar esta nueva familia? Porque aunque es la misma, a la vez es nueva. La madre es diferente, y los hijos crecieron”. • Exploración de la preocupación del padre con respecto a la enfermedad: “Los hijos no se han hecho estudios: ¿Usted quiere que vayan?”. • Exploración de la adaptación del padre a la autonomía de los hijos: “Para usted ¿cómo es, ahora que el hermano mediano se va de casa? ¿Usted cómo lo siente?”. • Cuestionamiento de la idea de abandono cuando existe autonomía: “¿En el caso del hermano mediano lo consideraría un abandono?”, “Cuando dice abandono ¿en qué sentido lo dice?”, “¿Lo abandona o los abandona?”, “¿La hermana menor se sentiría abandonada por el hermano mediano?”. • Exploración de las expectativas de los hijos hacia el padre: “¿Por qué será que esperan tanto de usted?”, “En esa última sesión le preguntaba el hermano mayor si usted lo considera un buen hijo. Parece que están muy interesados en lo que usted diga y esperan mucho su reconocimiento. ¿Por qué?”. • Se habla de las necesidades de los hijos de sentir un mayor acercamiento afectivo por parte del padre, como lo es la madre: “Ellos tienen la esperanza de que un día lo van a convencer de ser más apapachador”. • Exploración de la relación de pareja: “¿La madre era muy apapachadora con sus hijos? ¿y con usted?”, “¿Ella no era afectuosa?”, “Si yo le preguntara a la madre ¿él cómo te trataba, qué cree que me diría?”. • Exploración del tejido afectivo que había en la pareja: “Fueron muchos años de estarse lastimando ¿cómo le hicieron para enfrentar esto?”.

- Exploración de la primera parte de la relación: “¿Cómo fueron los primeros quince años?”.
- “A mí me viene a la cabeza que en 35 años de matrimonio habrán habido cosas importantes que tenían ustedes, porque ella se pudo haber ido, lo pudo haber corrido, se pudieron haber separado, en fin pudieron hacer muchas cosas para no estar juntos, pero ha habido cosas que les ayudaron”.
- Se exploran las separaciones en la pareja y la reconciliación: “¿Cómo es que ella regresaba?”
- Se indaga la relación con la familia extensa: “¿Por qué no lo quería su suegro?”, “En la familia de su esposa todos lo trataban bien. ¿Eso le gustaba a ella o no le gustaba?”.
- “¿Cómo describiría a su esposa en la primera época?”, “¿Cómo era?”, “¿Qué características le pondría?”.
- Exploración de puntos de unión en la pareja: “¿Cómo acabaron juntos?”, “¿Cómo es que decidieron estar juntos a pesar de estas dificultades que tenían?”.
- “¿Cómo es que a pesar de todo lo que sucedió y estando tan lastimando, yo lo veo muy comprometido en cuidarla?”, “Parece que no sólo estuviera la obligación sino una parte muy personal de afecto”.
- Cambios generados en la familia a partir de la enfermedad: “¿Cómo ha cambiado su vida con la enfermedad, tomando en cuenta que ahora ella depende completamente de usted y de su familia?, ¿Qué efecto ha tenido todo esto en usted?”.
- Conexión del padre con su propio duelo: “¿Cómo lo vive usted, ahora que su esposa ya no está en casa?”, “En el terreno de la vida cotidiana sabe valerse por sí mismo, pero creo que las lágrimas dicen otra cosa, es como si dijera dos cosas al mismo tiempo”. Se intenta conectar al padre con su propia emoción para bloquear el raciocinio.
- Se abre un secreto familiar que generó conflicto en la pareja desde el inicio, y probablemente diferentes lealtades familiares: “¿Hablaron de esto en la última etapa de la relación de pareja?”, “¿Qué dirían sus hijos si ellos se encontraran aquí y lo escucharan? ¿Qué opinión tienen?”.
- “Tengo la idea de que vive en contradicción muy fuerte entre la tristeza y al mismo tiempo el recuerdo de todo lo que ella le dijo, de cómo lo maltrataba, ¿cómo hace para vivir en medio de estas dos situaciones?”.
- Se promueve el autocuidado del padre para moverlo del rol de cuidador primario que lo desgasta: “¿Qué tipo de cosas haría?, ¿Qué cosas hace para ayudarse a sí mismo?”, “Si se tratara especialmente de usted, de hacer algo usted, ¿qué cosas piensa que le harían bien?”.
- El no cuidarse a sí mismo se plantea como una injusticia: “Me hace sentir que hubiera vivido una cierta injusticia con todo esto que su esposa hizo, yo pienso que usted estaría viviendo una doble injusticia si usted se olvida de sí mismo, si usted se pone al final de toda la lista de prioridades en el mundo”.

Comentarios del equipo

- Indagar acerca de la relación de pareja entre la madre y el padre con los hijos.
- Regresar la mirada al padre.
- Indagar acerca de la relación del padre con la familia de la madre, ya que era aceptado y cuidado por la suegra y cuñadas.

Sesión 6: 10/febrero/2016

Acuden: Padre, hermano mayor.

El hermano mayor comienza la sesión diciendo que la madre está bien atendida y cuidada en el hospital, y que la percibe contenta. A él le ha traído más tranquilidad porque tiene la higiene adecuada, están atentos a ella, come a sus horas, toma sus medicamentos en el momento adecuado y la puede ir a ver cuando él quiera. También habla del deterioro que tiene la madre debido a la enfermedad y a los siete infartos cerebrales. El padre menciona que son muchos familiares de la madre los que han padecido Corea de Huntington.

El hermano mayor ha hablado con sus hermanos de realizarse los exámenes para saber cómo poder llevar una buena calidad de vida. El hermano mayor dice que sí quiere hacerse el estudio porque piensa que sabiendo si tiene el gen puede prevenir ciertas cuestiones como los cuidados y el saber cómo controlar situaciones que se puedan presentar. Observa que con sus hermanos es distinto, ya que ellos no quieren saberlo. Comenta que puede ser que en él haya sido distinto porque acompañó a su papá a las pláticas de lo que es la enfermedad. Antes no se hablaba de la enfermedad porque eran muy herméticos en la familia. Se habla de los recursos personales que tiene la familia y se indaga sobre el proceso del hermano mayor para ser menos hermético. Menciona que su novia lo ayudó a darse cuenta de muchas cosas que pasaban en su familia y después fue a terapia a trabajar los enojos que le pasaban con la enfermedad de su mamá. El padre lo reconoce, menciona la capacidad de su hijo de aceptar lo que venga y ver la realidad de la vida, ya que estas son cosas que el hermano mediano y la hermana menor no aceptan.

Hubo cambios muy drásticos en la familia cuando la madre enferma porque antes ella llevaba toda la casa. El hermano mayor piensa que también influyó el que antes ellos no se llevaran con su papá quien se la pasaba todo el día trabajando, además de que no había un acercamiento emocional. El padre refiere que más bien era porque ellos iban a la escuela en la mañana y él trabajaba en las tardes. El hermano mayor lo recuerda trabajando y cuando estaba en casa estaba dormido, no había posibilidad de platicar. El hermano mayor dice que durante muchos años de su vida lo extrañó, que estaba ahí y les dio cosas materiales, pero él quería más acercamiento, consejos o poder platicar. El hermano mayor le agradece a su papá todo lo que les dio, pero sí siente que faltó más cercanía entre ellos.

Al indagar en si lo anterior se debía al trabajo o a la relación entre los padres, el hermano mayor menciona que tal vez la relación de pareja podía haber sido la causa y quizás por eso su papá trabajaba tanto. El hermano mayor vio muchos conflictos entre ellos e incluso violencia. Cree que el haber perdido la estabilidad económica lo ayudó a acercarse a sus papás y así conocerlos. Lo que para los demás fue una tragedia para él fue todo lo contrario. Lo agradece porque pudo revalorar a sus dos papás y describe a su papá como un gran ser humano y su ídolo.

El padre continúa hablando de que a los hijos hay que enseñarles buenas cosas, que hay que ser recto en la vida, refiere haberles dado a sus hijos lo más que pudo, se sacrificó trabajando. Piensa que el conflicto con su esposa pudo haber influido en la separación con sus hijos. Vivieron juntos pero separados y sus hijos pagaron las consecuencias de las agresiones entre ellos. El hermano mayor considera que su mamá fue muy hábil al no agredir a su papá enfrente de ellos. Como hijo le costó mucho trabajo ver cómo le gritaba a su mamá y por el otro lado cómo su mamá le gritaba y agredía a su papá físicamente. Los terapeutas hablan de la barrera que se fue

creando con el padre al ver las agresiones con la madre y a los hijos más grandes les tocó vivirlo más y como eso pudo haber impactado en la vida adultos de los hijos.

Para cerrar la sesión se habló de cómo han ido construyendo su relación, que han tenido varias etapas y se han ido conociendo de manera diferente entre ellos. Se cuestiona al hermano mayor la teoría de por qué su papá evade los elogios, y él responde que probablemente sea porque su papá es muy racional, casi no interactúa con sus emociones y menciona que en general como familia no son muy emocionales. El hermano mayor habló de un infarto que le dio a su papá, y él se tuvo que quedar al frente en los negocios y no podía darse tiempo de sentir el dolor que le generaba. El hermano mediano lo tomó distinto y se iba con los amigos al igual que la hermana menor. Las prioridades económicas están antes de las emocionales. Se introduce la idea del trabajo excesivo como una forma de evasión ante los conflictos que se tenían en casa. Se habla que para que el padre sintiera el cariño de un hijo, el hijo tiene que mostrar buen comportamiento y superarse intelectualmente. Se exploran otras maneras de percibir afecto por parte de los hijos y se habla del prejuicio de ser un buen padre y no poderse equivocar.

Intervenciones y preguntas
• Se abordan las diversas emociones en torno al internamiento de la madre, enfatizando la mejora física y emocional de ella: “¿Qué les hace pensar que ella está contenta?”, “¿Qué cosas ven?”. • Se exploran las emociones relacionadas con el paso de la enfermedad de generación en generación: “¿Cómo han tomado el que varios de su familia hayan tenido esta enfermedad?”. • Se respeta la autonomía de cada hijo al querer o no saber si tienen el gen de la enfermedad: “¿Cómo fue que llegaste a tomar esta decisión?”. • Se intenta ampliar los puntos de conexión y de comunicación entre los miembros: “¿Cómo es ser herméticos?”. • Se fortalece el lazo entre el hermano mayor y su padre: “¿Cómo ve el valor que tuvo el hermano mayor para abrirse y enfrentar lo que pasaba?”, “¿Cómo fue que te pudiste acercar a tu papá?”. • Se explora el impacto que tuvo la problemática en la pareja en el sistema familiar y los subsistemas: “¿Cómo vivieron tu mamá y tus hermanos este alejamiento de tu padre?”, “¿Crees que el alejamiento era por el trabajo o por la relación que había entre sus padres?”.

“¿Tú como hijo mayor que papel jugabas ahí?”.

- Se abre la hipótesis de la formación de equipos en el sistema familiar por el conflicto en la pareja: “¿Cree que el conflicto con su esposa influyó en la separación con sus hijos?”, “¿Qué consecuencias cree que haya tenido la violencia de pareja en él y sus hermanos?”.
- Los terapeutas introducen la idea del trabajo excesivo como una forma de evasión ante los conflictos que se tenían en casa.

Comentarios del equipo

- Hablar con los hijos de lo que implica hacerse la prueba para saber si tienen la enfermedad.
- Explorar qué está valorando el padre cuando se pone a la defensiva.
- Indagar sobre los enojos que presenta el hermano mediano como consecuencia de haber vivido violencia en su familia.

Sesión 7: 9/marzo/2016

Acuden: Sr. Padre, hermano mayor, hermana menor.

La hermana menor menciona extrañar mucho a su madre. Ha sido difícil para ella el adaptarse y lo relaciona con el hecho de que ha estado durmiendo demasiadas horas en el día. La presencia de la abuela materna en casa le ayudó mucho a comenzar a sentirse mejor, ya que su abuela es afectuosa y maternal, lo cual hace que la vida cotidiana sea muy diferente para ella. Parece haber una buena relación entre el padre y su suegra, ya que ella lo cuida y lo regaña. Actualmente la abuela ya está de regreso en su propia casa y la hermana menor ha retomado sus actividades académicas y deportivas, generando una mayor estabilidad en ella. Menciona que antes le dedicaba el tiempo a su mamá y a cuidarla, y que ahora tiene que acomodarse a ella misma.

El hermano mayor menciona que sigue existiendo la sensación del nido vacío y cree que debe estar más pendiente de su familia. Ha intentado estar cerca de su hermana, pero no logran llevar una buena relación porque “chocan” mucho y existen pocas cosas en común. Intenta pensar cómo se siente su hermana sobre todo porque ya viene su graduación y quiere estar cerca para observar cómo termina este proceso. Le causa mucho orgullo y alegría, y doble orgullo porque a pesar de la situación difícil que están pasando, la hermana menor ha logrado

sobreponerse y salir adelante. Ha intentado mostrarle que él está ahí para apoyarla y que la quiere mucho, pero la siente distante. La hermana menor coincide en que ella y el hermano mayor nunca han sido tan cercanos, sobre todo porque él tomó un rol de papá, pero sí siente su protección. Con el hermano mediano es diferente, ya que a él sí lo ve como hermano y le puede contar muchas cosas de su vida. La hermana menor menciona también extrañar mucho al hermano mediano desde que se independizó, ya que era la persona con la que más convivía. Le duele el hecho de saber que su mamá no va a estar en su graduación (“sí va a estar, pero no consciente, va a estar físicamente pero no entenderá”), ya que es un momento muy importante en su vida. Su madre estaba muy contenta de que estudiara. El hermano mayor cree que si su mamá está en la graduación, ella lo va a disfrutar.

El hermano mayor busca acercarse a su hermana, pero no sabe si ella lo siente así. La abraza durante la sesión y se observa a la hermana menor muy incómoda y rígida, no devolviendo el abrazo. La hermana menor menciona que es raro cuando su hermano la abraza porque no existe un vínculo. Sabe que ambos se quieren, pero no lo demuestran. Intenta verlos desde afuera y quererlos a su manera, y que ellos lo vean como su hermano y como alguien que puede ayudarles en sus necesidades, como apoyo moral y tal vez económico. El hermano mayor dice que les cuesta trabajo conectarse emocionalmente, no se lo permiten debido a que son muy racionales. Menciona que esto es parte de un patrón familiar, y que tal vez no quiere dejarse sentir emocionalmente en su familia porque no quiere que lo vean triste o débil. Se introduce la idea de que parece ser un discurso de hombres. La hermana menor menciona que con su mamá había más empatía, pero que con los hombres es más fría, como si no sintieran. Con su abuela sintió esa empatía, tal vez como mujer.

La hermana menor dice que ya no se preocupan entre ellos, por cómo están o cómo se sienten; ya no hay esa comunicación. El papá reacciona como si ella le estuviera haciendo un reclamo alegando que es por falta de tiempo y no de interés. La hermana menor dice que su padre toma todo lo que se dice en la terapia como reclamo, pero no es la intención, si no para que se dé cuenta que puede cambiar cosas que son simples. Se introduce la idea de no ser despreocupación, sino que el modo en el que lo expresan no es la forma en la que lo necesita el otro.

Se introduce el tema de los conflictos entre los padres, y la necesidad de proteger a la madre. Se menciona que, en el hermano mediano, ésta parece haber generado una barrera y se le pregunta a la hermana menor si esto también pudiera haberle afectado. Ella tiene muy presentes los conflictos y todas las agresiones. Menciona que hay cosas que no entiende de su papá, y que hay incongruencias con lo que su mamá le decía de él. La hermana menor abre la existencia de una media hermana mencionando que es algo que su papá no les había dicho. El padre se justifica diciendo que si les decía la madre los iba a alejar de él. El padre les ha pedido que sean apegados a su media hermana, pero la hermana menor menciona que, aunque la acepta, no existe un vínculo. Menciona no haberse enterado por su papá, sino por un tío hace aproximadamente seis años. El hermano mayor sabía esto desde hace nueve años.

El hermano mayor refiere creerle a su papá acerca de la situación con su media hermana, y que la relación entre ellos es cordial. Siente que es parte de la familia y que existe una conexión emocional, aunque la vea solamente una o dos veces al año. También cree la versión en donde su mamá sí sabía la situación y les reprocha a ambos padres por no reconocer a su media hermana, aunque dice entenderlos y que no los juzga como padres.

El padre dice que la mamá de su primera hija se la llevó a Los Reyes, Michoacán. Menciona que era su amiga y que no tenía una relación con ella, aunque hayan tenido relaciones sexuales. Se

reencontró con la niña cuando ésta tenía cuatro años y comienza a verla eventualmente. Menciona que vivía con los abuelos en una situación precaria y él le mandaba dinero.

El hermano mayor siente enojo con su papá porque su media hermana tuvo que pasar por toda esta situación. No ve por qué sería una situación vergonzosa, y cree que su hermana tendría derecho a tener un lugar en su familia, y le daría orgullo presentarla incluso con la familia materna. Cree que ha sido una historia difícil para ella, abandonada por ambos padres, ya que su madre la dejó con los abuelos. La hermana menor dice que no siente rechazo hacia su hermana y que ha platicado con ella. A ella le hubiera gustado conocerla desde antes. La hermana menor recuerda que se enojó mucho con su papá cuando se enteró, y que fue justamente cuando su mamá se empezó a enfermar, por lo que no pudo hablarlo con ella.

Para cerrar la sesión, se hace un reconocimiento al padre por enfrentar el tema de su hija mayor y abrirlo en la sesión. Se resalta que tanto él como la hermana menor tienen derecho a buscar una mayor claridad para mejorar la relación. Se les invita a recuperar su derecho a la claridad, que había sido callado como una prohibición o como un medio de protección. Se alienta a la hermana menor a buscar sus propias respuestas a sus dudas. Cuando se abren los secretos en la familia, también ayuda a que se abran otras posibilidades, por lo que el sufrimiento y el enojo puede disminuir.

Intervenciones y preguntas
• Se indaga en la relación actual entre el hermano mayor y la hermana menor, como continuación de la idea del alejamiento como resultado de los conflictos en la pareja y la necesidad de que el hermano mayor ocupara un rol paterno: “¿Cómo te va este acercamiento de tu hermano mayor?”. • Han dicho que la madre los conecta en el aspecto emocional, y parece que en parte lo sigue haciendo. Al hermano mayor: ¿Crees que has tomado el rol de conectar a todos

emocionalmente como antes lo hacía tu mamá?”.

- Se indaga cómo el hermano mayor ha intentado conectarse emocionalmente con su familia a pesar de los aprendizajes familiares: “¿Qué pasaría si introduces la parte emocional en la estructura?”.
- Se introduce la diferencia según el género al mencionar que parece ser un discurso de hombres cuando se habla de la peligrosidad de lo emocional, y se le pregunta a la hermana menor cómo es para ella estar en medio de hombres: “¿Cómo hacer para que yo terapeuta hombre entienda tu posición?”.
- Se puntualizan excepciones vistas en la hermana menor al conectarse emocionalmente con su abuela: “¿Dónde ves esa empatía que podías tener con tu abuela?”, “¿Qué hacía ella que te ayudaba a sentir esa empatía?”, “¿Eso que dices de tu abuelita, crees que lo recibió de ti también?”, “¿Qué hizo tu abuelita que te hizo sentir eso?”.
- Se cuestiona la idea de que la expresión de necesidades son reclamos, encuadrándolas como peticiones a los demás: “¿Cómo sería el verlo como una petición en lugar de reclamo?”.
- Al ver la reacción excesiva de enojo del padre cuando la hermana menor le hace la petición de ser más afectuoso, se pregunta: “¿Qué le pasó a tu papá con esto que dijiste?”, “¿Dónde lo tocaste que reaccionó de esa manera?”.
- Se le pregunta a la hermana menor específicamente lo que espera del padre: “¿Cómo lo sentirías cerca?”.
- Se buscan excepciones en la relación de la hermana menor con otros varones: “¿Con otros hombres logras conectarte?”, “¿Cómo se logró pasar a esa relación de amistad con el hermano mediano?”, “¿Cómo se dio eso con tu hermano mediano?”, “¿Compartir la cotidianidad es parte de ese acercamiento?”, “¿Cómo con tu abuelita?”.
- “Si estuviera en tus manos, ¿qué crees que se necesitaría para generar más empatía e intimidad? Parece que con El hermano mediano lo hacen los dos, se invitan y salen, y la relación es más estrecha. Es como si hubiera dos grupos en la familia”. Se vuelve a introducir la idea de grupos en el sistema familiar.
- Cuando el padre habla de cómo las diferencias generacionales dificultan la relación con sus hijos, se le cuestiona el hecho de que solamente ocurra con el hermano mediano y la hermana menor (el equipo de la madre) y no con el hermano mayor, a pesar de que él también es joven.
- Se introduce el tema de los conflictos entre los padres, y la necesidad de proteger a la madre por parte del hermano mediano. Se menciona que en el hermano mediano ésta parece haber generado una barrera y se le pregunta a la hermana menor si esto también pudiera haberle afectado.
- Al abrirse el tema de la media hermana, se ponen sobre la mesa posibles emociones que estén rondando en la familia: “¿Cómo es que este tema se convirtió en una situación de vergüenza que debía ser ocultado?”.
- Se hace un reconocimiento al padre por enfrentar el tema de su hija mayor y abrirlo en la sesión. Se resalta que tanto los hijos con él tienen derecho a buscar una mayor claridad para mejorar la relación.

- Se menciona que el tema de la hija mayor movió la situación familiar, y se hace también el reconocimiento a la hermana menor por plantear sus dudas.
- Se les invita a recuperar su derecho a la claridad, que había sido callado como una prohibición o como un medio de protección. Se le plantea a la hermana menor el no pensar por su padre o madre, sino que se le alienta a buscar sus propias respuestas a las dudas. “Cuando hay huecos en la información se llenan con la imaginación y no sabemos qué tan certero es. El hablarlo puede llenar esos huecos con otra información”.
- “Cuando se abren los secretos en la familia, también ayuda a que se abran otras posibilidades, por lo que el sufrimiento y el enojo puede disminuir”.

Comentarios del equipo

- ¿Qué premisas hay detrás del tener otro hijo antes del matrimonio?
- ¿Fue realmente la petición de la madre lo que hizo que el papá no abriera el tema de la hija?
- ¿Qué tanto la madre puso a los hijos en contra del papá?
- La hermana menor se observa aliviada de que se abrió el tema.
- Se observa enojo por parte de la hermana menor y del padre. Él por tener que callar la historia y ella por no saber la información completa con anterioridad y directamente de su padre.
- Esta sesión podría hacer que el padre dé pasos atrás, y que no quiera volver a terapia. Por eso es importante hacerle un reconocimiento por abrir la información y por responder las preguntas de su hija.
- ¿La demostración de afecto del hermano mayor produce rechazo en la hermana menor?
- Será importante abrir un espacio para que la hermana menor pregunte las dudas que tiene con respecto a la historia de su media hermana, así como pedirle autorización al papá para hablarlo.
- Se observa un sistema polarizado: bueno-malo. La madre es vista como víctima.
- El padre juzga porque siente que lo juzgan. Se defiende.
- Es importante que el hermano mediano sepa que esto se habló en la sesión.
- El enojo del hermano mayor le permitió moverse de lugar para así confrontar al padre, ya que parece que él sabía mucho más de sus hermanos acerca de su media hermana.
- La hermana menor perdió al hermano mediano y a su mamá que eran quienes estaban más cercanos a ella.
- Existe una buena reacción de la familia ante la terapia. Sienten que funciona.
- La terapeuta habla de que no sentía una conexión con la hermana menor debido a que son muy cercanas en la edad, creyendo que tal vez lo que ella requiere es alguien más maternal. La siente como una hermana.
- El abrir el enojo puede hacer que las cosas fluyan más entre ellos.
- Flexibilizar a la familia, los equipos no tienen que ser una vez y para siempre.
- Se observó una buena respuesta de feedback: que el hermano mayor se fuera al final y uniera a la hermana menor y al papá.
- La familia es quien está lista o no para traer nueva información a la sesión.

Sesión 8: 13/abril/2016

Acuden: Padre, hermano mayor, hermana menor.

Al plantearle a la familia la cantidad de sesiones que quedan en el proceso mencionan que trabajaron lo de su mamá, pero falta lo de su papá. La hermana menor cree que su papá y ella están muy desequilibrados, ya que al irse su mamá ya no hay pretexto para estar juntos. Ella los unía. Parecen dos ideas simultáneas: el no querer estar con nadie y ver todo negativo y, por otro lado, pedir cercanía a su papá. La hermana menor menciona que sólo quiere volver a estar bien y que ahora tiene tiempo para ella y no sabe qué hacer con eso. Le está costando trabajo estructurar su vida. No recuerda cómo era su vida antes de la enfermedad. El hermano mayor recuerda que era una vida más estructurada, y la madre organizaba todo.

El hermano mayor habla de varios procesos sucediendo simultáneamente: el nido vacío, el duelo de la pérdida de la mamá, en el caso del papá es la pérdida de la pareja, su hermana está por terminar la carrera, lo cual eso genera inquietudes por los cambios de la vida de estudiante a la vida laboral. Menciona que la hermana menor expresa dos mensajes simultáneos: no los invita a su graduación, pero dice que no se acercan. el padre expresa su felicidad por la titulación de su hija. La hermana menor dice que le enoja el no reconocimiento de su papá, a menos que alguien le pida que lo reconozca. Se plantea un doble discurso: por un lado, el enojo de que lo vea como una obligación y por otro lado la aceptación de que su padre es una persona “fría” y poco sensible ante el afecto, expresando su reconocimiento de otras maneras. La hermana menor no siente que su papá valore su esfuerzo. Se introduce la idea de que pareciera que él no está diciendo que no lo valora o no le interesa y que esa segunda parte la concluye ella.

Para el padre estudiar es una obligación porque es una secuencia de la vida. La felicita, pero es una obligación. Dice que uno debe superarse intelectualmente. Dice que él lo demuestra con hechos. El hermano mayor habla de su propio proceso, y de cómo él ha tenido que superar la voz de su padre que le dice que nunca es suficiente, que siempre tiene que dar más porque lo que es una obligación no cuenta como un mérito. Los terapeutas mencionan que parecen dos discursos diferentes chocando constantemente entre sí. El de la obligación y el del mérito. Y pareciera que el discurso de la obligación le ha funcionado al padre para superarse en su vida. Pero a ellos no les ha funcionado. Se habla del abuelo paterno. Era muy exigente y lo obligaba a ir a trabajar, no importándole sus méritos académicos. Él padre era más exigente que la madre, ella demostraba más el afecto.

Para cerrar la sesión, se les pide a los tres que hagan una lista de las cosas que hacen, han hecho y harán como una obligación y aquéllas que son por gusto. También se habla de cómo hacer más presente la voz de la abuela paterna, ya que parece que la voz que prevalece es la del abuelo paterno, incluso pasando intergeneracionalmente a través del padre y del hermano mayor.

Intervenciones y preguntas
• Se cuestiona la idea de tener procesos largos para obtener resultados y efectividad: “¿En qué parte del proceso terapéutico creen que están?”. • Se introduce la idea de creación y construcción de las relaciones familiares, es decir, el que cada uno tome responsabilidad por las relaciones: “¿Cómo construir un tejido familiar?”. • Se cuestiona a la hermana menor sobre el hecho de querer relacionarse con otros, pero no hacer algo para que ocurra: “Parecen dos ideas simultáneas, el no querer estar con nadie y ver todo negativo y, por otro lado, pedir cercanía a su papá”. • Se le pide a la hermana menor que concrete sus sensaciones, indagando lo que ella hace para su bienestar: “¿Cómo sabes que estás bien?”. • Se explora la importancia de la abuela materna en la construcción del tejido familiar y la empatía: “¿Cómo se sintió la hermana menor cuando estuvo su abuela materna en casa?”. • Se indaga si las sensaciones de vacío se relacionan con el acomodo natural después del internamiento de la madre: “¿Esto se relaciona con el hecho de haber cuidado a la madre por tanto tiempo y que ahora ya no esté para llenar tantos tiempos?”. • Se buscan recursos en las vivencias pasadas (antes de la enfermedad): “Antes de que avanzara

la enfermedad la vida era otra. ¿Cómo era?”.

- Exploración de emociones en relación al duelo: “¿Sienten que se pueden dar tiempo y derecho a estar contentos, a pesar del duelo?”.
- Se le cuestiona a la hermana menor si está enojada, ya que el padre intenta tener un acercamiento con ella, pero no lo permite: “Parece que hay un doble discurso que va de la mano acerca de tu papá, por un lado, el enojo de que lo vea como una obligación y por otro lado la aceptación de que su padre es una persona “fría” y poco sensible ante el afecto, expresando su reconocimiento de otras maneras”.
- Se retoma el tema del reconocimiento del padre: “¿Por qué es importante para ti que él lo haga?”, “Pareciera que tu padre no está diciendo que no lo valora o no le interesa. Esa segunda parte la concluyes tú. ¿Qué diría si le preguntáramos?”.
- Se hace una descripción del padre, diciendo que es alguien que no suele ser “apapachador”, que es “frío”: “¿Cómo es que hay momentos en lo que lo justificas por ser de esta manera? Suena a que es un discurso con el cual se puede facilitar el entendimiento”.
- Al padre: “¿Cómo es una felicitación suya?”.
- El terapeuta habla de un caso que atendió, una pareja, él quería demostrar todo con hechos y para ella era más importante hacerlo a través del lenguaje. Compara a la hermana menor y a su padre con esta situación.
- Se abre la hipótesis de dos discursos paralelos, pero aparentemente contradictorios: “Parecen dos discursos diferentes chocando constantemente entre sí. El de la obligación y el del mérito. Y pareciera que el discurso de la obligación le ha funcionado al padre para superarse en su vida. Pero a ellos no les ha funcionado”.
- Se aborda el discurso de la obligación: “¿Es la obligación de un padre darles escuela a sus hijos o es un mérito?”, “¿Cómo ampliar el discurso de la obligación?”.
- Se plantean dos situaciones: “Un estudiante con todos los privilegios y otro no, ambos terminando una Licenciatura. ¿Qué vale más? ¿Entonces ustedes qué valoran?”.
- Se intenta comprender el discurso del padre: “¿Cómo se volvió el defensor de la obligación?”.
- Se realiza la técnica de la silla vacía trayendo a la sesión a los abuelos paternos: “¿Qué le recomienda hacer a su hijo para la educación de ellos?”. Se habla de cómo eran ellos: “¿Qué diría él? ¿Qué le diría ella?”.
- Se les pide a los tres (y también se le manda el mensaje al hermano mediano) que hagan una lista de las cosas que hacen, han hecho y harán como una obligación y aquéllas que son por gusto.
- También se habla de cómo hacer más presente la voz de la abuela paterna, ya que parece que la voz que prevalece es la del abuelo paterno, incluso pasando intergeneracionalmente a través del padre y del hermano mayor.

Comentarios del equipo

- La hermana menor pide al papá lo que le daba la mamá.
- La hermana menor podría expresar sus necesidades, pero no lo hace, y no permite que se

acerque la familia.

- El padre sí los cree capaces de tener méritos, aunque lo vea como obligación.
- ¿Están haciendo lo que hacen por darle gusto al papá, o porque es lo que quieren?
- Se habla de la importancia de hacer las cosas por obligación o por gusto propio.
- ¿Existen otras redes de apoyo para la hermana menor?
- La obligación la ayudado a seguir adelante, seguir yendo a la escuela. No dejar todo. La obligación vista como un aliado.

Sesión 9: 11/mayo/2016

Acuden: Padre, madre, hermano mayor, hermana menor.

La familia menciona el festejo del Día de las Madres en donde convivieron todos y estuvieron contentos. El hermano mayor vio a sus hermanos comprometidos con la madre en el festejo y cuenta que la hermana menor hizo un video de fotos de la vida de su mamá y de todos como familia, el cual fue muy conmovedor. Lo hace para recordar cómo era su mamá y la vida antes. Recordó lo que cada padre le dio durante su infancia y se le cuestionó si en la actualidad hay cosas que tanto ella como adulta y su papá pudieran retomar. Había un mejor vínculo entre la hermana menor y su padre durante su infancia, e incluso se considera que la hermana menor pasaba demasiado tiempo con ambos, ayudándoles a ser más unidos como padres.

El hermano mayor veía muy desunidos a sus papás como pareja, pero con la enfermedad el padre se asume muy distinto con su esposa. Lo notó más comprensible y cariñoso, mencionando que fue un cambio impresionante porque antes de la enfermedad había mucho enojo y conflicto. Los hijos reconocen al padre por ser tan responsable, preocupado y afectuoso con su madre.

La hermana menor se ve distinta. Retomó su terapia y va a acudir al psiquiatra. Ver que su mamá está alegre le da fuerza y las fotos del video tuvieron un gran impacto, ya que le hicieron recordar cómo era su mamá cuando estaba bien y eso la fortaleció. Se le reconoce a la dosis de energía y vitalidad. Los contagia a todos.

El padre dice que le impactó mucho el video y ver cómo sus hijos se conmovieron y lloraron. Le impactó recordar el pasado. Es curioso que intentan hablar de lo emocional, pero el padre se regresa al discurso de la obligación. Para él es lo mismo querer y tener que hacer algo, cuando para los hijos son conceptos diferentes. Dice que la madre ya no ve la realidad y que el video fue un homenaje a ella. No logra identificar la emoción que le generó. Los hijos mencionan que también fue un homenaje para el padre.

El hermano mayor menciona que la madre cubría el reconocimiento y habla de la importancia de que cada uno busque por sí mismo. La hermana menor habla de los procesos de cada uno, y de cómo el hermano mediano está adaptándose a vivir en pareja, así como ellos se adaptan a vivir sin el hermano mediano y sin la madre.

Para el cierre entra el equipo reflexivo a hablar de lo que se comentó en la intersección. La familia se percibe distinta, cada uno en su propio proceso, haciendo cosas diferentes. La hermana menor se observa diferente, los cambios le permiten ver a su mamá y papá desde una mirada distinta. Un tema importante es el del reconocimiento. El hermano mayor muestra el reconocimiento hacia su mamá. También ve que cada uno vive cosas individuales, con una visión de mayor autonomía, mencionando que es un buen momento para que el reconocimiento se busque en uno y no en el otro. Se puede ver la diferencia entre el inicio y el momento actual. El video los conmovió en vez de generar caos. Se ven los recursos de la familia y están intentando llegar a ser la familia que quieren. Se menciona que lo que la hermana menor hizo es digno de aplaudirse, ya que movió la parte emocional. Parece que es difícil como hombre darse permiso de sentir. Se tiene la impresión de que el señor El hermano mayor prefiere retirarse un poco, donde pueda manejar lo que siente, para no posicionarse como vulnerable. Se puntualiza que expresar una emoción no te deja vulnerable, sino diferente. Tal vez es algo que el padre pueda aprender de sus

hijos varones. Parece que contempla desde lejos y deja de querer controlar a sus hijos, por lo que es importante reconocerlo, ya que como hombre soltar el control es difícil. Querer que todo salga bien se vuelve una carga. Se percibe al hermano mayor cargando sobre su espalda el mundo. No se sabe qué tan cansado o costoso sea, pero se le pide que piense cómo sería soltarlo. Lo más probable es que alguien más tomaría el control de la situación y las cosas se resolverían. Se finaliza hablando de la aceptación hacia el otro que permite la convivencia.

Intervenciones y preguntas
• Se introduce la creación del video como una manera de construir el tejido familiar y la comunicación entre los miembros, sobre todo en la parte emocional y en las vivencias compartidas: “¿Cómo es que hiciste el video?”, “¿Qué te hizo pensar el hacerlo?” • Se exploran los recuerdos de la hermana menor con respecto a la relación con sus padres para que a partir de ahí se pueda comenzar a construir lo nuevo: “¿Qué particularmente te dio tu mamá?, ¿Y tu papá?”, “¿Cómo fue para ti encontrar que te dieron cosas ambos?”, “¿Hay cosas que podrían volver a pasar?”, “¿Tu papá te consiente de otros modos ahora?”, “¿Cómo te consentía?”. • Se habla del reconocimiento propio como parte de la autonomía: “Y además ya no eres una niña. ¿Te puede consentir de otra manera ahora?”, “¿Lo consentías tú?”. • Se explora la relación de la hermana menor y el padre: “¿Por qué lo seguías?”. Se le pregunta lo mismo al papá. • Se busca el impacto en los hermanos al nacer la hermana menor y convertirse en la consentida: “¿Cómo fue eso para tus hermanos?”, “¿Cómo fue que tu hermana menor creció más cerca de tus papás?”, “¿Los ayudó a ser una pareja más unida?”. • Se exploran los efectos en esas relaciones cuando aparece la enfermedad: “Y cuando La madre se enferma, ¿qué pasa con ellos tres (papás y la hermana menor)?”. • Se buscan explicaciones de la protección del padre hacia la madre a pesar de los conflictos: “¿Crees que fue por amor?”, “¿De dónde nació ese amor?”, “¿Pudo haber habido amor debajo del enojo?”. • En la institución les llama la atención que el papá y la familia siempre visitan a la madre porque los enfermos están abandonados, por lo que se indaga en la unión familiar que parece estar generándose, aunque ellos no la perciban: “¿Qué les hace pensar?”. • Se le reconoce a la hermana menor la dosis de energía y vitalidad. Los contagia a todos. • Se exploran las emociones del padre: “¿Qué le llamó la atención?, ¿Qué le hizo pensar?, ¿Qué le impacto?, ¿Qué generó?”. • Se cuestionan los discursos paralelos de obligación y placer: “¿Prefiere decir “quiero hacer” o “tengo que”?”. Se marca que para los hijos es diferente el tener al querer.

- Se pregunta a la madre qué quiere para su familia para incluirla en la conversación.
 - Entra el equipo reflexivo a hablar de lo que se comentó en la intersección.
- Comentarios del equipo**
- La familia ya no se observa tan estancada.
 - El movimiento de la hermana menor ayuda a flexibilizar a la familia.
 - El padre se mueve de lugar, pero no se lo reconoce por sus creencias “machistas”.
 - Vienen los hijos para reconocer a los padres y ya no para reclamar.
 - El hermano mayor toma una postura de control, orden y con dificultad para el contacto afectivo (se explica por la identificación con lo “masculino”). Intenta romper el esquema de masculinidad tradicional de su casa, pero también quiere darle estructura a su familia.
 - La hermana menor reconoce lo positivo y va creando su propia estructura. Toma una decisión para su bienestar.
 - El padre viene menos cargado de coraje hacia los hijos y lo que no hacen.
 - Los hombres se notan acartonados y distantes.
 - Futuro mensaje: Ahora les toca a ustedes construir el espacio que se ha creado en terapia.

Sesión 10: 1/junio/2016

Acuden: Hermano mayor, hermana menor.

El hermano mayor y la hermana menor comienzan la sesión mencionando que el padre tuvo que trabajar, por lo cual no pudo presentarse a la sesión familiar. La terapeuta menciona ver a la hermana menor con un mejor ánimo, más feliz, y ella menciona la emoción por finalizar sus estudios en la Facultad. Al parecer el hermano mayor ha estado más involucrado con ella, estando más pendiente y acompañándola en su proceso de titulación, lo cual es algo que ella también ha fomentado y permitido. Al hablar acerca de su relación ambos mencionan sentir una barrera entre ellos, por ambas partes. La hermana menor cree que se relaciona con el rol paterno que a veces su hermano sigue tomando, recordando que hubo una época cuando esto fue necesario para salir adelante, ya que el padre tuvo una época económica muy complicada y el hermano mayor se hizo cargo de la familia por un tiempo. Logra reconocer cuando el hermano mayor actúa más como su padre y cuando actúa como su hermano, mencionando que le agrada

mucho más el rol de hermano por la cercanía que esto genera. Cuando el hermano mayor actúa como padre usualmente entran en discusiones, sobre todo cuando siente que quiere imponer su opinión.

La hermana menor menciona que poco a poco ha ido sintiendo los acercamientos de su hermano mayor como hermano, y ha permitido que se sigan dando. Reconoce que le ha servido y acomodado que a veces actúe el papel de padre, aunque lo percibe rígido y le llega a enojar. Recuerda que este rol paterno le reconfortaba cuando su padre no estaba presente, pero que ahora le reconforta más el rol de hermano. El hermano mayor menciona gustarle más el rol de hermano, pero ella cree que está muy acostumbrado al rol de padre. Ambos reconocen que la terapia les ha servido mucho, ya que ha generado un mayor acercamiento físico y emocional entre ellos.

La hermana menor menciona que toda la familia es muy racional y que se les dificulta el contacto emocional con los demás. El hermano mayor lo relaciona con que su papá ha tenido más voz, ya que era el que mandaba en la casa por ser el proveedor principal. La voz de su padre les decía que todos tenían que estudiar, trabajar y ser racionales. Ambos mencionan querer resaltar más la voz de la madre, es decir, la parte emocional, manteniendo también lo racional del padre en algunos momentos.

Mencionan que la relación entre ellos ya es muy diferente pero que al mismo tiempo sienten cierto riesgo al “abrirse” con el otro, por miedo a la crítica o a la incompreensión. Al expresarlo se dio a notar cómo ambos se sentían de la misma manera. Creen que con el tiempo la barrera se irá rompiendo cada vez más, ya que ambos están luchando para que esto pase.

Intervenciones y preguntas	
•	Se cuestiona la idea de la barrera entre la hermana menor y el hermano mayor, indagando lo que pudiera estarla formando: “¿Cómo creen que se haya construido esta barrera entre ustedes?”, “¿El acompañamiento que le estás dando a tu hermana en su proceso de titulación,

puede ser una manera de ir rompiendo esa barrera?”, “¿Qué tanto permites el acercamiento de tu hermano?”.

- Se menciona la necesidad de que el hermano mayor tomara un rol paterno: “¿Fue necesario que en ese momento él actuara así?”, “¿En ese momento fue algo que ayudó?”, “¿Crees que aún sea necesario que el actúe como padre de vez en cuando?”, “¿Cuál rol te gusta más, el de padre o el de hermano?”, “¿Qué tanto este rol paterno influyó en que el rol de hermano no se creara en ese momento?”, “¿Se podría ir creando ahorita?”.
- Se introduce la hipótesis del discurso de obligación del padre como una parte fundamental de la creencia de que la familia es demasiado racional, comparándola con la otra parte emocional proveniente de la madre que han tenido olvidada: “¿Cómo es que prevalece la parte racional, a pesar de que describen a la madre como muy emocional?”.
- Se concreta la idea de ir creando una relación más fuerte a partir de hacer cosas para quitar la barrera: “¿Qué tan diferente podría ser la relación entre ellos?”.

Comentarios del equipo

- La barrera percibida entre los hermanos pudo haber sido creada por eventos contextuales y familiares que no tenían que ver con su relación, pero sí tuvo un efecto. La relación no pudo ser construida porque la necesidad era que el hermano mayor actuara como padre y no como hermano, a diferencia del hermano mediano, con quien sí tuvo la oportunidad de generar ese vínculo.
- Tal vez al hermano mayor le cueste soltar el rol paterno o quizás no sabe cómo hacerlo. ¿Cómo construir la relación para ir rompiendo la barrera?

Sesión 11: 31/octubre/2016 (Sesión de cierre)

Acuden: Padre, madre, hermano mayor, hermana menor.

Al iniciar la sesión, se menciona lo bien que se ve la madre físicamente, lo cual lleva a la familia a referir que le han dado un buen trato en el lugar donde está internada, además de que ellos la visitan y la sacan a pasear cada vez que pueden. Mencionan que ha ocurrido un evento particular en la familia pero que no quieren mencionarlo en frente de la madre, por lo cual se decidió que tanto ella como el padre salieran de la sesión a la sala de espera mientras el hermano mayor y la hermana menor hablaban al respecto.

Ambos hablaron acerca de la muerte de la hermana menor de su madre, quien creen fue asesinada por su pareja. Lo describieron como un feminicidio, mencionando la frecuencia con la

que esto se ha venido dando en el Estado de México, donde vivía su tía. Para los tres hermanos fue muy difícil esta pérdida, ya que veían a su tía como una hermana mayor por haber convivido tanto tiempo durante la infancia. Incluso se fue a vivir con ellos durante los primeros años de matrimonio de sus padres, por lo que la relación era muy fuerte. Mencionaron sentir mucha tristeza, enojo, frustración y confusión. El hermano mayor habla acerca de cómo, a partir de su trabajo como abogado, está intentando apoyar a su familia en toda el área legal. La hermana menor se ha sentido muy apoyada por sus hermanos y por su papá.

Ambos sienten que, aunque es una situación sumamente difícil, la familia ha estado muy unida y comunicada con respecto a la parte emocional. Cada uno de los hermanos y los primos han hecho algo para aportar a mejorar la situación, y ellos sienten que se han convertido en la generación responsable, ya que la mayoría de sus padres están llegando a la etapa de adultez mayor. Esto les hace sentirse cercanos y apoyados, ayudando a vivir los duelos de manera relacional y no aisladamente como lo hacían al inicio de la terapia.

La familia decidió no decirle a la madre cómo murió su hermana, ya que tienen miedo de que, si la exponen a la violencia que ellos observaron, podría empeorar su salud y generar un avance en la enfermedad. Creen que una de las razones por las que empeoró su condición hace unos años, fue porque estuvo expuesta a emociones muy fuertes y mucho estrés relacionado con la muerte de otro de sus hermanos. Esto les ha venido generando culpa durante la enfermedad, por lo cual prefirieron mantener la información oculta en esta ocasión (aunque no estén realmente seguros de si su madre aún puede comprender cognitivamente la información).

El hermano mayor habló sobre la posibilidad de adoptar al hijo de su tía, quien tiene solamente siete años, ya que para él es una manera de mantener viva la relación con ella, además de que hace algún tiempo le prometió que siempre lo iba a procurar y cuidar. Se habló acerca de la

importancia que tienen los vínculos familiares para ellos, y el cuidado de las relaciones con los familiares más cercanos. Esto les hace notar que el miedo que sentían al inicio de la terapia había desaparecido, ya que, en lugar de romperse el vínculo emocional, este se ha venido fortaleciendo con el tiempo gracias al trabajo que han venido haciendo individualmente y como familia.

Al llegar a esta conclusión, se decide que es hora de hacer pasar al padre y a la madre para hacer el cierre del proceso y proceder con las despedidas.

Intervenciones y preguntas
• Se resalta que el tejido familiar que han venido construyendo en este año se puede observar con mayor fuerza en momentos de crisis: “¿Qué les hace pensar acerca de ustedes como familia ahora que están pasando por un proceso muy difícil de duelo, sumándose a los otros duelos que ya estaban?”, “¿Se ha desvanecido el miedo de que la familia podría dividirse y separarse sin la presencia y la conexión emocional que generaba la madre?”, “¿Cómo se ven como familia ahora?”, “¿Qué piensan de ustedes mismos como adultos?”, “¿Se sienten diferentes ahora que cuando comenzó la terapia?” • Se respeta las decisiones que toman como familia y se indaga cómo es que ahora pueden decidir juntos y vivir lo que venga unidos, y no cada uno en su individualidad: “¿Cómo llegaron a esta decisión?”, “¿Cómo es que ahora han logrado comunicarse entre ustedes?”. Comentarios del equipo • Es complicado saber si la madre comprende la información cognitivamente o si solamente existe la comunicación sensorial. • La familia ha creado un tejido relacional que será útil para cualquier situación difícil. • Todos han tomado un papel más activo en la creación de un vínculo más cercano y afectuoso. Ya no esperan que se logre espontáneamente. • Es una familia con muchos duelos simultáneos, pero que han encontrado una manera de vivirlos juntos y no aislados. • Se observan herramientas para seguir adelante sin la terapia. Es de utilidad que cada uno esté en un proceso terapéutico individual.

3.1.2.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica

Sistema significativo

- El padre, actualmente sigue siendo el principal sostén económico de la familia, y se ha convertido en el cuidador primario de su esposa desde que la enfermedad provocó un

deterioro general importante, lo cual es algo que le genera un gran desgaste y molestia por estar acostumbrado a ser cuidado. Parece estarse apoyando mucho en la hija. Es una figura a la que los hijos quieren complacer en sus expectativas, buscando constantemente su reconocimiento, al igual que él lo hizo con su propio padre. Mantiene una relación más cercana con el hermano mayor y con la hermana menor, los cuales parecen acoplarse más al molde familiar; en cambio, con el hermano mediano existe una relación conflictiva, al no cumplir con lo que se espera de él. Puede ser definido como “el defensor de la obligación”, ya que cree firmemente que existe un camino “correcto” a seguir como parte del proceso de la vida, viendo como obligaciones los logros académicos de sus hijos, naturalizando lo que ellos consideran un esfuerzo.

- La madre, ocupaba un rol central en la familia antes del desarrollo de la enfermedad; era el sostén y la conexión emocional entre los miembros. Tenía el rol de cuidadora y se encargaba de dar afecto a la familia. Era la que organizaba la cotidianidad y parece que era la persona que se encargaba de comunicar al resto de la familia. Ahora su rol es de enferma y su participación en las sesiones se observa desde lo analógico, a través del contacto físico con la familia y con los terapeutas con intentos verbales. Puede ser definida como “la ausente”, ya que aparece solamente como un recuerdo y como una presencia anhelada por su centralidad y su afectividad.
- El hermano mayor, puede ser definido como “el hijo pródigo”, ya que es el que más se acerca a lo que el padre considera “correcto”, teniendo un lugar privilegiado y, por lo tanto, manteniéndose alejado de sus hermanos. Sin embargo, no cree que llene los requisitos del padre. Cuando su madre enfermó adoptó un rol de liderazgo en la familia, aunque después sale del sistema familiar y se va a vivir con su pareja, pasándole la batuta a los demás. Su

posición central en la familia se observa desde la moralidad, pues su palabra tiene mucho peso, así como su ejemplo como hermano mayor. El padre se apoya constantemente en él, viéndolo con respeto y admiración; aún así, siente que no cumple con las expectativas del padre, y sigue en la búsqueda ese reconocimiento, lo cual parece generar sufrimiento.

- El hermano mediano es el “el escapista y el rebelde”, ya que pareciera que ha encontrado en el exterior y en el trabajo una manera de sobrellevar la situación familiar, alejándose cada vez más de su padre y sus hermanos. Es el hermano que menos se acerca a las expectativas del padre, y podría ser que solamente alejándose puede vivir de manera diferente sin sentirse juzgado y presionado por la voz del padre. Aunque es quien se describe como el más agresivo con su madre por el enojo que siente debido a su enfermedad, también es a quien la madre tiene más presente y de quien más cerca está. El hermano mediano es quien convoca a la familia y la reúne para la sesión familiar. En algún momento fue el cuidador principal de la madre, pero ahora ha cedido esta responsabilidad por haber sido mucha la carga que recayó sobre él.
- La hermana menor es la que más tiempo pasa en casa y la que se encarga, junto con su padre, de las citas médicas, de los medicamentos y de los cuidados diarios de su madre. Parece que el padre se apoya mucho en ella y ésta ha ocupado, en cierta medida, el rol de cuidadora que tenía la madre. A raíz de sus aprendizajes personales y el control emocional aprendido en su terapia individual, genera otras interacciones familiares en las que existe mayor cordialidad y respeto. Tampoco se siente completamente reconocida por el padre. Puede ser vista como “la atrapada”, ya que es la única hija que queda en casa, y sin la madre presente, parece estar ocupando un rol de cuidado al padre, aunque la relación se haya tornado conflictiva. También

se le observa atrapada en las creencias que tiene acerca de su familia, lo cual le impide tener un mayor acercamiento hacia su hermano mayor y su padre.

- Familia extensa de la madre. No están presentes en la vida de la madre. Antes se creía que era por indiferencia y rechazo, pero ahora han llegado a pensar que es por miedo a la enfermedad, por no querer revivir experiencias pasadas (otros familiares han muerto por esta enfermedad), por falta de tiempo y por lejanía.
- La abuela materna. La madre la tiene muy presente y le gusta que su esposo la lleve a visitarla. Es la persona que sustituye las funciones afectivas que tenía la madre en la familia: preocupación, afecto, comprensión, organización.
- Abuela paterna. Es una voz afectuosa, comprensiva y apapachadora.
- Abuelo paterno. Es la voz de la obligación que valora el área laboral por encima de todo. Parece ser la voz que con más fuerza se ha transmitido a nivel intergeneracional.
- La escuela. Funciona como estructura y como una fuente de reconocimiento del padre.
- Las parejas. Funcionan como apoyo y comprensión.
- La hermana de la madre. Padece Corea de Huntington. Se ha convertido en un referente del miedo que la familia extensa tiene hacia la enfermedad.
- La novia del hermano mayor. Al mostrarle afecto y atención a su suegra, se convirtió en un ejemplo para la familia de la forma en que ésta reacciona cuando se le trata con cariño y dedicación. Se convirtió en un referente para el trato con Margarita, y mostró la manera en que ésta se comunica de otras maneras, entre ellas, con la parte afectiva y sensorial.
- Equipo de salud. Han ocupado un papel central en la familia desde que comienza la enfermedad. Dan información, atención y cuidado. Ahora forman parte de la clínica donde

está internada la madre, dándole protección, afecto y todos los cuidados especiales que requiere. Son una segunda familia.

- Terapeutas y equipo terapéutico. Por lo que han manifestado, el espacio terapéutico se ha convertido en un lugar de comprensión y confianza, donde pueden hablar y abordar temas que en la vida cotidiana se evaden. Los terapeutas y el equipo significan apoyo. Son “Los traductores”, ya que funcionan como una conexión entre los miembros de la familia, creando puentes de significados entre ellos para lograr un acercamiento a través de la comprensión y aceptación de los otros.

Historia familiar

La madre funcionaba como la estructura de la casa, ya que era la que organizaba y cuidaba a todos. Mientras ella tenía el rol de ama de casa, el padre era el proveedor del hogar, aunque también menciona que estaba pendiente de sus hijos, describiéndose como un padre unido a ellos. La madre tenía un rol central en la conexión emocional de la familia.

En cuanto a los hijos, el hermano mayor menciona que lo comparaban constantemente con algunos familiares con respecto a las calificaciones, lo cual hacía que se sintiera tonto. Aunque le costaba trabajo la escuela, se dedicó a ella y obtuvo buenos resultados académicos. Parece que esto le dio un trato especial por parte del padre. El hermano mediano, por el contrario, se describe como un chavo sociable y extrovertido, que disfruta de salir y divertirse con sus amigos, dándole menos prioridad a los estudios. Esto ha generado un constante reclamo por parte del padre a través de los años, quien aún le recuerda que por trabajar no se ha dedicado a terminar la preparatoria. El hermano mayor parece haberse convertido en el referente principal, generando constantes comparaciones y conflictos entre los hermanos. La hermana menor menciona no sentirse reconocida por sus logros, entre ellos, el haber entrado a una preparatoria de la UNAM

después de haber estado en colegios particulares. Ella tuvo que trabajar para pagarse el examen cuando la familia tuvo problemas económicos. Se alcanza a detectar que el padre tiene predilección por su hijo mayor, e incluso por la menor; con lo cual se intuye que probablemente esto influya en el fuerte lazo entre la madre y el hermano mediano.

El padre habla sobre su historia familiar. Menciona que su padre, quien es libanés, no lo dejaba estudiar y lo obligaba a trabajar, por lo que tuvo que sacar la preparatoria a escondidas, en contra de su voluntad. Refiere nunca haberse sentido reconocido por su padre, aunque dice que sí lo apoyaba. Intentó ser diferente con sus hijos, ya que cambió los métodos de disciplina que su padre utilizó con él, por ejemplo, los golpes. Parece que a lo largo de su vida tampoco se ha sentido reconocido por sus hijos, al igual que ellos tampoco lo sienten con su padre.

En el 2011 se detectó la enfermedad, la cual comenzó a manifestarse tiempo antes por excesivos cambios de humor, irritabilidad, conductas agresivas y síntomas depresivos. Se menciona que antes de esto la madre era una persona alegre, amorosa y amigable. Al inicio de la enfermedad, fue el hermano mayor quien tomó la batuta de las labores domésticas en la casa, pero después se dividieron las tareas y cada quien se hacía responsable de lo propio. El padre lava su ropa y la de su esposa, y es quien le hace de comer y la cuida en todos los aspectos. Al parecer el hermano mediano fue el cuidador primario durante los dos primeros años de la enfermedad, lo cual tampoco es reconocido por el padre.

Cuentan que una hermana de la madre también tuvo Corea de Huntington. El hermano mayor refirió que puede comprender que la familia de la madre no se acerque a ayudarlos, ya que ellos tampoco lo hicieron con su tía; él interpreta este alejamiento no como falta de cooperación, sino como no querer estar frente al dolor y la preocupación de ver a la madre cada vez peor. A la

hermana menor le molesta mucho esta situación, y lo interpreta como desinterés, egoísmo e indiferencia.

Procesos familiares

- *Proceso de búsqueda de apoyo profesional.* La familia ha estado en un proceso de búsqueda de apoyo médico y psicológico desde hace más de cuatro años, cuando la madre comenzó a enfermar. También buscan un lugar para internarla debido a que la familia está sobrecargada física y emocionalmente, y saben que existen muchos riesgos cuando se queda sola en casa mientras ellos realizan sus actividades cotidianas.
- *Proceso de reorganización familiar alrededor de la enfermedad.* Ha existido una readaptación y una reorganización familiar debido a la enfermedad, ya que los roles familiares se han modificado desde que ella pasó de ser la cuidadora a ser la cuidada. El hermano mayor se está acercando más a la familia y se muestra dispuesto a cooperar no sólo económicamente, ahora asumirá un rol más operativo.
- *Proceso de reconfiguración familiar por el internamiento de la madre.* El internamiento generará otra reorganización de roles familiares, ya que la madre ya no estará presente en la casa. Se están presentando cuestionamientos acerca de lo que ella pueda sentir y pensar acerca de esta elección, asimismo se muestran preocupados por sentirse culpables o con remordimiento.
- *Proceso de sintonización emocional entre los integrantes de la familia.* La familia busca constantemente sintonizarse entre ellos, aunque parece haber ciertas creencias acerca de sí mismos que se los impide.
- *Proceso de duelo ante la enfermedad.* La familia ha estado en diferentes duelos debido a la enfermedad, en un proceso de admisión y aceptación. Primero el duelo de observar el

deterioro de la madre y de saber que no volverá a ser como antes; también el duelo de todos los cambios vividos en casa al tener a un familiar con una enfermedad crónica y degenerativa; y ahora existe el duelo por el probable internamiento. Más adelante vivirán el duelo por la probable muerte de la madre.

- *Proceso de conocimiento de la enfermedad y de la probabilidad de padecerla.* Probablemente los hijos están en el proceso de admitir que existe una alta probabilidad de que ellos puedan padecer la enfermedad en un futuro, lo cual es algo que no parece estarse enfrentando en la actualidad. Para conocer más acerca de la enfermedad y de los cuidados que hay que tener con la madre han propuesto asistir a pláticas informativas, probablemente esto provocará que tengan que enfrentar su miedo a saber si heredaron la enfermedad.
- *Proceso de ajuste entre el funcionamiento individual y familiar.* Existe una superposición entre el ciclo vital de la familia y el ciclo vital de cada individuo ya que la enfermedad no permite que el curso “normal” del crecimiento y desarrollo personal se realice. A los miembros de la familia les está resultando muy complicado tener una vida “propia” y a la par continuar con el cuidado de la madre. Aún no llegan a un equilibrio entre la cohesión y la autonomía.
- *Proceso de incorporación de la madre a un sistema de apoyo y desvinculación física.* La familia vuelve a pasar por un proceso de reajustes y reacomodos, en donde dejan de ser los cuidadores primarios y tienen que comenzar a ocuparse de ellos mismos y de todo lo que dejaron pendiente a partir de que la enfermedad los comienza a invadir.
- *Proceso de apertura hacia nuevos sistemas para incluir la atención médica y sus requisitos entre los familiares.* La familia sentía culpa al dejar entrar ayuda externa al sistema, ya que lo

veían como un abandono. Actualmente parece que la necesidad los sobrepasó, generando un cambio en las barreras familiares.

- *Proceso de duelos simultáneos: “el nido vacío”*. Desde la salida de la madre y el hermano mediano del núcleo familiar, la hermana menor y el padre sienten un gran vacío en la casa, así como un distanciamiento entre ellos al no tener a las personas que funcionaban como conectores emocionales. Esto se conecta con el siguiente proceso: el abandono del rol de cuidadores primarios.
- *Proceso de abandono del rol de cuidadores primarios*. La familia estaba tan acostumbrada a ocupar su tiempo en el cuidado de la madre, el cual se fue haciendo cada vez más absorbente, que actualmente están teniendo dificultades para reestructurar sus vidas, y voltearse a ver a sí mismos y sus propias necesidades y metas. Esto se conecta con el duelo por las diversas pérdidas.
- *Proceso de crecimiento y búsqueda de autonomía (diferenciación)*. La hermana menor está en una etapa de crecimiento y de toma de decisiones al estar por terminar su Licenciatura, para lo cual se siente poco apoyada por sus familiares, sintiendo la falta de su madre, su comprensión y su afecto. Requiere el reconocimiento de su madre, y le reclama al padre por no poder dárselo. El hermano mediano también vive una etapa de autonomía al irse a vivir con su pareja. Parece que esto lo ha mantenido lejos del núcleo familiar. También podría decirse que el hermano mayor está viviendo una etapa similar al cuestionarse constantemente el reconocimiento no obtenido por parte de su padre y al poner en duda la voz del padre que le dice que haga lo que haga, nunca será suficiente, porque todo es parte de la obligación y no un mérito.

- *Proceso de aceptación de la ruptura del ciclo vital de la familia y la entrada a una vida que les atemoriza.* Esta familia vive todos estos cambios de una manera muy diferente a la que se espera en el ciclo familiar. La ausencia de la madre como pareja y como madre genera una gran inestabilidad familiar.
- *Proceso terapéutico.* Se observa el reconocimiento de dominio de existencia diferente, la confianza, la esperanza en que la terapia puede funcionar y la familia da pruebas de ello, la conversación se vuelve un diálogo y no un monólogo; existe resonancia.

Creencias familiares

- Es importante acudir con el equipo de salud para buscar orientación respecto al tratamiento de las enfermedades, aunque éstos no nos expliquen la situación con claridad.
- La familia debe de ver por sus miembros enfermos. Desde que la madre enfermó requiere de cuidados especiales.
- Estudiar psicología ayuda a entender y asimilar las situaciones personales. La psicología da apoyo emocional.
- Sin la madre el apoyo emocional se obtiene del exterior, por ejemplo, de las parejas. Sin la madre la familia perderá comunicación y se separará.
- El internamiento puede generar un sentimiento de abandono y culpa.
- Ya perdimos a la madre, a la persona normal que era.
- Los esposos deben cuidarse siempre, de lo contrario significa abandono.
- Para que la madre no se lastime, debemos cuidarla y vigilarla todo el tiempo.
- Los problemas se originan por la falta de comunicación entre los involucrados.
- Al estar fuera de casa es más sencillo comprender a los padres porque las responsabilidades aumentan.

- Los hijos le deben obediencia y respeto a los padres. Los hijos deben cumplir con las expectativas de los padres.
- Para que yo me comprometa es necesario que los demás lo hagan.
- La falta de organización significa falta de compromiso y miedo a enfrentar la enfermedad; también significa falta de información.
- La madre puede sentir y comprender lo que ocurre. El que no obedezca a veces conlleva una intención.
- La madre puede sentir pero no comprender.
- Es un deber cuidar de quienes nos cuidaron en otro momento.
- Los procesos terapéuticos deben ser largos para ser efectivos.
- Sin la presencia de la madre ya no hay un pretexto para que la familia esté junta.
- Las necesidades personales deben ser adivinadas por las personas cercanas.
- La felicidad es algo que está permitido expresar a pesar de estar pasando por un duelo.
- Los padres deben expresar su reconocimiento a los hijos.
- Los hijos tienen que cumplir con sus obligaciones.
- Las obligaciones no necesitan ser aplaudidas.

Premisas

- Expresar emociones es signo de debilidad.
- El maltrato son golpes.
- Las emociones son peligrosas.
- Hay ciertas emociones que están permitidas para cada situación.
- La familia debe permanecer unida frente a la enfermedad.
- El enojo en la familia es falta de respeto.

- La tristeza se expresa a través del enojo.
- El reconocimiento de las emociones permite la solución de problemas.
- El chantaje y el reclamo son las formas de pedir lo que se necesita.
- Las personas que estudian serán exitosas en la vida.
- Es importante sentirse reconocido.

Elementos que configuran y reconfiguran el sistema

La enfermedad de la madre ha generado muchos cambios en la familia, tanto a nivel operativo como emocional y relacional. Generó cambios en los roles familiares, ya que los hijos tuvieron que aprender a ser independientes de manera abrupta y se convirtieron en cuidadores cuando estaban acostumbrados a ser cuidados por la madre; el padre tuvo que aprender a cuidar de sí mismo: la familia está en la búsqueda de nuevas formas de relacionarse y de conectarse emocionalmente.

El internamiento de la madre provocó mucho movimiento a nivel familiar. Por un lado, la familia está recobrando energía después de muchos años de cuidado y desgaste, y al mismo tiempo intentan adaptarse a la vida sin ella y a la sensación de vacío y soledad. En el caso del padre, quien padece el síndrome del cuidador primario, parece estarle costando trabajo el ajustarse a vivir sin su esposa; al mismo tiempo que siente tranquilidad por saber que la madre está siendo mejor cuidada, también siente culpa por “haberla abandonado”.

La salida de los hijos del núcleo familiar genera que la familia tenga que reorganizarse con los miembros restantes, tanto a nivel operativo como emocional. Cuando el hermano mayor sale de casa hace algunos años, la familia tuvo que pasar por un proceso de reestructuración para acomodarse a las necesidades de la madre y a la enfermedad. Ahora que el hermano mediano está por salir de casa, algo similar ocurrirá.

Niveles sistémicos y contextos

Cada miembro está viviendo situaciones diferentes a nivel individual. El hermano mayor está en su etapa de adultez, viviendo con una pareja y adaptándose a lo que implica el hacerse responsable de uno mismo. El hermano mediano está por vivir algo similar, ya que ha tomado la decisión de irse a vivir con su novia. La hermana menor está en una etapa de estudiante, aunque al mismo tiempo, la situación familiar la ha obligado a crecer con mayor rapidez, es decir, a hacerse responsable por sí misma e incluso por otros miembros de la familia. Estos hijos viven al mismo tiempo el duelo por haber perdido la imagen y la forma de ser que veían en su madre; siguen intentando cumplir con las expectativas del padre, y al mismo tiempo intentan cuidarlo por verlo muy desgastado. Por parte del hermano mediano y de la hermana menor existe miedo de crecer e independizarse por miedo a que el padre se quede solo; esto dificulta el proceso normal de crecimiento de los hijos, sobre todo de la hija menor.

El padre está en una etapa del ciclo vital de la familia en la que se supone existe un reencuentro con la pareja al marcharse los hijos; en lo que puede observarse, el padre considera haber perdido a su esposa, ya que desde que comenzó a presentar los síntomas de la enfermedad, toda ella cambio. Ahora con el deterioro presentado, el padre no encuentra la manera de adaptarse a la sensación de soledad; incluso estando con sus hijos se siente solo. Antes el cuidar de la madre le daba una sensación de utilidad y le ayudaba a sentirse acompañado; ahora que fue internada, y que tiene una nueva familia en la institución, el padre está intentando adaptarse a las nuevas circunstancias, siendo necesario el cuidar de sí mismo. La institución donde fue internada la madre funciona como apoyo a la familia, lo cual probablemente ayude a que la reorganización de la familia se dé con mayor rapidez.

Las personas que conforman esta familia provienen de contextos muy distintos, lo cual puede llegar a dificultar la adaptación a las nuevas circunstancias. El padre viene de un contexto en donde se le daba mayor prioridad al trabajo y a la utilidad práctica, y no se consideraba que los estudios fueran necesarios para sobrevivir. El padre se rebela ante su contexto y decide estudiar en contra de la voluntad de su padre. A esto se le da una importancia mayúscula por el hecho de que en esos tiempos, el contradecir a los padres era sinónimo de falta de respeto.

Esto parece estar generando conflictos en la actualidad con los hijos, ya que hoy en día se respeta el libre albedrío y las decisiones propias, sin importar las diferencias con la familia de origen. La convivencia entre personas de generaciones tan diferentes parece provocar alteraciones de los procesos familiares y personales. La conexión entre las historias familiares se puede observar al ver cómo el hermano mediano repite la historia de su padre, generando una pauta diferente que puede provocar un cambio en las creencias familiares.

Las instituciones y en este caso los terapeutas, juegan un papel muy importante en la adaptación de los sistemas familiares a las nuevas ideas y creencias culturales, ya que los conocimientos parecen avalar las diferencias. Por ejemplo, el introducir información relacionada con la autonomía de los hijos y la toma de decisiones individuales incluso por encima de las prioridades de los padres, puede promover el cambio de visión en el padre y la comprensión por parte de los hijos.

Tiempos

Pareciera que la familia está ubicada sobre todo en el tiempo presente y el pasado, ya que el tiempo futuro es amenazador. Se habla sobre el pasado y la dificultad para acomodarse en el presente con los nuevos roles de cada uno, sobre todo de la madre. El futuro podría implicar miedo e incertidumbre, ya que los hijos podrían padecer la enfermedad (50% de probabilidad), la

cual es crónica, degenerativa y no tiene curación. La familia se encuentra ubicada en el presente inmediato, con un pasado que convierte al tiempo en irreversible, lo que les dificulta observar posibilidades para el futuro. No se habla de planes familiares más allá del cuidado y mucho menos de planes individuales. La enfermedad ha cristalizado la posibilidad de cambio o, mejor dicho, de no cambio para la familia. También se enfocan en el pasado, en las situaciones que no han podido solucionar y las traen al presente, lo cual complica el alcance de sus objetivos. La incertidumbre que les genera el pensar en el futuro ha imposibilitado, hasta el momento, generar cambios en la dinámica familiar.

Al avanzar en las sesiones, se empieza a notar un gran avance hacia pensar en el futuro. Se habla del miedo de padecer la enfermedad, lo cual les ha impedido tomar acciones en el presente. También se mencionó que el hermano mediano ha decidido irse de su casa próximamente para vivir aparte con su novia. Ahora que se dio el internamiento de Margarita, probablemente la familia tenga que empezar a trabajar más en el presente pensando en el futuro.

Hipótesis sistémica

La familia sigue atravesando el proceso de duelo al mismo tiempo que cada uno va viviendo sus etapas como individuos.

La hermana menor está en la etapa de finalización de la carrera y el inicio de la vida laboral, con la frustración y tristeza de no tener a su madre para apoyarla, reconocerla, alentarla y comprenderla.

El padre vive la partida de los hijos como parte de un proceso normal de vida y su vejez, pero sin el apoyo y la compañía de su pareja; probablemente esto pueda dificultar la salida de la hermana menor, ya que llega a vivir el crecimiento de sus hijos como un abandono, potencializado por la falta de su esposa.

El hermano mayor intenta constantemente luchar contra la voz de la obligación y el reconocimiento del padre, sintiendo que por más que haga, no podrá cumplir con sus expectativas. Parece querer romper con este mandato familiar utilizando los estudios y las múltiples terapias. Tal vez el no tener la voz de la madre hace más fuerte la voz del padre, la cual es una voz que viene desde la generación anterior (abuelo paterno).

El hermano mediano intenta sobreponerse a la situación de la madre buscando su autonomía lejos de la voz de la obligación del padre, intentando construir algo diferente con su pareja.

Estos procesos de diferenciación vividos por cualquier familia se ven afectados por las pérdidas y por la reestructuración que esto genera en la familia, probando la rigidez o flexibilidad de la familia y de los individuos en el proceso de adaptación. La relación con la enfermedad y con las instituciones y con los expertos se ha ido modificando. La familia se enfoca en otros problemas fuera de la enfermedad de La madre y se abordan situaciones que estaban en pausa desde antes de la enfermedad. Cada individuo intenta retomar su vida como individuo comenzando a tener una mayor visión hacia el futuro.

Pronóstico: la reorganización familiar irá fluyendo conforme cada persona siga viendo por sí mismo sin dejar de lado a la familia, cuidando a los otros en lo necesario. La comunicación se puede ir ampliando poco a poco ayudando a tener una mayor comprensión y aceptación de los demás, no esperando que cumplan con las propias expectativas o cumplir las de otros. Los procesos individuales ayudarán, en este momento parecen ser más importantes que el familiar. El sistema se vuelve cada vez más flexible y se va ajustando a los cambios del ciclo vital.

3.1.2.3. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en la sede que fue escenario del trabajo clínico

Aperturas

- El motivo que los trae a consulta.
- Las sensaciones de cada uno con respecto al diagnóstico y al internamiento.
- Las consecuencias en la familia por la enfermedad.
- La evolución de la enfermedad.
- El rol que cada uno tiene alrededor de la enfermedad.
- El rol central que tenía la madre en la conexión emocional de la familia.
- Los miedos de separación y desunión de la familia.
- El reclamo del padre a sus hijos.
- El acomodo de la nueva imagen de la madre.
- Expectativas de cada miembro.
- La poca participación que tiene el hermano mayor en la familia.
- La intención del padre de incluir al hermano mediano a la familia.
- Discusiones entre el hermano mediano y el padre.
- La diferencia en la relación entre el hermano mayor y su padre y los hermanos y el padre.
- El respeto que hay entre el hermano mayor y su padre.
- Las correcciones que hacen los hijos al padre.
- El aprendizaje de la hermana menor en su terapia individual.
- El cansancio que la familia experimenta por el cuidado de la madre.
- El miedo de los hijos a la enfermedad.
- Confusión acerca del nivel de comprensión de la madre.
- La culpa generada en la familia por el internamiento.
- El sufrimiento por la ausencia de la madre.
- El padre justifica la ausencia del hermano mayor en la familia.

- Expectativas del padre con respecto al estudio.
- La falta de reconocimiento en la familia.
- La relación del padre con su padre.
- La decisión del hermano mediano de independizarse.
- La búsqueda de reconocimiento por parte de los hijos.
- Los malos tratos de la madre hacia su esposo.
- La relación con la familia materna.
- El deterioro de la madre debido a la enfermedad.
- Aceptación de los cambios después de la enfermedad.
- El distanciamiento del padre con los hijos.
- El papel de la abuela materna en la familia.
- La reacción de defensa del padre cuando la hermana menor habla de la desconexión emocional entre ellos.
- Apertura de un secreto familiar.
- El hermano mayor enumera los diferentes procesos y duelos por los que está pasando la familia.
- La autonomía vista como abandono.
- El papel de la obligación en la familia.

Circularidad

Al escuchar la retroalimentación de la familia pude ir modificando mis propias hipótesis. Al principio tenía algunos prejuicios de género y sobre la discapacidad, los cuales fueron cambiando a lo largo de las sesiones. Lo que yo percibí como discriminación de género por parte del hermano mayor ahora lo entiendo como una actitud de defensa hacia la terapia, es decir, hacia el

enfrentar situaciones difíciles y dolorosas. Su actitud probablemente no tenía que ver conmigo, sino con lo que él estaba sintiendo. También fui modificando mis hipótesis acerca de la madre, ya que al principio pensaba que ella no podría entenderme o que no podría conectarme de ninguna manera con ella, lo cual fue muy diferente con el paso del tiempo.

Se fueron modificando otras hipótesis con respecto a las relaciones interpersonales. Al principio creí que la hermana menor era la más cercana al padre y que el hermano mediano llevaba una muy mala relación con la madre; después se introdujo información acerca de la preferencia del padre por el hermano mayor, y las deducciones hechas sobre la cercanía entre la madre y el hermano mediano.

Prejuicios

- Prejuicio hacia la discapacidad y la enfermedad de la madre, ya que, al principio, por observaciones previas, le preguntó el nombre a uno de sus hijos y no a ella directamente, pensando que quizá ella no podía comunicarse.
- Prejuicio hacia la discriminación de género, ya que la terapeuta tuvo la impresión de que fue tratada de manera diferente por ser mujer, es decir, menos tomada en cuenta.
- El percibir al padre como alguien poco accesible.
- Considerar que la madre no entiende de significados.
- Prejuicio de ver a un padre rígido, lo que puede llevar a los terapeutas y equipo a no mostrarse empáticos y entender que él también se encuentra atrapado en esos discursos.
- Prejuicio de la relación entre el padre y la suegra, ya que se generaron dudas acerca de la convivencia tan estrecha.
- Prejuicio de observar al padre como machista, lo cual puede llevar a no creer en lo que dice acerca de la madre y su relación, lo que llevaría a descalificar al consultante.

- Prejuicio de ver que el padre no muestra emociones en los discursos podría llevar a interpretar que no está recibiendo la información que se está viendo en las sesiones.
- Prejuicio de que el hermano mayor, al haber tenido procesos terapéuticos individuales, entiende muy bien todo lo que ocurre en su familia.
- El prejuicio de categorizar al padre como violento, puede llevar al equipo a dejar de empatizar con él y no ver su dolencia o las cosas que también está defendiendo.
- Los síntomas se relacionan con el hecho de que la familia está atorada en pasar a una nueva etapa del ciclo vital de la familia, por ejemplo, la depresión vista como miedo a convertirse en adulto y como una protección al status quo.
- Es difícil que los adultos mayores puedan adquirir nuevas maneras de ver la vida y nuevas perspectivas porque están muy “casados” con sus puntos de vista.

Emociones emergentes

Al principio creí que iba a serme muy complicado conectarme con el caso, ya que creo tener muchos prejuicios con respecto a la discapacidad. Me di cuenta que mi proceso personal con el Alzheimer de mi abuelo generó sensaciones de tristeza, relacionadas con el duelo de su muerte, la cual ocurrió unos meses antes de iniciar el caso. Esta vivencia personal me hizo tener una referencia para conectarme con la situación de los consultantes, incluyendo la vivencia de la pérdida y del duelo. Creo que el observar el deterioro de mi abuelo me sirvió para intentar comprender a la madre y a su familia, sobre todo por la confusión que genera la posibilidad de que puedan entender lo que ocurre a su alrededor a pesar de la enfermedad. La conexión a través del afecto y de la comunicación no verbal, incluyendo el cariño expresado a través de lo físico, me ayudó a observar las reacciones de la madre ante estas demostraciones de afecto.

También me sentí conectada por el hecho de que la familia del padre sea libanesa. Aunque casi no conviví con mi bisabuelo, que era libanés, sentí que podía comprender la estructura de su familia, lo cual me generó una sensación de afecto y de aprecio por ellos. A partir de esto pude sentirme más relajada durante el proceso terapéutico.

Con respecto a las emociones de la familia, puedo observar mucho agradecimiento y afecto por los terapeutas, lo cual es expresado con palabras y con gestos. Ha habido momentos durante las sesiones donde el clima familiar se sensibiliza, sobre todo cuando hablan de la madre, de lo que era tenerla como mamá y de lo que está ocurriendo actualmente con ella. También han llegado a molestarse e incomodarse cuando hablan de sus propias relaciones, sobre todo cuando interactúan el hermano mediano y su padre. A pesar de esto, algo que ayuda a relajar el ambiente es el sentido del humor usado por la familia y los terapeutas.

Construcción del sistema terapéutico en el proceso

En lo personal el proceso de acomodación implicó todo un proceso que se fue dando poco a poco durante las sesiones. Para lograr construir el sistema tuve que observarme en varios aspectos. En el caso de ésta familia, hubo momentos donde tuve que trabajar con varios de mis prejuicios para sentirme cómoda y conectada con el proceso, dejando de hacer personal algo que es parte de la terapia. En algunos momentos tuve que analizar mis sensaciones con respecto a varios puntos: el sentir que por mi edad, mi físico, mi género o mi experiencia de vida, las personas puedan descalificar mi trabajo; y el sentir que no me puedo conectar con determinadas vivencias de vida como las enfermedades degenerativas probablemente por miedo o temor a no saber cómo actuar. Para crear resonancia con las personas creo que comencé a buscar cosas con las que podía sentirme identificada y cosas que yo pudiera sentir que conocía de alguna manera, aunque sea analógicamente. Con ellos me sirvió el saber que la familia por parte del padre es libanesa, como

la familia por parte de mi abuela materna, lo que me hizo indagar en las fiestas, la convivencia, la comida, las costumbres y las formas de pensar analizándolo desde mi propia experiencia con mi familia como punto de referencia. De ahí pude conectarme con los hijos al pensar que tal vez yo me pudiera sentir parecido a ellos en una familia donde el grupo es más importante que la individualidad, y en donde las diferencias son tomadas como algo amenazante y que debe ser eliminado. También me conecté con la madre y con la enfermedad a través del contacto físico con ella (tomarle la mano, abrazarla al saludarla o despedirla, etc.), lo cual noté que generó una mayor confianza y una mayor cercanía de la familia, y el compararlo con mi experiencia personal en el caso del Alzheimer padecido por mi abuelo paterno, así como el duelo de ir viendo cómo iba desapareciendo la persona que era y después el duelo de su muerte.

Ampliando un poco la visión, para mí la coterapia con mi supervisor fue una experiencia enriquecedora por toda su experiencia y por su manera de dar terapia, lo cual me ayudó mucho en mi búsqueda de mayor flexibilidad y confianza tanto en mí misma, como en los consultantes y en el proceso. Considero que esto ayudó de manera importante en la creación del sistema terapéutico. Creo que nos complementamos muy bien y que tanto las ideas como las intervenciones se dieron de manera muy fluida, lo cual pudo haber generado un ambiente de mucha tranquilidad y estructura en las sesiones. El equipo siempre fue muy respetuoso y participativo al dar opiniones y diferentes puntos de vista, lo cual enriqueció toda la terapia. A mí me ayudó a ver las situaciones desde diferentes perspectivas y a moverme de lugar cuestionando mis propias premisas y creencias. Tal vez esto se transmitió a la familia de manera positiva.

Evolución de la relación terapéutica

Al principio me parece que había mucha formalidad y distancia emocional sobre todo por parte del hermano mayor y del padre, lo cual se notaba incluso en su manera de vestir. La hermana

menor y el hermano mediano le daban un toque de diversión a las sesiones. Con el que más me sentí conectada al principio fue con el hermano mediano, quien se mostró muy abierto y sincero con respecto a sus vivencias y sensaciones. A la hermana menor la sentía lejana, como si no se atreviera a abrir lo que estaba viviendo. La primera sesión la sentí sumamente tensa, y constantemente presentía que les avergonzaba que viéramos a la madre.

Desde el primer acercamiento físico que tuve con la madre cuando los despedía de la segunda sesión sentí un cambio en la familia. Sentí el saludo más cordial, con mayor afecto y comodidad. Incluso se comenzaron a hacer pequeñas bromas y comentarios casuales antes y después de las sesiones. Creo que poco a poco fueron soltándose y permitiéndose expresar sus emociones. La racionalidad disminuyó y aumentó la afectividad (incluso en el padre, aunque un poco más disimulado). El hermano mayor se fue flexibilizando conforme iba avanzando la terapia, aunque también pudimos notar que es algo que le cuesta mucho trabajo hacer, probablemente por ciertas creencias. Con la hermana menor el contacto al principio era muy distante, aunque nunca dejé de sentir su presencia en la sesión. Creo que comencé a tener un mayor diálogo con ella cuando me preguntó acerca de la Maestría y me contó brevemente de sus planes como profesionista.

Creo que la relación terapéutica se fue fortaleciendo, habiendo mucha apertura y confianza. Se puede hablar de los temas importantes con seriedad, pero también con tranquilidad, y a veces con un poco de humor. Esto se logró a través del diálogo y de la co-construcción de significados dentro de las sesiones. Siempre hubo una postura de respeto y de curiosidad por parte de los terapeutas. Las hipótesis se proponían y se introducía información de manera tentativa, observando lo que a la familia pudiera hacerles sentido para sus propias vidas.

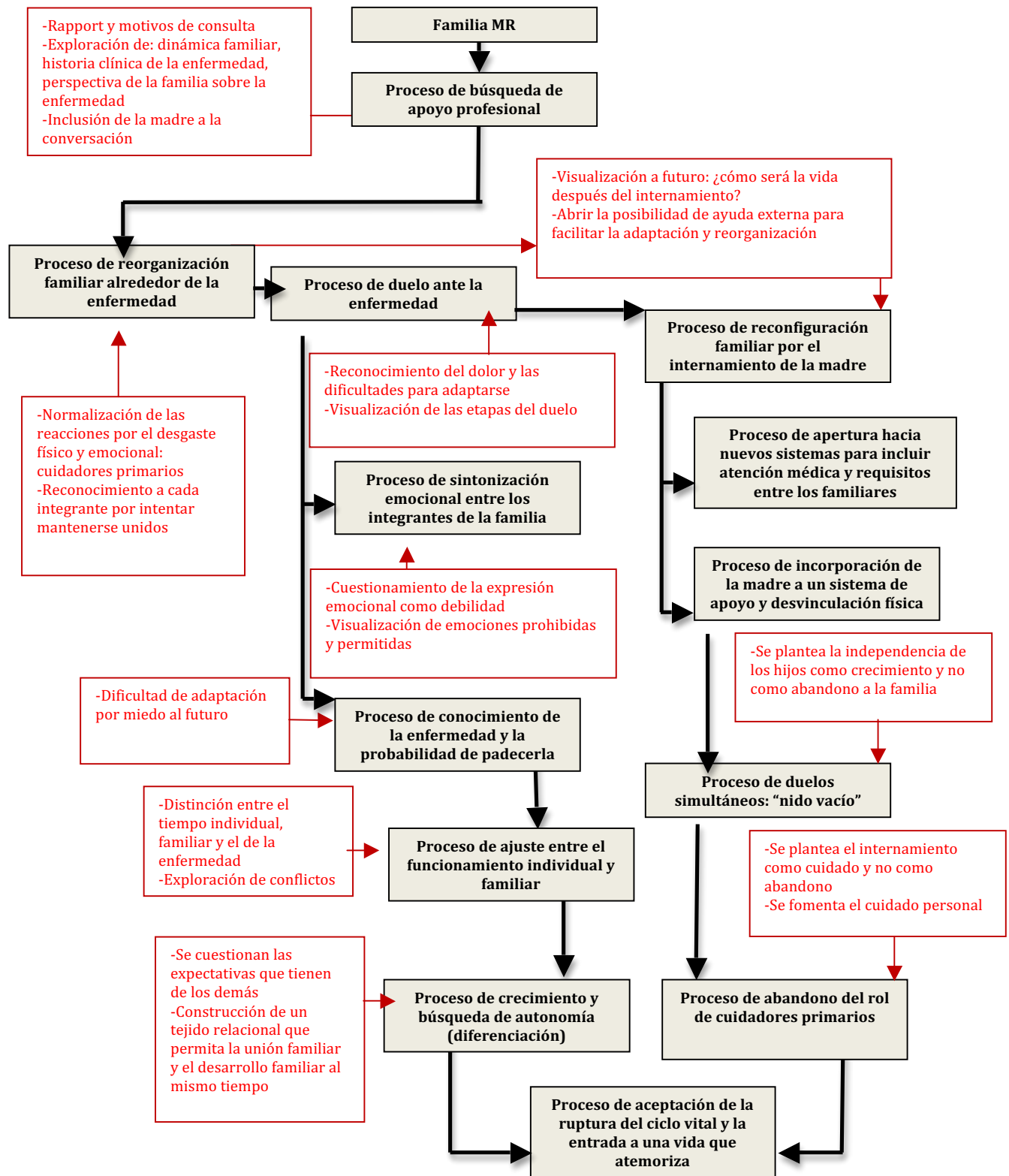
Posiciones del terapeuta a lo largo del proceso

Al principio estaba en una posición de estudiante y aprendiz por haber hecho coterapia con mi supervisor; lo cual intenté que no se viera reflejado en el proceso terapéutico. La actitud que decidí tomar a conciencia fue la de una profesional, aunque en realidad no sabía cómo actuar o moverme dentro del modelo. Siempre intenté ser muy participativa y poner en la mesa mis propias ideas. El contexto me daba al mismo tiempo la posición de terapeuta y de estudiante, lo cual también me hizo esforzarme por no ser vista como alguien inferior al maestro. Creo que esto es algo que no puedo controlar del todo, ya que también depende de la postura y las creencias de los consultantes. En el caso de esta familia, al principio, sentí que tenía que esforzarme más para ser vista y sentir que formaba parte de la terapia, lo cual se fue desvaneciendo conforme fueron pasando las sesiones. Pienso que me fui moviendo de una postura más desconfiada a una más activa y con mayor autonomía dentro del sistema terapéutico.

Al principio comencé trabajando desde mis propias ideas de cómo deberían ser las cosas o cómo debería estar actuando esta familia, lo cual considero me daba una sensación de miedo por no poder responder ante sus necesidades o de no poder cumplir con sus expectativas y con las expectativas del proceso (las cuales provenían de mis creencias de cómo debería ser como terapeuta y cómo debería actuar en determinadas situaciones). Con esta familia también fui sintiendo el cambio que tuve en mi postura como terapeuta, aprendiendo a soltar la posición de experta y tomando una en la que importa más la comprensión del otro, la relación terapéutica, el diálogo y la postura de curiosidad. Para mí fue todo un trabajo mental y práctico el hacer este cambio. Poco a poco fui relajándome y soltando la necesidad de control, lo cual no implicó el dejar mis viejas ideas atrás, sino que simplemente las puse en una posición más flexible (las uso cuando las necesito). La familia me fue indicando qué ideas les hacían más sentido para utilizar en su proceso, y las hipótesis que no sentían de utilidad fueron puestas al margen. Para lograr

percibir esto creo que tuve que aumentar mi receptividad al tener una escucha más activa de su discurso y sus experiencias, y poner a un lado mi propio diálogo interno.

Esquema de los movimientos de la familia y los terapeutas durante el proceso terapéutico



Reflexiones

“Entre más reconoces la identidad de la familia y los esfuerzos de sus integrantes por mantenerse unidos, más se sienten en la posibilidad de avanzar. Entre más juzgada se ve, menos se siente en la posibilidad de hacer algo por ella misma” (Reséndiz, 2014). Escogí esta frase para reflexionar acerca de la evolución del sistema familiar porque me ayuda a posicionarme de una manera más comprensiva y con una idea más clara de cómo puedo ser útil al acompañarlos en este proceso. Me hace pensar que todo lo que hace esta familia son intentos por mantener su integridad, al mismo tiempo que se van enfrentando con los cambios individuales y circunstanciales que implica el ciclo vital familiar. A todo esto, se le aumentan los múltiples duelos generados por la enfermedad de la madre y todo lo que esto ha implicado para el padre y los hijos. Es como si intentaran mantener un equilibrio entre la estabilidad y el cambio. Ver a la familia dentro de diversos contextos me ayuda a apreciar un panorama más amplio, en donde se incluye la historia familiar inserta en un contexto cultural, los valores sociales dominantes de la actualidad y el papel que juegan las instituciones en la vida de las personas: “sin contexto, no hay significado” (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985).

Reséndiz (2014) refiere que, en una visión relacional, el observador tiene una gran importancia, ya que hace una lectura del mundo a partir del contexto del cual mira y del tipo de relaciones que tiene con los otros, participando en las construcciones sociales y en los sistemas de significados. El terapeuta, el supervisor y el equipo terapéutico miran a través de sus propios prejuicios, de su propia historia y de su propia visión del mundo. Considero que al basarme en los conceptos de circularidad, neutralidad e hipótesis que propone el Modelo de Milán, he podido reflexionar sobre la manera en que me muevo en la terapia con las familias y sus problemáticas. Creo que esto ha generado un buen proceso terapéutico, basándonos constantemente en la

retroalimentación que se da dentro de las sesiones. Se ha dado un buen acoplamiento entre el sistema terapéutico y la familia atendida.

La circularidad, vista como el uso de la retroalimentación para evaluar las propias hipótesis, me sirvió para no “casarme” con ninguna de mis teorías acerca de lo que estaba observando en la familia. Todo lo que observaba lo ponía en tela de juicio y en duda hasta que hubiera confirmación por parte de cada miembro de la familia. A veces pasaba que algunos miembros de la familia coincidían conmigo, pero otros me daban una visión completamente diferente de la situación, por ejemplo, el ver la falta de organización como falta de compromiso o como una reacción de evasión por el miedo a la enfermedad. Esto también me ayudaba a introducir información en el sistema de una manera respetuosa, sin querer colonizar la mente de las personas, y poniéndolo todo de manera tentativa, es decir, mostrando mis hipótesis para ver si les hacían sentido.

Las hipótesis me fueron muy útiles como una guía durante las sesiones, pero también son lo suficientemente flexibles para ir cambiando a lo largo del tiempo. El trabajo que se hizo junto con los terapeutas y el equipo terapéutico y de observación, le dieron una mayor complejidad al proceso y una mayor diversidad de perspectivas y puntos de vista que permitieron ofrecerles a los miembros de la familia una mayor cantidad de maneras de entender su situación (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980a).

Para mí, este proceso ha sido esclarecedor y muy enriquecedor. He logrado conectar lo que ya sabía con los nuevos conocimientos y las nuevas experiencias y vivencia. Para mí esta unión ha implicado todo un cambio de postura y toda una reflexión con respecto a la ética. Me queda claro que la ética se practica no se define, ya que se construye en las relaciones. Para mí es importante saber que mi función no es instruir al otro sino crear diferencias o novedades a través de la unión

con el sistema familiar, la cual también es una relación co-construida como un sistema terapéutico. Ahora hago caso de mi intuición para poder “leer” los tiempos y los momentos adecuados para comprender y buscar significados, o para introducir nueva información de manera tentativa. De eso soy responsable y me hago cargo de las consecuencias que mis decisiones me traigan.

Los terapeutas deben decidir sus actos en función del significado que asume su manera de construir los procesos observados dentro de la construcción de la relación con los otros (Fruggeri, 1996). Creo estar en el camino de observar de manera diferente y así seguir haciendo una terapia diferente, en donde me siento más respetuosa, libre, curiosa y flexible.

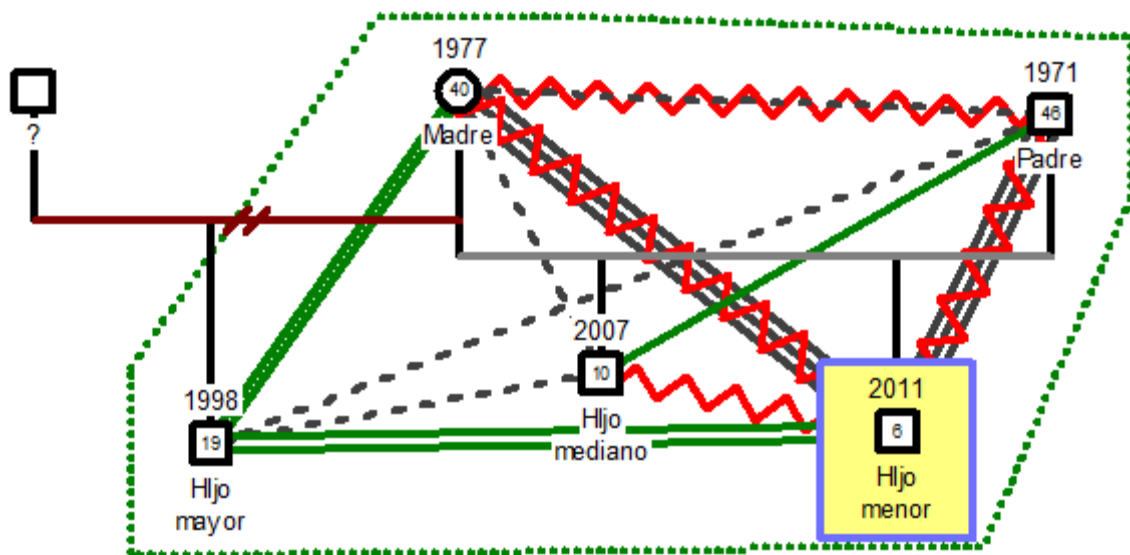
3.1.3. Caso 2: Familia G. G.

Miembro de la familia	Edad	Escolaridad	Ocupación
Padre	46 años	Preparatoria	Peluquero
Madre	40 años	Preparatoria	Asistente de abogado
Hermano mayor	19 años	Preparatoria	Estudiante
Hermano mediano	10 años	Primaria	Estudiante
Hermano menor	6 años	Preescolar	Estudiante

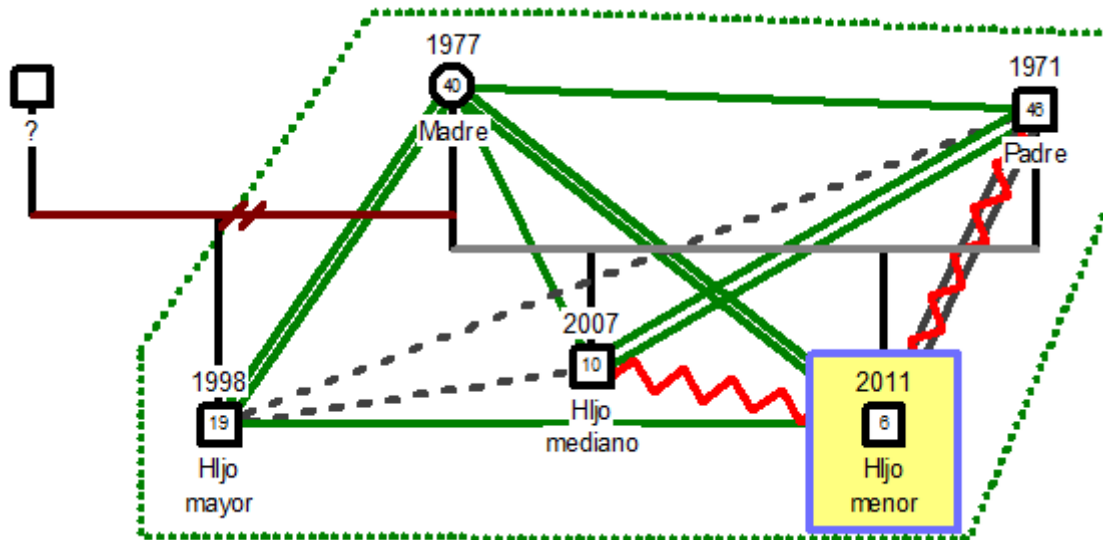
Número de sesiones: 7

Familiogramas:

Al inicio de la terapia



Al final de la terapia



Motivo de consulta: La familia es derivada a terapia familiar por la dificultad de los padres para educar a su hijo menor, a quien diagnosticaron con retraso mental moderado. Parece no haber aceptación de la enfermedad por parte de los padres.

Categorías diagnósticas médicas o psiquiátricas: Retraso mental moderado. Ataques epilépticos. Falta de desarrollo en la parte frontal del cerebro.

Fuente de referencia: Dra. Tamara Arellano Martínez

Terapeutas: Psic. Andrea Anaya Acosta.

Supervisor: Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez

Equipo terapéutico: Fajardo Escoffí Elia Cecilia y Villela Soto Luis Darío.

Modelo utilizado: Modelo Dialógico de Milán

3.1.3.1. Integración de los expedientes del trabajo clínico

Sesión 1: 21/enero/2016

Acuden: Padre, madre, hermano mayor, hermano mediano, hermano menor.

La familia llega puntual a la sesión. Se hace el encuadre terapéutico y se da la presentación de los integrantes y los terapeutas. La familia llega al hospital por el hijo menor de 6 años, a quien le diagnostican retraso mental moderado. Está recursando el 3er grado de preescolar. La madre tiene 40 años y trabaja como asistente de un abogado; el hijo mediano tiene 10 años y cursa el cuarto año de primaria; el hijo mayor tiene 19 años y cursa el último año de preparatoria; y el padre tiene 46 años, es peluquero y padre biológico de los dos hijos menores. Viven en la colonia La Concepción.

El hermano mediano decide presentar a su hermano menor debido a que éste se muestra callado y retraído. El padre cuenta que no se comporta de esta manera con sus doctoras, mencionando que tal vez es porque hay una mayor confianza con ellas. Comentan haber sido referidos por la Dra. Tamara, y piensan que es porque su hijo tiene poca tolerancia a la frustración.

Al hablar acerca del hijo menor mencionan que le hace más caso a su hermano mayor que a los padres, ya que éste lo cuidaba desde pequeño. El padre cree que también se debe a que éste tiene un carácter más fuerte cuando se dirige a su hermano menor. El hermano mayor piensa que sus padres acostumbraron a su hermano pequeño a que siempre le daban rápido las cosas y por lo tanto ahora no tiene paciencia.

El padre dice que cuando su hijo menor se enoja comienza a pegarle a las cosas, lo cual ocurre desde muy corta edad. Los médicos refirieron que probablemente era porque los ataques de epilepsia le sacaban mucha energía. También menciona que hace berrinches todas las mañanas y que, al atenderlo, el hijo mediano se queja de que no le prestan atención. La doctora del hijo menor les indicó que se dividieran los tiempos con los hijos para evitar el cansancio excesivo. Se le pregunta al hijo menor quién más hace berrinches en su casa además de él, mencionando que también los hacen el padre y el hermano mediano.

La madre refiere que para vivir con cuatro hombres necesita ponerse ruda y ser autoritaria, ya que de lo contrario se le sale de las manos y se ponen en contra de ella. Dice que este estilo autoritario funciona en algunas ocasiones.

Se le menciona al hijo mayor que pareciera ser un factor de estabilidad para la familia. Afirmar que cuando él está presente, su hermano menor puede llegar a hacer menos berrinches, pero esto no es todo el tiempo. Se le pregunta qué lugar ocupa en esta familia, respondiendo que ocupa un lugar de apoyo.

El padre narra que las salidas a comer son un martirio con su hijo menor, ya que se desespera y se impacienta, haciendo berrinches constantemente. Al preguntarles cómo se explican que los berrinches sean tan extremos se expresan diferentes opiniones. El padre piensa que es un efecto del medicamento, ya que nota que le genera ansiedad. Y la madre cree que provienen por haberlo complacido por tanto tiempo, ya que si fuera el medicamento piensa que el berrinche sería todo el tiempo, y no en determinadas ocasiones. Se hace referencia a que en ese momento el hijo menor se encuentra tranquilo. El hijo mayor menciona estar de acuerdo con su madre.

Los padres, al preguntarles acerca de su rol con los hijos, mencionan que llegan a acuerdos entre ellos, pero luego fracasan. La madre refiere que su esposo termina cediendo y no cumple el límite. A ella le frustra esto porque sus hijos ven que no cumplen lo que dicen. Parece que el hijo menor es el que convence más rápido al padre de ceder.

El padre dice querer tranquilidad y que probablemente actuaría diferente si supiera que el medicamento no es lo que provoca los berrinches. La madre afirma que su hijo sí obedece en la escuela, y es algo que le genera confusión. El hermano mayor cree que tiene que ver con respeto.

La madre menciona que necesita constante ayuda con el hijo menor, ya que tiene una lesión en la columna y no puede cuidarlo sola.

En este punto de la sesión pareciera que se estuviera diciendo que el padre tiene que ser más firme, así que se le pregunta su opinión al respecto. Éste menciona que él es el que los tiene que castigar porque su esposa no lo hace, sino que le pide a él que lo haga.

Los terapeutas expresan una teoría: que los padres pueden funcionar mejor si trabajan juntos. Ellos parecen estar de acuerdo.

Se le pregunta a la madre si el modo en que le dice las cosas a su hijo menor hace una diferencia. Menciona que sí, que cuando le dice que “no” firmemente, éste hace un berrinche, a diferencia de cuando le da largas y mantiene su esperanza en lo que le pide.

Tienen muchas preguntas acerca de lo que es “adecuado” para educar a sus hijos, por ejemplo, si dormir con ellos es algo que beneficia o que perjudica. No han buscado asesoría en otro lado.

Para cerrar la sesión se hace un reconocimiento al esfuerzo de los padres, ya que la educación de los hijos es difícil. Se menciona que pareciera haber tres figuras paternas en esta familia. A la madre le preocupa que el hijo mayor no viva conforme a su edad por tomar un rol de cuidador y de apoyo.

Se les dice que el hijo menor pareciera estar acostumbrado a ser el centro de atención. El riesgo es que el hijo mediano se vuelve invisible, y que en otros medios el menor no va a ser el centro, a lo cual no podrá adaptarse.

Los terapeutas refieren que se requiere a dos padres más coordinados, y que se podrá incluir al hijo mayor en determinados momentos como apoyo. Se requiere que trabajen juntos para ayudar al hermano menor a no querer ser el centro de atención todo el tiempo. Se cuestiona la utilidad de postergar el “no” definitivo, manteniendo la esperanza para evitar el berrinche. El efecto de ser más firmes puede ser difícil las primeras semanas, ya que el niño está habituado a algo

distinto, pero eventualmente se acostumbrará a ello. Se puede decir “no” con cariño, y es parte de la educación.

Se acuerda que la siguiente sesión será solamente con la pareja. Los niños se quedarán con la abuela paterna.

Intervenciones y preguntas
• Rapport, encuadre y presentación. • “¿Cómo llegan acá?”. Con esta pregunta se pretende indagar en la historia del problema y en el proceso que llevan en el hospital. • “¿Les dices papás?” (al hijo mayor). Se indaga en la relación entre el hijo mayor y su padrastro. • “¿Cómo le hace para vivir con cuatro hombres?” (a la madre). Se investiga en la organización y dinámica familiar. • “Parece que tú estabilizas a la familia. ¿Cuando estás tú, tu hermano menor hace menos berrinches?”. Se indaga en el rol que tiene el hermano mayor en el cuidado del menor. • “¿Qué lugar ocupas en la familia?” (al hermano mayor). • “¿Cómo se explican que el berrinche de hijo menor sea tan extremo?”. Búsqueda de las explicaciones y significados que la familia tiene del síntoma. • “¿Porqué crees que hace tanto berrinche tu hermano?” (al hijo mediano). Se intenta incluirlo en la conversación y en la familia. • “¿Cómo le hacen como padres?”. • “Pareciera que el hijo menor es el que convence más rápido al padre”. • “¿Qué pasaría si supiera que el medicamento no es lo que lo está produciendo los berrinches, actuaría diferente?” (al padre). Búsqueda de otras explicaciones del problema. • “Pareciera que estamos diciendo que usted tiene que ser más firme, pero usted lo piensa diferente” (al padre). • Teoría de terapeutas familiares: “Los papas funcionan mejor si trabajan juntos”. • “¿El modo en el que le dices las cosas a tu hijo menor hace diferencia?” (a la madre). • “¿Han buscado asesoría en otro lugar?”. Indagación de los recursos de la familia. • Reconocimiento del esfuerzo de los padres por educar a un niño diferente. • Se habla de que existen tres figuras paternas en la familia. • “Es como si el hijo menor estuviera acostumbrado a ser centro de atención”. Se habla de esto como un riesgo porque el hijo mediano pasa invisible y porque el hijo menor no siempre va a ser el centro de atención en otros contextos. • “Se requiere de dos padres de modo coordinado, y luego incluir al hijo mayor”. • Se propone que los padres trabajen juntos para ayudar al hijo menor a no querer ser el centro de atención.

- Se cuestiona qué tan bueno es postergar el “no” para evitar el berrinche.
- “Es probable que el efecto positivo venga tiempo después; al principio cuando le digan “no” las cosas se pueden poner difíciles”.
- “Se puede decir el “no” con cariño”.

Sesión 2: 18/febrero/2016

Acuden: Padre, madre.

La familia llega puntual a la sesión. Mencionan que el neurólogo (externo) le recetó un nuevo medicamento al hijo menor para el control de emociones, de los esfínteres y para mejorar el aprendizaje, ya que en uno de los estudios aplicados al niño se observó que existe una falta de desarrollo en la parte frontal del cerebro, la cual se encarga del control de impulsos y de las emociones. Al preguntarles el efecto que tiene en ellos esta nueva explicación con respecto a la conducta de su hijo, el padre le da mayor importancia a la parte orgánica y médica, mientras la madre menciona que, aunque comprende que existe una cuestión orgánica, también nota cuando éste los quiere manipular, lo que la lleva a mantener su teoría de la importancia de la disciplina.

Cuando la madre menciona que su esposo suele poner menos límites, el padre se define a sí mismo como menos protector. Cree que ha hecho muy independiente al hijo mediano y que, aunque intenta hacer lo mismo con su hijo menor, las circunstancias son diferentes. Refiere sí ponerle límites a su hijo, dejándolo haciendo su “berrinche” y no dándole las cosas al momento para que aprenda a tolerar los tiempos de espera.

Al indagar en la diferencia entre protección y sobreprotección, el padre da un ejemplo mencionando que, si pasan por un camino pedregoso o con escaleras, solamente apoya a su hijo menor para que cruce, pero que no lo carga. Aunque el padre define a su esposa como sobreprotectora, ésta menciona que antes sí lo hacía pero que ahora no. Ambos concuerdan en que la sobreprotección ha disminuido, pero manteniendo la protección.

Al indagar si hay diferencias en cómo tratan y ven al hijo menor desde la visita con el neurólogo, ambos padres concuerdan en que ahora comprenden más el porqué de los cambios bruscos en su estado de ánimo. A pesar de ello se observa que aún existe confusión en cuanto al comportamiento (¿es neurológico o es manipulación?), no sabiendo en ocasiones si deben comprender, proteger o poner límites.

Se expresa confusión con respecto al cambio en la conducta del hijo menor en diferentes contextos, ya que con el hermano mayor o en la escuela sí logra controlarse. El padre menciona que el hermano menor se sale de control también con el mayor, pero que él lo deja haciendo su “berrinche”. E incluso comenta que en ocasiones lo reta cuando éste lo acusa con sus padres. Ahí es donde notan que es manipulación.

Al comentar acerca de la incapacidad del hijo menor de medir el tiempo (la terapeuta aclara que esto también se debe a la edad del niño), el padre menciona que ha intentado explicarle y hacerle ver que cuando termine de lavar los trastos (le menciona el número exacto), le dará lo que pide. Menciona que esto no genera un cambio ya que la desesperación y el berrinche sigue. Hace la diferencia con el hijo mediano, a quien le puede decir en qué posición debe estar el reloj para que le den lo que quiere, y lo acepta tranquilamente. Al indagar si algo les ha funcionado con el hijo menor, la madre menciona que lo deja haciendo algo mientras espera (viendo la tele o desvestiéndose), aunque esto no funciona todo el tiempo. La terapeuta puntualiza esta diferencia, ya que, aunque sea algo frontal, es importante diferenciar las estrategias que pueden funcionar mejor. Los padres lo ven como eventos aleatorios.

La terapeuta les pregunta el efecto que ha tenido la situación del hijo menor en la relación de pareja, pero después cambia la pregunta a las similitudes y diferencias entre padres e hijos, es decir, a quién se parece más cada hijo.

El hijo mayor fue educado en su primera infancia por la abuela materna, a quien describen como muy sobreprotectora (lo tenía todo el tiempo en casa sin poder salir). A los 8 años, se mudan con el padre y refieren que comienza a hacerse más independiente. Al hijo mayor lo describen como introvertido e inteligente, aunque ahora ha aprendido a ser más sociable. Se parece más a la madre, quien menciona que “chocan” mucho debido al parecido.

El padre narra el inicio de la relación de noviazgo y su acercamiento con el hijo mayor. Lo veía muy sobreprotegido y se sorprende de que su esposa se lo confiara con tanta facilidad a pesar de ser un hombre tan diferente (extrovertido, independiente). Al hijo mayor le gustó convivir con él y poco a poco se volvieron cercanos. El hijo mayor le cuenta al padre situaciones antes de contárselas a su mamá (la terapeuta menciona que tal vez también se deba al género) y él lo aconseja (“en esta vida las cosas no son malas, sino los excesos”). Al padre no le gusta prohibir, él intenta darles una enseñanza más vivencial. Considera que el que el hijo mediano sea independiente, abierto y seguro (se parece más a él), tiene que ver con su enseñanza. La madre está de acuerdo en la primera parte, ya que considera que, al prohibir, las personas más se aferran a la situación.

La terapeuta comenta cómo estos dos estilos diferentes de enseñanza, se han venido complementando. A la madre se le menciona que, aunque le ha dado mucha confianza al padre, pareciera como si él temiera sus reacciones. La madre menciona que le da desconfianza por la inseguridad que hay en las calles y el miedo de ver que se han robado niños. El padre menciona que precisamente por eso ha enseñado al hijo mediano a mostrarse seguro en las calles, ya que él así lo hacía desde muy niño. El padre tuvo que hacerse independiente muy rápido porque las circunstancias así lo requirieron.

Para el cierre de la sesión, la terapeuta menciona que el diagnóstico ha generado movimientos en la familia, preguntándole a los padres la posición en la que se encuentran en este momento: ¿tendríamos que trabajar en la misma dirección?, ¿qué es lo que esperan ahora de este espacio?

La madre menciona en cómo trabajar con la manipulación del hijo menor, reforzando la idea del cambio de conductas según el contexto. El padre menciona el querer encontrar el modo más correcto de educarlo, controlando sus cambios de ánimo. La madre considera necesario leer para aprender a manejar las reacciones de su hijo. Le preocupa que se le den tantos medicamentos a tan corta edad por las repercusiones al hígado.

Ambos piensan que la paciencia es una herramienta para afrontar la situación. Mencionan la situación de pareja, ya que esta situación les ha robado muchos espacios y ambos están cansados. Al padre le sorprende que su esposa haya mencionado que sí los ha afectado como pareja, cuando él creía que sólo les ha afectado como padres en relación al hijo menor. Ella refiere las constantes contradicciones entre ellos y los “choques” por no ser el padre más firme con las reglas que ponen.

La madre menciona perder la paciencia más fácilmente con el hijo mediano, lo cual sorprende a la terapeuta. Refiere que casi no platica con él y que constantemente lo rechaza desde muy pequeño (no se explica el motivo). El padre la refiere como una madre fría con todos sus hijos.

La terapeuta les deja observar en qué contextos y bajo qué circunstancias, el hijo menor se controla más: ¿qué hacen diferente cuando eso ocurre? Se les plantea como una investigación para encontrar respuestas.

El padre menciona que cuando el hijo menor está solo, tiene un mayor control, pero que cuando llega el hermano mediano, se inquieta. Se preguntan si el hijo mediano estará queriendo llamar su atención, generando rivalidad con su hermano. El padre menciona que parte de su

permisividad tiene que ver con el compensar la falta de atención. Tomando esta última observación, así como la demanda hecha constantemente por parte del hijo mediano hacia ambos padres, se les plantea que le presten una atención más focalizada, dividiendo tiempos y espacios, también con el objetivo de observar cómo se modifica la conducta y las reacciones de ambos niños.

Intervenciones y preguntas
• ¿Qué les hace pensar esta nueva explicación del médico respecto al problema del hijo menor? ¿Cómo lo conectan con la manipulación? Se investiga el efecto del nuevo diagnóstico en la visión de los padres con respecto al diagnóstico de su hijo, así como lo que esto implicó para la relación. • Se hace la diferencia entre la protección y la sobreprotección, poniendo diferentes ejemplos. ¿Actualmente creen que todavía lo sobreprotegen? • A la madre: ¿en qué áreas crees que le has bajado a la sobreprotección? • ¿Hay cambios en la visión y el trato que le dan al hijo menor a partir de la cita con el neurólogo? • ¿Cómo balancean esta parte de no sobreproteger al hijo menor? ¿Cómo saben cuándo deben poner límites o cuándo deben contenerlo y comprender la situación? • Se puntualiza en hacer la diferencia entre lo que ellos ven como parte de la explicación neurológica y lo que describen como manipulación. • Se expresa confusión debido al cambio de conductas en el niño según los contextos y las personas que estén involucradas. • ¿Cómo le hacen para que el hijo menor empiece a desarrollar la capacidad de medir el tiempo? Se normaliza esta situación como parte del desarrollo de todos los niños. ¿Qué estrategias les han funcionado? • Entre las estrategias que parecen haberles funcionado, se puntualiza el hecho de dejar al niño haciendo algo mientras espera. • ¿Qué efecto ha tenido la situación del hijo menor en la relación de pareja? • Se investigan las similitudes y diferencias entre padres e hijos. ¿A quién se parece más cada uno de los hijos? • Se hace notar la existencia de dos estilos diferentes de educar y de ver la vida que se complementan. • Se abre el miedo que parece tenerle el padre a las reacciones de su esposa. • Pareciera que el diagnóstico ha movido a la familia. ¿En qué posición los deja a ustedes? ¿Tendríamos que estar trabajando en la misma dirección? ¿Qué es lo que esperarían ahora de este espacio? • ¿Qué instrumentos ya tienen para afrontar la situación?

- Se menciona el hecho de que el hijo menor les ha robado espacios con los otros hijos y como pareja. Se buscará recuperarlos como parte del proceso.
- Se les deja investigar en qué contextos y con quiénes se controla más al hijo menor, sobre todo el observar qué hicieron diferente cuando la reacción es más favorable.
- Se menciona la posibilidad de que el hijo mediano esté queriendo llamar la atención de sus padres, mencionando otros momentos en los que ha demandado un espacio en la familia. Se les sugiere a los padres a intentar darle mayor atención y espacio individual al hijo mediano, conectándolo con la observación de la reacción en el hijo menor, ya que parece que estos dos eventos están conectados.

Sesión 3: 17/marzo/2016

Acuden: Padre, madre.

La pareja llega puntual a la sesión. Se inicia preguntando por la tarea asignada en la última sesión. La madre menciona que no han comprado el medicamento recetado por el neurólogo debido a la preocupación que siente por el efecto que esto pueda tener en el hígado del niño, además de que al niño no le gusta tomarse los medicamentos (toma cuatro medicamentos sin contar el recetado por el neurólogo).

Al indagar en la situación actual, el padre menciona que el hijo es muy irritable. Habla de una técnica que emplean que a veces funciona y a veces no: le explican al niño lo que pasará después de que haga lo que le están pidiendo, intentando mantener su atención ocupada con otras cosas y dirigiéndolo constantemente al futuro.

El padre dice que le frustra que las estrategias sólo funcionen en algunas ocasiones, contando una situación en la que el niño no fue tolerante ni paciente. La madre lo relaciona con el cambio en el estado de ánimo del niño. Dice que con su esposo se ensaña, porque ya le agarró la medida. Ella nota una diferencia en cómo ella le explica las cosas, ya que el niño hace menos berrinches. El padre menciona no haber hablado de esto porque casi no están juntos con los niños entre semana, ya que ella trabaja de lunes a viernes, y él atiende más tiempo el negocio en fines de semana. La

madre menciona que, cuando ambos están presentes, el hijo menor se “encaja” más en el padre, ya que así lo ha acostumbrado. El hijo mediano le reprocha cuando él no está, y menciona que los niños ven su presencia como una obligación. El padre menciona que lo anterior viene tanto del hijo menor como del mediano, pero el segundo lo expresa verbalmente: “ya no me quieres”. El padre cree que el hijo mediano le está pidiendo más tiempo, lo cual menciona no ser posible, ya que les da todo su tiempo libre, sin dejar espacio para él mismo.

La terapeuta establece que el acercamiento del hijo mediano hacia la madre parece ser una petición, así como con el padre es un reclamo, y que ambos parecen querer expresar lo mismo. El padre menciona que el hijo mediano quiere estar con él más tiempo, pero que tiene que estar más tiempo con el menor por su discapacidad, lo cual provoca que tenga que prestarle más atención. Esto parece frustrar al mediano, ya que la petición de ambos hijos es la atención del padre. Al hablar de discapacidad el padre explica que el hijo menor no coordina sus movimientos y necesita más supervisión.

La madre dice que la atención la absorbe el hijo menor, y cree que el mediano quiere más tiempo con ellos, sobre todo del padre. A ella le ha dicho que no la quiere, y acepta que no es tan afectiva ella con él (“no es que no lo rechace, pero me siento rara con él”). Menciona que el hijo menor se parece a ambos padres y que el mediano está muy identificado con el padre, además de que ella no le dedicó mucho tiempo cuando estaba chico. Dice que se siente rara cuando la abraza, y no sabe cómo explicarlo.

El padre plantea una pregunta: ¿por qué dicen que el primer hijo es el que más apegado está a la madre? Habla de la relación con sus hermanos, dice que él era muy “atrabancado”, que no le tenía miedo a nada, parecido al hijo mediano. La teoría del padre es que la madre se apega más al

hijo hombre primogénito, y que así pasó entre su esposa y el hijo mayor, por lo que él se acercó más al de en medio.

El padre pide que el hijo mediano tenga una sesión individual con la terapeuta para que hable de lo que le pasa. La terapeuta pregunta: ¿Qué pasaría si yo hablara con su hijo, me diría algo diferente de lo que les expresa a ustedes? El padre cree que sí, porque la terapia es un lugar para hablar de los sentimientos y las emociones.

La madre menciona que la barrera con el hijo mediano la ha puesto ella, ya que él la abraza o le cuenta cosas, pero ella lo posterga y lo rechaza. Menciona que no fue un embarazo planeado, que ella estaba trabajando y cuidando su peso. Ella no pensaba empezar de nuevo con más hijos, además de que su esposo le decía que era estéril porque tuvo paperas en la infancia. La frustración parece haberla depositado en el hijo mediano en lugar de su esposo y en sí misma.

En el cierre se menciona que como familia se organizan de la mejor manera en la que pueden. Hasta ahora les ha funcionado manejarse de esta manera, pero tal vez en algún momento puedan organizarse de otra manera. Se les reconoce su esfuerzo y preocupación por los hijos y por la familia.

Mencionan que es como si se hubieran invertido los papeles, ya que ella está más tiempo en el trabajo y él en casa, por lo que hay más identificación de los hijos con el padre.

Para terminar, se habla de la importancia de llegar a una nueva forma de funcionar como familia para darle la misma importancia a la parte individual, a la pareja y a la relación de cada uno con los hijos como padres.

Intervenciones y preguntas	
•	¿Qué les hace pensar el hecho de que esta estrategia les funcione en algunas ocasiones y en otras no?
	¿Cuando no está el padre, cómo es? ¿Cuál es la diferencia entre algo causado por el lóbulo frontal y el que ella esté haciendo algo diferente? ¿Existe una diferencia cuando ella hace algo

distinto? ¿Alfredo tú has notado esto? ¿Te lo había dicho ella?

- Si viéramos esto como una petición en lugar de un reproche, ¿qué estaría diciendo el hijo mediano?
- La terapeuta establece que el acercamiento del hijo mediano hacia la madre parece ser una petición, así como con el padre es un reclamo, y que ambos parecen querer expresar lo mismo.
- ¿A qué te refieres con la discapacidad?
- ¿Por qué crees que el hijo mediano está haciendo ese tipo de peticiones, a pesar de que pasa tiempo con su padre? ¿Qué pide? ¿Para quién es la petición?
- ¿El hijo menor a quién se parece más?
- ¿Qué pasaría si yo hablara con el hijo mediano, me diría algo diferente de lo que les expresa a ustedes?
- ¿Cómo se conectan ustedes como padres a la parte emocional del hijo mediano?
- A la madre: La sensación que mencionas sentir con el hijo mediano, ¿se relaciona con la identificación que tiene con el padre?
- Al padre: ¿Cómo te sentías como niño en ese lugar que ocupaste en tu familia, qué era lo que te hacía sentir como el “olvidado”?
- Como familia se organizan de la mejor manera en la que pueden. Hasta ahora les ha funcionado manejarse de esta manera, pero tal vez en algún momento puedan organizarse de otra manera. Se les reconoce su esfuerzo y preocupación por los hijos y por la familia.
- A la madre: ¿Cómo te explicas la desconexión con el hijo mediano?
- ¿Cómo estaban las cosas como pareja cuando llegó el embarazo? ¿Cómo eran las cosas?
- ¿Para ti hace una diferencia el que veas esta barrera y el cómo se fue formando?
- ¿Creen que la forma de organización, en donde la madre trabaje más tiempo fuera de casa, consideran que tiene que ver con lo que estaba ocurriendo?
- ¿Sería diferente si comenzaran a funcionar juntos como papás?
- ¿Consideran que esta forma en la que han funcionado sirvió para compensar la frustración sentida por la madre?
- Para terminar, se habla de la importancia de llegar a una nueva forma de funcionar como familia para darle la misma importancia a la parte individual, a la pareja y a la relación de cada uno con los hijos como padres.

Sesión 4: 21/abril/2016

Acuden: Padre.

El padre menciona que a su esposa se le complicó salirse del trabajo a tiempo y que por eso llega solo a la sesión. Menciona cierta dificultad para generar tiempos familiares juntos, y más aún de pareja, aunque dice que se intentan no descuidar en ese aspecto.

Menciona cómo el hijo menor y el mediano son muy competitivos, y que pelean por su atención, no sabiendo si es algo normal en los niños. La terapeuta introduce teorías del desarrollo: existen etapas de “egoísmo” o “egocentrismo”, en la primera infancia y en la adolescencia. Se resalta que es algo que observa en los dos hijos. El padre cree que es porque la madre no es muy cariñosa, ya que los hijos de su hermana son más apegados a ella que al padre.

Habla de cómo su esposa no tuvo cercanía con su papá (abuelo materno), y cuando sus papás se divorciaron esto aumentó, ya que él sólo aportaba económicamente pero no estaba presente. Menciona que los padres de su esposa y su familia son todos muy reservados. Habla de cómo ella es así con todas las personas, incluso lo era con los amigos de él. Aunque menciona que no se lo reprochaba, es algo que sí le enojaba y le incomodaba mucho. Por un lado, lo entiende por su familia, pero parece que le gustaría que fuera diferente, ya que lo ve como falta de confianza. Se le menciona que su esposa ha hablado de timidez, y no de rechazo. La terapeuta menciona que eso es lo que ha percibido y entendido de ella.

Cuenta que antes iban a fiestas y ella era muy tímida. A él le incomodaba porque solamente quería estar con él y no socializaba. Cuando los hijos estaban chicos ella no quería ir a las fiestas, y él se iba con los niños. Piensa que una fiesta es para convivir y que esto le llevó a pensar en separarse de su esposa a los dos años de casados. Habla de cómo su esposa no se involucra en la casa, con los hijos o en la cocina. Él ve esto como algo egoísta, aunque no se ve a sí mismo como machista. La terapeuta menciona que es algo curioso lo que dice el padre porque antes decían que ella era la que organizaba todo en casa. Él menciona que sí es así, pero que solamente les

dice a todos lo que deben hacer. Desde que su esposa se lastimó la espalda dejó de hacerse cargo de muchas cosas. También refiere que como pareja no discuten los problemas, solamente los evitan. A él le molesta que ella haya buscado un empleo porque lo interpreta como un rechazo hacia lo que él podía ofrecerle. Dice que su esposa buscó trabajo por el seguro y lo económico.

La terapeuta menciona que detecta dos discursos: ¿Ella no estaba satisfecha con lo que él le daba? ¿O más bien quería aportar económicamente como equipo y porque se necesitaba? El padre cree que ella lo pensó por su propia seguridad económica. Lo relaciona con el hecho de que, en la familia de Elizabeth, su padre no dejaba trabajar a su madre, y posteriormente, cuando se separan y él se va, la madre se queda sin nada (no queda muy claro si seguía aportando económicamente).

La terapeuta menciona que hay tres versiones: porque no estaba satisfecha con lo que él le ofrecía, el trabajo en equipo y la propia seguridad por si terminaba la relación. El padre menciona que el creció con la idea de que el matrimonio es para toda la vida, por lo que no iba a terminar la relación (aunque anteriormente había mencionado la posibilidad de la separación).

Se retoma una idea de otra sesión. El padre se sorprendió cuando ella dijo que sí se habían dado problemas en la relación por lo las dificultades con los hijos. ¿A qué problemas se refería ella? Dice que ella es muy cuadrada con los niños, y que él no tanto. Ella no se siente apoyada con respecto a la autoridad y él siente que queda “entre la espalda y la pared” por no contradecirla, aunque no esté de acuerdo.

Se recalca la búsqueda de espacios de familia y pareja que están intentando, mencionando que tal vez las circunstancias generaron que funcionaran por separado, y ahora intentan hacer algo en familia. El padre menciona ha visto avances, aunque falta una mayor disciplina en casa y orden.

Describe su rutina en donde parece que él es quien se encarga de la mayor parte de lo que corresponde al cuidado de los hijos y la madre del trabajo. Menciona que el hijo mayor duerme mucho y que cuando no tiene clases temprano se levanta tarde y no ayuda en casa. El padre no está de acuerdo con esto y lo ha mencionado, pero dice que la madre defiende al hijo mayor y lo justifica.

Se le plantea al padre el hablar con su esposa para saber en qué más les puede seguir siendo útil la terapia y los cambios percibidos. Se tocará el tema de la paternidad con el hijo mayor y el sentirse más comprendido por la madre, sobre todo en que él se sienta con mayor derecho a ser una autoridad e indagar en qué tanto ella le está dando ese derecho. Se habla de la importancia de que él transmita lo que necesita. Menciona que ha intentado hablar con su esposa, pero ella saca otros temas.

Se propone poner pausa o fin a la terapia. Se finaliza hablando de cómo crear hábitos en los niños, ya que él vivió circunstancias diferentes en su casa a las de su esposa.

Intervenciones y preguntas
• La terapeuta introduce teorías del desarrollo: existen etapas de “egoísmo” o “egocentrismo”, en la primera infancia y en la adolescencia. Se resalta que es algo que observa en los dos hijos. • ¿Será que ellos compiten por tu atención como parte de la identificación masculina? O ¿por qué será? • Cuando mencionas que tu esposa se enfoca mucho en sí misma, ¿podría ser una forma de sobrevivir en un mundo de hombres? • ¿Cómo interpretas el que ella sea reservada? ¿Lo percibes como un rechazo? • ¿Cómo le podíamos llamar a esta reserva? Ella ha hablado de timidez, y no de rechazo. La terapeuta menciona que eso es lo que ha percibido y entendido de la madre. • ¿Cómo esto se convirtió en un problema para ti? • ¿Cómo es que esto te llevo a pensar en separación? • ¿Qué efecto tuvo esto en ella y en la relación? ¿Esto influyó en que tú no tomaras la decisión de separarte? • ¿Cuál es el problema actualmente? • La terapeuta menciona que es algo curioso lo que dice el padre porque antes decían que ella

era la que organizaba todo en casa. ¿Antes sí se involucraba? ¿Entonces es más por el problema de la espalda que porque lo esté evitando? ¿Antes era diferente?

- ¿Hay temas que no se hayan hablado en la relación?
- La terapeuta menciona que detecta dos discursos: ¿Ella no estaba satisfecha con lo que él le daba? ¿O más bien quería aportar económicamente como equipo y porque se necesitaba?
- La terapeuta menciona que hay tres versiones: porque no estaba satisfecha con lo que él le ofrecía, el trabajo en equipo y la propia seguridad por si terminaba la relación.
- Se retoma una idea de otra sesión. El padre se sorprendió cuando su esposa dijo que sí se habían dado problemas en la relación por lo las dificultades con los hijos. ¿A qué problemas se refería ella?
- La terapeuta recalca la búsqueda de espacios de familia y pareja que están intentando, mencionando que tal vez las circunstancias generaron que funcionaran por separado, y ahora intentan hacer algo en familia. ¿Cómo les ha funcionado el querer darle espacio a la familia los domingos?
- En este tiempo que no nos hemos visto noto que han intentado hacer cosas diferentes, como crear estos espacios. ¿Les ha ayudado?, ¿cómo lo notas?, ¿era algo que pasaba antes? Y al hijo mediano, ¿le gusta salir con su mamá?
- Déjame entender. En una escala del 0 al 10 donde 0 es la peor situación familiar, y 10 la mejor, ¿ahorita en dónde te colocas?, ¿cómo lograron esto?
- ¿No sientes autoridad con el hijo mayor?, ¿por no ser padre biológico o por qué?, ¿es porque tiene una relación más cercana con su madre? Se menciona tener la impresión de que le pide ayuda a su esposa para darle órdenes al hijo mayor. ¿Cómo es que no sientes ese derecho?
- Se le plantea al padre el hablar con su esposa para saber en qué más les puede seguir siendo útil la terapia y los cambios percibidos.
- Se tocará el tema de la paternidad con el hijo mayor y el sentirse más comprendido por su esposa, sobre todo en que él se sienta con mayor derecho a ser una autoridad e indagar en qué tanto ella le está dando ese derecho.
- Se habla de la importancia de que él transmita lo que necesita.
- Se propone poner pausa o fin a la terapia.
- Se finaliza hablando de cómo crear hábitos en los niños.

Sesión 5: 26/mayo/2016

Acuden: Padre.

Acude solamente el padre a la sesión debido a que la madre no pudo salir a tiempo del trabajo.

Se inicia la sesión preguntando por los cambios referidos la vez anterior y si estos se han mantenido en el último mes. El padre menciona que fueron a buscar terapeuta para el hijo menor,

para el desarrollo motriz y cognitivo, y que el próximo año lo van a meter a un CAM, por lo que buscaron orientación para eso. Le dijeron que hace falta tiempo para el desarrollo.

Refiere que, aunque las cosas siguen estando estables, piensa que su esposa debería participar y estar más presente con sus hijos. Cree que ella es feminista, aunque tiene una idea confusa de este concepto, ya que lo relaciona con el que ella necesite ser cuidada por ser delicada.

El padre no se está sintiendo apoyado. Quisiera que ella estuviera más presente e involucrada en la educación de los niños. Cree que es parte del carácter de su esposa y que es así con todos. Aun así, cree que se deslinda de las responsabilidades y que ella podría hacerse cargo sin necesidad de que él esté presente. Considera que no hay trabajo en equipo ya que él se encarga de los dos niños cuando sería mejor que se dividiera el trabajo. Relaciona esta actitud con su historia y con la relación con sus padres (abuelos maternos), los cuales eran desapegados y poco afectuosos. Es como si él esperara que su esposa fuera una “mamá normal”, relacionándolo con sus propios conceptos aprendidos en casa.

El padre no le dice esto de manera directa, sino que usualmente cuida el modo en el que dice las cosas para protegerla, ya que cuando a ella no le parece lo que su esposo le dice lo siente como agresión. Sin embargo, él si aguanta cuando ella le dice algo de manera directa, aunque sienta que lo dice con la intención de hacerlo sentir “mal”. Menciona no sentirlo como agresión.

Cuenta que en una ocasión el hijo menor se le subió a la espalda y lo agarró mal parado por lo que el niño se cae. El niño le repite su error constantemente y cree que es porque lo ha aprendido de su mamá, ya que ella hace lo mismo.

El padre cuenta una situación de infidelidad por parte de su esposa (“roces con los chicos”). Menciona que él puede tener amigas, pero que nunca ha estado con alguien más. Cuenta que su esposa se enojó mucho una vez que él vio a una mujer guapa que iba por la calle. No entiende

que ella sea celosa después de lo que pasó. No ve conexión entre la infidelidad y el hecho de querer más presente a su esposa en casa. Dice que ya le duele menos la infidelidad y que le costó mucho trabajo superar la ansiedad que le causaba cuando su esposa salía de la casa, pero que su petición de cercanía con los hijos es algo que siempre ha pedido, independientemente de lo que haya pasado.

Menciona sentirse resignado. Compara el cómo era su mamá con ellos y el cómo es su esposa con sus hijos. Para él es muy diferente, y esperaría que fuera más parecido a lo que él ve como una mamá. Refiere que hasta sus familiares lo notan. Acepta que su esposa sí se encarga de algunas cosas en la casa, pero hay áreas como la cocina en la que ella no hace nada si él no está presente para resolverle. El padre quisiera que sus hijos estuvieran más apegados a su mamá y le da tristeza que no sea así. La terapeuta menciona su preocupación de que en un futuro lo que ahora es resignación se convierta en un problema.

Se habla de los avances del hijo menor en cuestión de desarrollo motriz y del lenguaje. El padre menciona que han puesto más límites. Al parecer, los berrinches se siguen presentando y su esposa sigue siendo muy intolerante, dejándole la carga a él solo. Él se desespera a veces de los niños ya que no puede tener espacios para sí mismo, mientras ella sí los tiene. Se reconoce su cansancio por el trabajo que implica cuidar a los niños. Se le pregunta si la resignación es suficiente, ya que por proteger a su esposa se calla cosas que sí le están molestando. Se acuerda hablar del tema con ella presente.

Intervenciones y preguntas
• Se inicia la sesión preguntando por los cambios referidos la sesión anterior y si éstos se han mantenido en el último mes. • ¿Tu esposa coincide en estos cambios? • ¿A qué te refieres con feminista? • ¿Qué esperarías por parte de tu esposa para que te sintieras apoyado? • ¿Cuál es tu hipótesis de por qué ella es así?

- ¿Esperas que ella sea una mamá “normal”? ¿Cuál sería el rol de una mamá según tu perspectiva?
- Se refuerza el hecho de que ellos sean una familia que está intentando adaptarse a roles de género diferentes.
- ¿Le has dicho a tu esposa lo que piensas y lo que no te parece?
- Noto que no se lo dices directamente, sino que lo suavizas o lo haces de manera indirecta. ¿Por qué es esto?
- ¿Qué cosas podría ella tomar como agresión? ¿Cómo decir las cosas sin que ella se sienta agredida?
- ¿Reacciona diferente cuando le dices que no la quieres hacer sentir mal?
- ¿Existen unos temas más sensibles que otros para tu esposa?
- ¿Existe conexión entre la infidelidad y el hecho de que la quieras más presente en casa?
- Parece que separas el tema de pareja con el tema de los hijos. ¿Qué pasaría si ella no hace lo que tú quieres en relación a los hijos? ¿Qué pasa si ella no puede hacer lo que pides?
- ¿Influye la opinión de tus familiares en lo que esperas y pides de tu esposa?
- ¿Existen áreas en las que notes que tu esposa si actúa como una madre, aunque no se asemeje a tu concepto de “mamá”?
- ¿Este es un tema para que lo hablemos con ella o debemos ponerle pausa a la terapia? La terapeuta menciona su preocupación de que a futuro lo que ahora es resignación se convierta en un problema.
- ¿Se relaciona el avance del hijo menor con cambios que ustedes están haciendo?
- Se reconoce su cansancio por el trabajo que implica cuidar a los niños. Usualmente se ve en mujeres.
- Se le pregunta si resignarse es suficiente, ya que por proteger a su esposa se calla cosas que sí le están molestando.
- Se acuerda hablar del tema con la madre presente.

Sesión 6: 23/junio/2016

Acuden: Padre, madre.

En esta sesión se abordan los avances logrados en las sesiones pasadas, considerando dar un fin al proceso terapéutico. La madre menciona ver cambios en el hijo menor, ya que lo nota más tranquilo, con un poco de mayor tolerancia a la frustración y a la espera, y con un buen avance en el área motriz y cognitiva. Aunque considera que parte del avance ha sido por las terapias a las que lo han llevado para agilizar el desarrollo, también piensa que se relaciona mucho con los

cambios que ellos han venido realizando. En el caso de ella, menciona ser más firme en los límites, más clara al dar una orden o decir una regla, más paciente y tolerante ante los berrinches del hijo menor, y más incluyente con el hijo mediano. Cree que la relación entre ella y el hijo mediano ha mejorado, ya que ahora pueden salir solos y comunicarse con más frecuencia. Menciona seguir sintiendo cierto rechazo al niño, pero ya no le da tanta importancia ni lo ve como un obstáculo, por lo que se volvió menos relevante para ella el encontrar una explicación.

El padre menciona no notar tantos cambios en el hijo menor, ya que con él sigue siendo igual de demandante y berrinchudo. Por un lado, le enoja y le frustra esta situación, ya que constantemente se siente agotado y sobrecargado emocionalmente, pero por otro lado parece agradarle que tanto el hijo menor como el mediano quieran estar con él. También logra identificar que a veces le cuesta trabajo ser firme con el menor, cediendo con facilidad para lograr que se tranquilice, pero al mismo tiempo siente que él es el que pone las reglas a diferencia de su esposa. Al comparar sus puntos de vista, observan que no es que la madre no ponga límites, sino que ella lo hace de una manera distinta, lo cual le ha venido dando un buen resultado con su hijo. Al padre parece dificultársele observar esta parte, esperando que ella actúe como él supone que debe hacerlo una “madre”, es decir, con un concepto más tradicional proveniente de su propia familia. También logra identificar que el hijo menor ha tendido muchos avances, ya que cada vez se vuelve más independiente y va desarrollando más habilidades con el tiempo.

Al transcurrir la sesión se observa que tanto la madre como el padre se van dando cuenta de que su vida familiar ha sido mucho más tranquila en los últimos meses, lo cual se lo atribuyen al trabajo en equipo que han venido haciendo, con una mayor comunicación y con mayores acuerdos de la distribución de tareas y la organización como padres, aunque aún les cuesta verse

a sí mismos como una familia distinta, en donde la madre ocupa un lugar de proveedora. En lo único que no están de acuerdo actualmente es en la educación y en los límites para el hijo mayor. El padre considera que la madre lo consiente demasiado y que no le pone límites con respecto a la hora de levantarse, la hora de llegada a la casa y las tareas doméstica. Ella piensa que lo limita en las cosas necesarias, considerando que tiene 17 años.

Para finalizar la sesión, se les pide que hablen acerca del tema del hijo mayor y que, utilizando las herramientas aplicadas en otras situaciones en las que estaban en desacuerdo, intenten llegar a una solución.

Intervenciones y preguntas
• Se introduce la idea de dar fin al proceso terapéutico observando los cambios realizados durante las sesiones: “¿Qué cambios han visto en estos meses?, ¿cómo llegaron hasta allá?, ¿qué se puede continuar haciendo?, ¿qué herramientas han adquirido en este proceso?, ¿en qué parte del proceso sienten que vamos?”. • Se indaga en la mejora que ha habido en las relaciones entre padres e hijos y la manera en que lo realizaron: “¿Cómo te explicas que la relación esté mejor ahora con tu hijo?, ¿qué cambió?, ¿qué es diferente ahora?, ¿cómo es que ahora pueden ser más claros y firmes con los límites?”. • Se indaga en las diferentes visiones entre los padres, ya que uno ve más cambios que el otro, y las expectativas son distintas. Se busca llegar a un punto en común: “¿Cómo es que tu esposa puede ver más cambios que tú?, ¿qué estará haciendo distinto o qué estará mirando que ve otras cosas?, ¿qué cosas les sirven de ver cómo lo resuelve el otro?, ¿hay cosas que el otro haga que les pueda servir también a ustedes?, ¿cómo se sentirían más apoyados por el otro?”. • Se introduce nuevamente la idea de que ellos han actuado como una familia distinta al estereotipo, y que, como tal, las expectativas acerca de la función y el rol del otro no pueden ser estereotipadas. Se menciona que ambos han encontrado una forma distinta de ser madre y padre que les funciona mejor. • La mayor independencia del hijo menor, en comparación con cuando llegaron, se puntúa como una señal de que ellos están funcionando mejor como padres y como un equipo. • Se les deja como actividad que, tomando en cuenta el buen funcionamiento como equipo que han llevado con los hijos menores, realicen lo mismo con el hijo mayor, el cual es un tema en el cual no han logrado llegar a acuerdos.

Sesión 7: 21/julio/2016

Acuden: Padre, madre.

En esta última sesión se hace una recapitulación de lo abordado durante el proceso, las cosas que han venido cambiando en los meses transcurridos, los beneficios de estos cambios y lo que cada uno aportó para que esto ocurriera, con la finalidad de que estos cambios se sigan manteniendo.

Parece que la familia está en un punto de mayor aceptación con respecto a tener un hijo con capacidades diferentes, ya que lo viven de una manera menos angustiante y con una mejor visión de lo que su hijo necesita para desarrollarse, así como un mejor funcionamiento como un equipo.

El desarrollo del hijo menor está en aumento y los padres han logrado plantearle límites más claros y firmes.

Mencionan sentirse tranquilos y con las suficientes herramientas para manejar las circunstancias que se presenten en un futuro con cada uno de sus hijos. Refieren no requerir sesiones extras, por lo que se cierra el proceso y se procede a las despedidas.

Intervenciones y preguntas
• “¿Qué ha cambiado?, ¿qué herramientas han desarrollado en este proceso?, ¿cómo pueden seguirlas usando para los futuros retos?”. • “¿Qué diferencias notan en su familia de cuando llegaron la primera sesión?, ¿qué diferencias notan en ustedes?, ¿qué ha mejorado?, ¿creen que los cambios han sido significativos?, ¿son suficientes?, ¿creen estar listos para enfrentar los futuros retos?”.

3.1.3.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica

Sistema Significativo

- *Madre.* Ocupa el rol de organizadora en la casa, describiéndose a sí misma con una actitud ruda y autoritaria para sobrellevar la convivencia con cuatro varones. Es percibida como sobreprotectora y demasiado precavida. Parece ser la que cuida a la familia de los riesgos del mundo externo. Ocupa un rol de proveedora principal, lo cual la aleja del núcleo familiar.

- *Padre.* Aparece como el cuidador principal de los hijos, ya que es quien está con ellos en las tardes. Aunque lo describen como el más complaciente, también se define a sí mismo como “el que castiga”. Parece ser la conexión con el mundo externo, describiendo su forma de educar como vivencial, con lo cual busca la independencia de sus hijos. Parece haber ocupado el rol de cuidador principal como una manera de compensar la frustración de su esposa por todo lo que implicaba convertirse nuevamente en madre.
- *Hijo mayor.* Ocupa un lugar de apoyo y de autoridad en la familia, ya que es a quien el hijo menor más obedece. Es quien lo mantiene tranquilo y le pone límites, estabilizando a toda la familia. Parece ocupar un lugar más importante en la vida de la madre, como si fuera su pareja simbólica. Ella se apoya más en él que en su propio esposo, lo cual parece hacer dudar al padre acerca de su paternidad y su autoridad en casa.
- *Hijo mediano.* Ocupa el lugar del “castigado”, ya que es a quien usualmente regañan cuando el hijo menor hace berrinches. Su presencia pasa desapercibida al ser el menor quien tiene toda la atención. Parece ser el hijo que carga con las más elevadas expectativas con respecto a su comportamiento, ya que no tiene motivos (“orgánicos”) para actuar como su hermano. Busca constantemente tener un lugar en la familia, siendo el hijo “olvidado”, lo cual parece ser parte de la identificación con el padre.
- *Hijo menor.* Ocupa un rol central en la familia, ya que sus berrinches atraen la atención de todos los miembros. Es el “centro de atención”. Parece ser quien mantiene a la madre dentro de la familia y a la pareja unida, actuando como pegamento de la relación. Mientras sea el “discapacitado” la familia permanecerá junta con una meta en común.
- *Los abuelos paternos.* Parecen tener un rol de cuidadores externos.

- *La abuela materna.* Tuvo un rol de cuidadora con el hijo mayor en su infancia, lo cual les da a los padres una explicación acerca de su comportamiento “introvertido” y “temeroso”.
- *Equipo de salud* (tanto médico como psicológico). Han ocupado un papel central en la familia, ya que los problemas en el desarrollo del hijo menor los llevó a buscar constante ayuda para comprender la situación y saber cómo abordarla y resolverla. Esperan que el equipo de salud de todas las respuestas y soluciones. Han encontrado explicaciones que estabilizan a la familia, aunque sea momentáneamente. Con el equipo psicológico parece que esperan algún tipo de orientación o instrucciones sobre cómo controlar el comportamiento del hijo menor. Ven a la equipo de psicología como un sistema encargado de conocer las emociones de las personas. Buscan constantemente el conocimiento y la aprobación de los expertos y profesionales, incluso buscando que les digan lo que es correcto e incorrecto. Actualmente también significa apoyo en aquellas cosas que ellos como padres consideran que no pueden manejar por completo, por ejemplo, la terapia individual que están buscando para el menor (motricidad y desarrollo cognitivo).

Procesos familiares

- *Proceso de desarrollo del hijo menor.* El desarrollo del hijo menor fue diferente al de los otros hermanos. El aprendizaje era más lento y se presentaron convulsiones. Actualmente se busca apoyo por parte del área médica, terapéutica y psicopedagógica para encontrar formas contribuir al desarrollo motriz y cognitivo del niño. Se buscan diferentes estrategias para adaptarse a sus necesidades.
- *Proceso de búsqueda de respuestas acerca de la situación del hijo menor.* Se hicieron muchas hipótesis antes de llegar al diagnóstico de retraso mental moderado, para después complementar el diagnóstico con una falta de desarrollo neurológico en la parte frontal del

cerebro. Actualmente los diagnósticos dejaron de ser una prioridad y parece que los padres han pasado a la etapa de generación de nuevas estrategias. Piensan que con el tiempo el desarrollo se irá dando.

- *Proceso de aceptación del diagnóstico.* Al principio parecía no haber una aceptación del retraso mental, y existía mucha confusión con relación a las conductas del niño. Actualmente parece existir una postura diferente, ya que los padres han pasado de una actitud de constantes quejas a una actitud de soluciones y búsqueda de estrategias.
- *Proceso de adaptación de tener un hijo diferente.* La familia ha sufrido un reajuste desde el nacimiento del hijo menor, ya que los comportamientos y reacciones son diferentes. Aún siguen en el proceso de adaptación, aunque pareciera que el problema principal se está disolviendo lentamente, poniendo a ambos hijos (el mediano y el menor) en el mismo nivel (ambos son niños que requieren atención y cuidados, con ambos hay conflictos).
- *Proceso de configuración familiar con tres figuras parentales.* El hijo mayor funciona como una figura parental que da estabilidad a la familia. Es el que tiene un mayor control en cuanto al ponerle límites a su hermano menor. Pareciera que el adolescente lentamente se está retirando de esta posición al tener espacios para él mismo, lo cual desequilibra a la pareja.
- *Proceso de acomodación en una familia reconstruida.* Hubo una reestructuración en la familia cuando se incorpora el padre como figura paterna. Parece que el padre no se siente con la misma autoridad ante el hijo mayor que con el menor y el mediano, lo podría estar influenciado por la relación entre el mayor y la madre (como si ella lo protegiera). El padre siente que su esposa no le da esa posición de autoridad.
- *Proceso de aceptación y acomodación al nacimiento de los hijos.* Al no haber un real deseo por parte de la esposa de convertirse nuevamente en madre, existe una barrera con el hijo

mediano. Esta frustración parece también estar dirigida de manera indirecta hacia su esposo, quien, para compensar la situación, toma un papel más activo en la crianza de los hijos, generando una mayor identificación con el mediano y ampliando más la barrera entre ellos y la madre. El menor parece haber llegado como una manera de mantener unida a la pareja.

- *Proceso de ajuste con diferentes estilos parentales y educativos.* El padre y la madre tiene formas diferentes de educar, los cuales parecen estar generando dificultades en la actualidad.
- *Proceso de adaptación familiar a las diferentes explicaciones del diagnóstico.* El diagnóstico dado por el neurólogo generó tranquilidad en el sistema familiar, aunque sea momentáneamente. Parece existir un desacuerdo entre la madre y el padre con respecto a estas explicaciones. Mientras la madre le da mayor importancia a la educación, el padre lo ve desde el lado médico.
- *Proceso de búsqueda de nuevas estrategias para cubrir las necesidades del hijo menor.* Los padres están buscando terapeutas para el hijo menor con la finalidad de ayudarlo en el desarrollo motor y cognitivo. También se buscará que el niño ingrese en un CAM.
- *Proceso de adaptación en el sistema terapéutico.* Es un acomodo entre consultantes y terapeutas, el cual se ve reflejado en la aceptación con la que reciben la retroalimentación, las preguntas, los mensajes y las tareas. Parece estarse construyendo una relación de confianza. Esperan ser validados por la terapeuta y le atribuyen funciones que les corresponde a ellos como padres. Con el padre se siente un ambiente de tranquilidad, lo cual podría indicar que existe una mayor apertura y una mayor confianza con la terapeuta y el equipo.
- *Proceso de cuestionamiento de los estereotipos de género.* Parece que existe una lucha entre los roles de género tradicionales y las nuevas formas de acomodarse. Por un lado, pareciera que les funciona la manera actual de acomodarse, pero, por otro lado, el padre parece no estar

cómodo en cómo se están dando las cosas, constantemente menciona querer que la madre se involucre más en el hogar y con los niños, diciendo que ella es egoísta por enfocarse más en el trabajo.

- *Proceso de reajustes de la exclusividad después de la infidelidad.* Parece que parte de la petición del padre de tener más cerca a su esposa pudiera estarse generando por los “roces” que tuvo ésta con otra persona. Aunque el padre menciona que ya superó el evento, parece que sigue generando tensión.

Creencias familiares

- El hijo menor es muy callado y retraído con las personas nuevas. Cuando toma confianza se vuelve muy inquieto.
- El hijo menor obedece a las personas que tienen carácter fuerte, por ejemplo, el hermano mayor, las maestras y las doctoras.
- El hijo menor le hace más caso al hermano mayor que a los padres porque él lo cuidó cuando estaba chiquito.
- El hijo menor tiene poca tolerancia a la frustración y es impaciente porque los padres lo han acostumbrado a que siempre le dan rápido las cosas.
- El hijo menor les pega a las cosas cuando se enoja porque los ataques de epilepsia le dieron mucha energía.
- Los berrinches del hijo menor son extremos como consecuencia del medicamento, que le genera ansiedad.
- Los berrinches del hijo menor se deben a que lo complacieron por mucho tiempo.
- El padre no es una autoridad firme, cede con mucha facilidad.
- Para sobrevivir entre muchos hombres, las mujeres deben actuar de manera ruda y autoritaria.

- No es bueno que los hijos vean que los padres no cumplen lo que dicen.
- Los hijos no deben tener funciones paternas con sus otros hermanos.
- El comportamiento del hijo menor se debe a una falta de desarrollo en la parte frontal del cerebro.
- El hijo menor es manipulador.
- La madre es sobreprotectora y tímida.
- El padre es protector y extrovertido.
- El comportamiento del hijo menor es aleatorio.
- Cuando dos personas tienen personalidades parecidas tienden a “chocar”, es decir, tienen mayores conflictos.
- En esta vida no son malas las cosas, sino los excesos.
- El mostrarte seguro en la calle te puede proteger de los peligros.
- La madre es “fría” con los hijos.
- Para que una estrategia sea útil, debe funcionar siempre.
- Los hijos deben obedecer de inmediato a las órdenes de los padres, de lo contrario son vistos como intolerantes a la frustración.
- Los hijos no obedecen a los padres porque ya les “agarraron la medida”.
- Los hijos “discapacitados” requieren más atención y cuidados.
- El hijo primogénito es el más apegado a la madre, y por el que ésta tiene mayor preferencia.
- Los psicólogos conocen más acerca de las emociones y los sentimientos.
- La terapia es para hablar de las emociones y de los problemas.
- La falta de atención de los padres genera independencia y autonomía en los hijos.
- Las parejas que llevan poco tiempo tienen una buena relación.

- Las explicaciones deben ser validadas por un experto.
- Es importante caerles bien a las personas.
- El matrimonio es para toda la vida.
- El ser reservado es sinónimo de rechazo.
- Los padres deben funcionar como un equipo.
- Las madres deben estar presentes en la educación de sus hijos, aunque trabajen.
- Las vivencias de la infancia influyen en las actitudes actuales de las personas.
- Las mujeres deben ser protegidas.
- Confrontar y tener opiniones diferentes es sinónimo de ofensa.
- El estar más apegado a un padre significa que hay problemas con el otro.

Premisas

- Alguien debe ocupar el centro de la familia.
- La sobreprotección genera dependencia.
- La familia debe protegerse del mundo externo.
- La experiencia de vida genera mayor independencia.
- Lo prohibido es lo más buscado.
- La discapacidad genera privilegios en las familias.
- A los discapacitados hay que protegerlos.
- Las experiencias pasadas y de la infancia determinan el comportamiento actual.
- La cercanía física y emocional son importantes para las relaciones interpersonales.
- La distancia entre las personas es importante.
- Es importante que las personas sean autónomas e independientes.

Tiempos

La familia está enfocada en el presente y el pasado. Los padres no llevan la misma vida que antes de que naciera el hijo menor, lo cual parece generar frustración. Anhelan la tranquilidad de antes; están completamente absorbidos por la situación actual, e incluso descuidan al hijo mediano. Pareciera que eventos pasados relacionados con el inicio de la familia reconstruida (el inicio de la pareja y la introducción del padre como figura parental), están conectados de alguna manera con la situación actual, ya que lo que inicialmente unió a la pareja es lo que está generando conflictos en el tiempo presente (los diferentes estilos de vida y de educación). Probablemente lo que ocurre con el hijo menor puede ser un efecto de problemas en la pareja que iniciaron hace tiempo, como una manera de unir a la familia en la actualidad. Quizás también se relacione con las expectativas con respecto a la nueva familia.

Pareciera que la situación actual está conectada con situaciones pasadas incluyendo el inicio de la relación de pareja, lo cual está impidiendo que la familia avance. Probablemente las vivencias que tuvo la madre con su ex esposo, padre del hijo mayor, está influyendo en la relación de pareja actual y en las expectativas de esta nueva familia. El pasado del padre también parece estar mezclado con vivencias actuales. Tiene una idea de cómo debería ser la educación de sus hijos según lo que él vivió en su familia y su infancia, lo cual le da la autoimagen que constantemente menciona en la actualidad, la cual valora mucho. Su esposa aceptó volver a ser madre, cuando, para ella, era el tiempo de dedicarse a sí misma y al crecimiento laboral, lo cual parece ser una diferencia entre ella y su esposo, provocando una enorme frustración en su papel materno con el hijo mediano, generando consecuencias en la actualidad. La madre parece atrapada en medio de dos realidades, al igual que el padre, en donde los cambios sociales no necesariamente van acordes con los tiempos familiares o individuales, generando inestabilidad. El hijo menor actúa como el punto de unión y estabilidad familiar.

Los procesos individuales dentro del ciclo vital de la familia parecen estar influyendo en los movimientos de la familia. Por ejemplo, el hijo mayor está en la adolescencia tardía, es decir, está en un momento en el que probablemente va a pasar más tiempo fuera de casa, ya sea con los amigos, con la novia o en otras actividades. Está en una etapa de búsqueda de mayor autonomía, lo cual podría estar acercando más a la madre y el padre, tanto en la pareja como en la función de padres con los hijos menores. Este movimiento puede ser benéfico, pero también perjudicial, ya que probablemente broten conflictos guardados desde el pasado.

Hipótesis

La familia parece estar teniendo problemas al no saber cómo educar a un niño con retraso mental moderado, a diferencia de los otros dos hijos, lo cual también podría significar que están teniendo dificultades para aceptar el diagnóstico. La atención parece estar puesta en el hijo menor, quien ocupa el centro de la familia, mientras que el hijo mediano se mantiene en una posición invisible, lo cual no sabemos si pudiera ser una estrategia o ventaja que lo protege de algo más.

Los padres podrían estar teniendo conflictos en la relación de pareja, lo cual se refleja en la falta de acuerdos con respecto a los límites y a las funciones como padres. Estos desacuerdos parecen estar relacionados con dos estilos diferentes de educar y de ver la vida, lo cual me lleva pensar en las expectativas que pudieran estar teniendo con respecto al éxito de la familia reconstruida, queriendo reparar lo que no se logró con anterioridad, siendo lo que ocurre con el hijo menor un efecto de la idea que tienen como familia o como padres; o quizás éste los mantenga alejados como una forma de proteger la relación de algo más.

Es interesante pensar que el hijo menor ocupa el centro de la familia como una resistencia a algo más, haciéndome pensar si es a través de él que el hijo mayor toma un lugar en esta familia o

viceversa, o si esto es lo que impide el alejamiento de la madre. Es importante observar quién genera el desorden en la familia, ya que tal vez la reacción del hijo menor se deba a alguien más.

Tomando eventos pasados, el padre se muestra muy orgulloso de su trabajo como padre con el hijo mayor y con el mediano, lo cual me hace pensar en el fracaso que está viviendo con el menor; tal vez la madre se sintió excluida y reemplazada en la vida del hijo mayor cuando éste se acercó a su esposo, y esto tal vez se conecte con el rechazo hacia el hijo mediano (es el más parecido al padre), lo cual genera que sea más demandante con el afecto, inquietando constantemente a su hermano menor como una forma de hacer fracasar al padre.

El ver al hijo menor como discapacitado y como alguien al que hay que cuidar, parece unir a la familia en un objetivo en común. El padre es el que más refuerza esta creencia, como si fuera él el más interesado en mantener el status quo (incluso en la relación de pareja, en donde él no observa los problemas que su esposa sí). El mantener al hijo menor en esa posición privilegiada en la familia genera en el hijo mediano una sensación de no ser visto y no ser querido por los padres.

La organización familiar actual, en donde cada padre actúa por su cuenta, parece proteger a la relación al mantenerlos distanciados. Parece haber reclamos indirectos en la pareja, por parte de ambos. El padre reclama que su esposa no esté más tiempo en casa cumpliendo su rol como madre y que le dedique más tiempo al trabajo, teniendo él que hacerse cargo de los hijos; este arreglo parece haber compensando la frustración sentida por la madre al tener al hijo mediano, el cual no fue deseado por ella. La madre descarga esta frustración contra el hijo mediano en lugar de hacerlo contra su esposo, quien podría haber buscado el embarazo para mantener la relación con ella. Al ser el hijo mediano el que mayor identificación tiene con el padre, parecería ser un ataque indirecto, en donde si rechaza a su hijo es como si estuviera rechazando al esposo.

Por otro lado, la madre también pudo haber aceptado este arreglo como una manera de reparar la relación anterior con su ex esposo, y al mismo tiempo para brindarle al hijo mayor una figura paterna (el padre hizo todo lo posible por generar un vínculo con el niño, lo cual también podría ser una forma de mantener la relación). La madre pudiera estar luchando entre dos imágenes: la mujer independiente, madre soltera, que puede hacerse cargo por sí misma, y la mujer dependiente de un hombre que le dé estabilidad y protección.

El padre parece también luchar con dos partes de la masculinidad: por un lado la visión de una familia diferente con arreglos más flexibles en los roles masculinos y femeninos; y por otro, la visión de una familia tradicional como la suya, con roles definidos y con un pensamiento machista. El hijo mayor parece estar tomando el papel de pareja de la madre, ya que es en quien más se apoya. Esto podría estar estabilizando también a la pareja, poniendo al hijo mayor en una posición de tercero incluso en el cuidado del hijo menor.

Es probable que a través de la creación de espacios familiares (padre-hijo/s, madre-hijo/s, todos juntos, etc.), espacios de pareja y espacios individuales, la familia se esté estabilizando y cada uno vaya adquiriendo un rol más adecuado dentro de la familia, es decir, los padres actuando como padres, el retorno al espacio de pareja y los hijos en su rol de hijos según las edades. Si la pareja logra comunicar y encontrar una manera de conciliar en las diferencias y en los desacuerdos anteriores, lo más probable es que la familia siga marchando de manera estable. De lo contrario, podrían presentarse nuevas problemáticas.

La infidelidad que hubo en el pasado (hace 2 años) pudo ser una manera en la que la madre quiso manifestar su inconformidad con lo que estaba viviendo en su familia: los conflictos con el hijo menor por ser un niño diferente que requiere una educación distinta y por lo tanto puede llegar a ser más complicado y desgastante, el estrés generado en la pareja por lo ya dicho y la probable

pérdida del subsistema conyugal, así como el hecho de que la madre era la que pasara más tiempo fuera de casa por el trabajo (lo cual da más espacios para que esto pueda darse). Lo anterior también puede estar reforzado por el hecho de que no estaba segura de querer ser madre nuevamente, y quizás también como un castigo hacia su esposo por haberla “convencido” (aún queda la duda de cómo se dio el nacimiento del hijo menor).

Tal vez esta es la razón por la que el padre quería mantener el *status quo* de la familia a través de la visión del hijo menor como un discapacitado, ya que al ser el niño la unión entre ellos, tal vez es una manera de mantener a la madre dentro de la relación (sobre todo después de la infidelidad), lo cual se conjunta con su constante petición de que esté más presente en casa y más al tanto de los niños, viendo el trabajo como una amenaza (tiempo fuera de casa y alejamiento del núcleo familiar).

3.1.3.3. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos

Comentarios del equipo

- Se menciona que es importante preguntarles a los integrantes de la familia si se les puede “tutear”, ya que el proceso de negociación de la relación influirá en el proceso terapéutico.
- Es importante indagar en la relación de pareja aunque parezca que solamente es un tema de límites. La falta de acuerdos puede indicar otras situaciones en la familia.
- Se hace la recomendación de un libro como guía y como recurso para poner límites a los hijos (“Paternidad libre de gritos”).
- El hijo menor es un reto mayor y se requiere un estilo diferente para educar.

- El padre está orgulloso de su trabajo con el hijo mediano y con el mayor. Es importante incluir a la madre en el discurso y preguntarle si se siente de alguna manera excluida de la conversación.
- En ambos estilos de educación no existe una real escucha ante las necesidades del hijo menor; no hay un vínculo de apego seguro.
- El diagnóstico es visto como principio organizador y liberador.
- Existe la responsabilidad de dar una explicación con respecto a la necesidad de ponerles límites a los hijos.
- Pareciera que la madre acepta la visión del esposo de que el comportamiento del hijo menor se debe a una cuestión orgánica, con la intención de mantener la situación en paz.
- Parece que cuando se establece un vínculo de apego con el hijo menor, su reacción cambia.
- ¿De dónde viene la idea de que el hijo menor necesita tanta supervisión? ¿De los médicos? ¿O es conveniencia propia?
- Es curioso que el padre jale la conversación cuando su esposa estaba explicando por qué se sentía rara con el hijo mediano. Es importante regresar al tema con ella.
- Los hijos han tenido mucho al padre, y tal vez no tan presente a la madre.
- ¿De dónde surge la desconexión entre la madre y el hijo mediano? ¿De su historia, de su familia, del momento en el que lo tuvo, de su relación con el padre?
- ¿Cómo conecta el padre el tema de su familia con lo que ocurre en la actualidad en la relación del hijo mediano y su esposa? Existe el tema de identificación del hijo mediano con el padre, la cual podría ser algo que desconecte la relación con la madre. El padre quiere tocar el tema de su historia familiar en las sesiones. Tal vez en algún momento se den sesiones individuales.

- ¿Qué lugar le da el padre a la terapeuta en relación con los hijos al pedirle que ella hable con el hijo mediano? ¿Si la esposa no puede conectarse con el hijo entonces le pide a la terapeuta mujer que lo haga?
- ¿Ven la discapacidad del hijo menor como parte de su identidad? ¿De dónde sacan la idea de que tienen que cuidarlo tanto? ¿El factor edad influye? ¿Qué sería lo normal en la infancia? Parece como si la “discapacidad” los uniera.
- ¿Existe una barrera de la madre hacia el hijo mediano? ¿Qué pasa? Es como si la paciencia se le fuera toda en el hijo menor por su “discapacidad”.
- Se buscará tocar la importancia de implementar estrategias en conjunto como padres.
- Conectar el tema de la barrera con el no haber estrategias en común como papás.
- Pregunta para el padre para más adelante: ¿Crees que lo que ocurre en la relación entre tu esposa y tu hijo mediano tenga que ver con el parecido que tiene este hijo contigo?
- El que ella sea más atractiva, ¿tendrá que ver con que él haya querido tener hijos como para asegurar la relación?
- Parece que están más cómodos en la familia. Ya no se centran sólo en el hijo menor. Los problemas los ponen en todos los hijos.
- Indagar qué es lo que hace que se coloque en un 7-8 en una escala de mejoría (0 es peor y 10 es mejor).
- El tema de la paternidad con el hijo mayor parece ser importante, quedará pendiente para hablarlo con la madre.
- No están en la terapia como pareja sino como padres.
- Señal positiva: la madre sale sola con el hijo mediano. Lo acepta más.
- El hijo mayor ya no está tan parentalizado. Hasta cierto punto es bueno que sea rebelde.

- ¿Qué tanto le genera incomodidad al padre el ser “amo de casa”? Y que su esposa no haga cosas en casa.
- El que el hijo mayor deje de tener ciertas funciones ¿qué efecto está teniendo?
- ¿Es momento de detener o ponerle pausa a la terapia?
- Proponer que el padre hable con su esposa acerca de la sesión, y de cómo ve ella el cambio.
- ¿Por qué no pedirle a la madre cooperación para que él se sienta apoyado en casa?
- Retroalimentación para la terapeuta: El discurso se está dando con más incertidumbre, con mayor diálogo y menos argumentos definitivos y absolutos: “me parece”, “desde mi punto de vista”.
- Se tuvo mucho cuidado al abordar el tema de la infidelidad.
- Parece haber una defensa al no conectar la ausencia de la madre con la infidelidad. Prefiere remitirse a la infancia de ella y a su carácter.
- Él la cuida mucho a ella. ¿Por qué es eso? ¿Esto es parte de lo que impide que la relación avance a otro nivel?
- Se requiere renegociar los roles para equilibrar el esfuerzo.

Aperturas

- La conducta del hijo menor difiere según el contexto y las personas involucradas.
- Las explicaciones que tiene cada integrante con respecto al problema.
- La relación entre los padres y la manera en que llegan a acuerdos.
- El apoyo y la estabilidad que da el hijo mayor a la familia.
- La dificultad de los padres para plantear límites y llegar a acuerdos.
- La nueva explicación del neurólogo acerca de la conducta del hijo menor.
- La diferencia entre protección y sobreprotección.

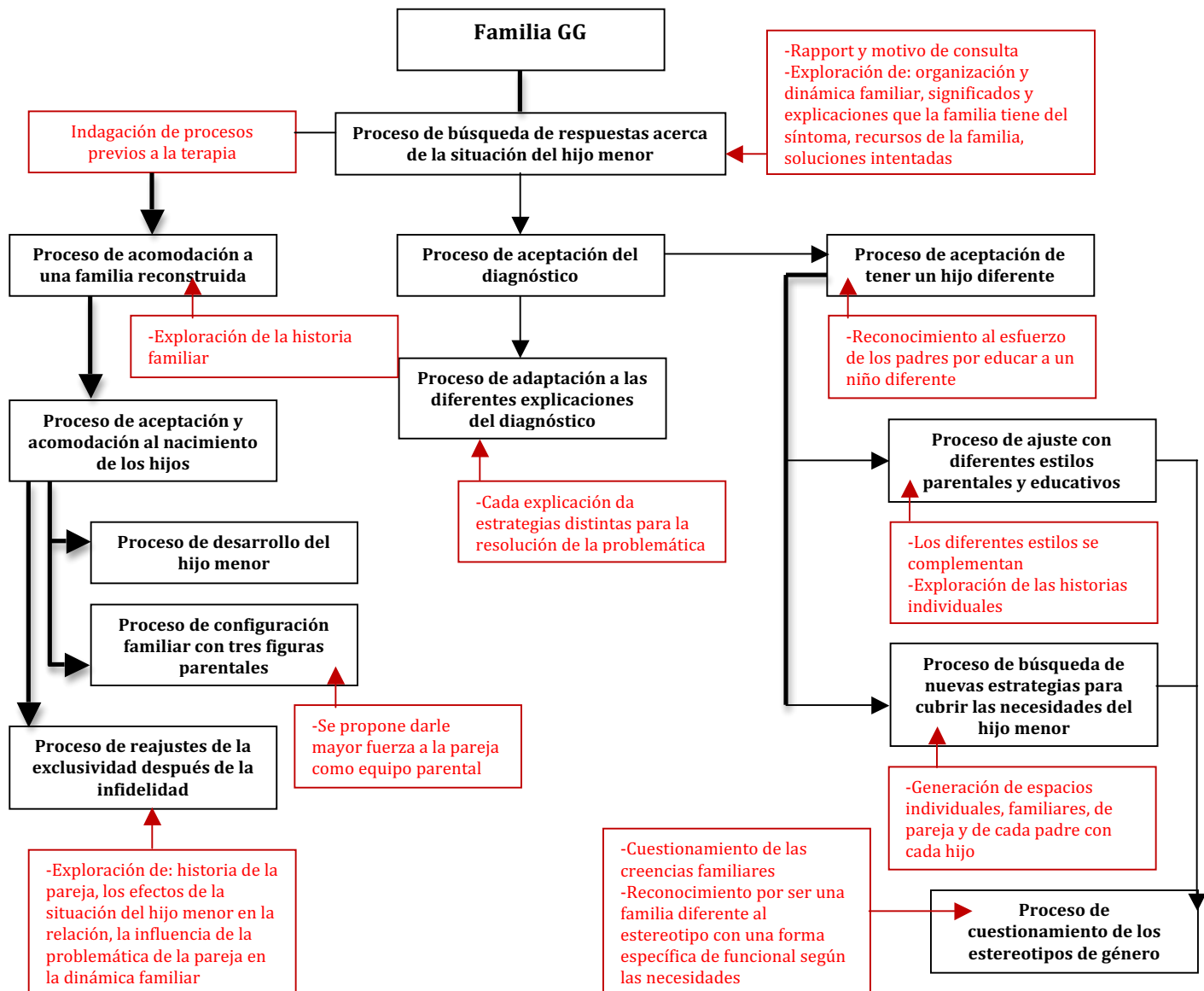
- Las similitudes y diferencias entre padres e hijos.
- La adaptación del hijo mayor al nuevo matrimonio.
- La relación entre el padre y el hijo mayor.
- Las diferencias entre los padres en los estilos de educación.
- La necesidad de espacios diferenciados en la pareja y con cada uno de los hijos.
- La madre no le da el medicamento recomendado por el neurólogo al hijo menor.
- El padre define al hijo menor como un discapacitado.
- El padre expresa su teoría sobre el apego de la madre al primogénito.
- El padre se define a sí mismo como “el abandonado”.
- El padre le hace la petición de hablar con el hijo mediano en una sesión.
- El padre reacciona con enojo ante una perspectiva de género.
- El padre habla del alcoholismo de su padre.
- El padre dice que su esposa no se involucra en la familia.
- El padre refiere estabilidad, pero al mismo tiempo sigue sin sentirse apoyado por su esposa.
- El padre pide mayor apoyo y cercanía de su esposa con los hijos y una mayor presencia en casa.
- El padre se explica la lejanía de su esposa refiriéndose a su infancia y a su carácter.
- El padre no ve conexión entre la petición de mayor cercanía de su esposa con la infidelidad.
- El padre no confronta a su esposa para protegerla y evitar que se sienta ofendida, pero al mismo tiempo aguanta que ella le diga sus errores.
- La resignación del padre.
- El padre menciona encerrarse en el baño cuando ya no aguanta los berrinches del hijo menor.
- El padre compara el rol de su esposa con el de su madre.

Prejuicios

- La familia viene sólo por el tema de los límites y no existen problemas en la relación conyugal.
- El hablarles de “tú” a las mujeres y no a los hombres, además de hacerlo sin su consentimiento.
- El que el hijo mayor adopte un rol paternal puede interferir en su desarrollo como adolescente.
- El hijo menor no puede controlarse por su retraso mental moderado.
- El problema está en que los padres no son firmes al ponerle límites al hijo menor, y esto ocurre porque lo tratan diferente por su retraso mental, por tener un rol de “enfermo”.
- La sobreprotección vuelve inútiles a las personas y las incapacita para la vida.
- Los hijos de en medio usualmente se la pasan buscando tener un lugar en la familia, teniendo una experiencia de mayor abandono.
- Las familias reconstruidas buscan reparar la relación anterior a través de la relación actual, teniendo altas expectativas con respecto a los miembros de la familia y sus acciones.
- Las familias en donde hay alcoholismo tienen una forma de funcionar muy particular, el cual es un patrón que se va repitiendo generación tras generación, independientemente de si existe o no consumo de sustancias. Usualmente son familias con formas de interacción muy rígidas, por lo que se dificultan los cambios evolutivos y circunstanciales. Son familias donde los padres no logran satisfacer las necesidades afectivas de los hijos, ya que a ellos mismos no se las cumplieron.
- El tener hijos es una manera de estabilizar las relaciones, así como forma de mantener el vínculo.

- Aunque haya hombres que estén más involucrados en el hogar, sigue existiendo el reclamo hacia las mujeres que le dedican más tiempo al área laboral que a la maternidad.
- Las mujeres que son madres solteras que se casan por segunda vez, usualmente lo hacen para sentirse protegidas por un varón y para brindarle una figura masculina a los hijos, ya que sienten que ellas no son suficientes.
- Los varones no se involucran por completo en la educación de los hijos, lo cual los hace ser menos efectivos y más rígidos al buscar nuevas estrategias de educación.
- Los padres suelen esperar que los hijos se adapten a ellos en lugar de ellos adaptarse a los hijos y a sus necesidades.
- El favoritismo de las madres hacia los hijos varones primogénitos se basa en la estructura patriarcal en donde los varones siguen siendo más valiosos que las mujeres. Las madres buscan en este hijo alguien que las proteja en un futuro y los padres buscar alguien que los reemplace y que sean como una extensión de sí mismos.
- Las madres depositan su frustración en los hijos al no poder enfrentar a la pareja, lo cual pondría en riesgo la relación.
- Es tan difícil el intentar crear una nueva forma de ser mujer como una nueva forma de ser hombre o de ser una familia.
- La infidelidad a veces puede funcionar como una manera de mostrar algo que no está funcionando en la pareja, pero no necesariamente. A veces no tiene que ver con algo que esté ocurriendo en la pareja sino con algo individual (no necesariamente algo negativo).

Esquema de los movimientos de la familia y los terapeutas durante el proceso terapéutico



Reflexiones

Gracias al abordaje que realicé en este caso pude cuestionarme varias cosas con respecto a la terapia. Una de ellas fue la idea de que para que una terapia sea efectiva, debe estar conformada por sesiones semanales y por más tiempo. Con esta familia en particular me di cuenta que esto no

es necesariamente cierto. El acomodo que se dio fue de una sesión al mes, y en total se realizaron siete sesiones, lo cual fue suficiente para que la familia alcanzara sus objetivos y un mayor equilibrio en lo que estaba aconteciendo. Aprendí a respetar los tiempos del sistema y los individuales, ya que las conversaciones dialógicas que se daban en el espacio terapéutico tenían el objetivo de abrir posibilidades en cuanto a la visión que esta familia tenía de sí misma, así como las visiones de cada individuo, en especial de los padres. Tuve que usar herramientas distintas en cuanto a no darles a las personas las respuestas que creo que pueden ser útiles (a pesar de que a veces me lo pedían directamente), sino que ellos mismos las fueran construyendo conforme a lo que ya les había funcionado o lo que ellos quisieran implementar. Esto se dio sobre todo en el tema de la crianza, donde en ocasiones los padres ponían cierta responsabilidad en mí para que les dijera cómo deberían hacer las cosas o cómo podrían cambiar las conductas de sus hijos.

En este caso el trabajo fue dirigido a que la pareja pudiera tener una comunicación más clara y directa, y que, a partir de la conjunción de los dos estilos de crianza, pudieran crear algo útil. Se fomentó el respeto y la aceptación por el estilo individual de cada padre, para que pudieran generar un trabajo en equipo, lo cual pudiera beneficiar a todos sus hijos, y no solamente al hijo menor. También me fue útil el cuestionar los estereotipos de género y aprender a observar herramientas en un estilo de paternidad diferente al usual, en donde el padre tiene un mayor peso en la educación de los hijos y la madre, en ser la proveedora principal del hogar. Al poder observar e indagar esta parte desde mi postura como terapeuta, también les brindé a ellos la oportunidad de verse como una familia diferente a lo que ellos conocían, y de aceptarse con sus diferencias. Es decir, el que ellos pudieran verse fuera del estereotipo nos brindó la posibilidad

de ampliar el concepto de familia, y así permitir que las expectativas normalistas pudieran transformarse en apreciación del buen trabajo que están realizando con sus hijos.

Es curioso cómo al finalizar el proceso terapéutico, la situación de la familia no había cambiado mucho como tal, ya que lo que se modificó fue la visión que se tenía de ella, y, por lo tanto, las estrategias utilizadas para afrontarla. Desde mi visión, es como si la familia hubiera trascendido el duelo de tener un hijo con una discapacidad, y hubiera llegado a un punto de aceptación en donde cada quien tomó el lugar y la responsabilidad que le corresponde. Pudieron comenzar a verse desde una mirada de diversidad y de inclusión, lo cual cambió sus expectativas con respecto a la familia, a los hijos y a la función como padres. Gracias a la relación terapéutica creada a partir del diálogo y la aceptación, se pudo dar un intercambio activo de significados, creencias y prejuicios, a partir de la cual se abrieron posibilidades hacia una nueva visión de sí mismos y de la familia, así como de sus recursos y el cómo utilizarlos para adaptarse a la situación presentada.

3.2 Habilidades de investigación

3.2.1. Reporte de investigación con metodología cuantitativa

La disfunción familiar como predictor de codependencia en adolescentes mexicanos

Family dysfunction as a predictor of codependency among Mexican adolescents

Andrea Anaya Acosta, Cecilia Fajardo Escoffié, Elizabeth Aldrete Rivera y Nazira Calleja

Bello

Resumen

Una de las consecuencias de las relaciones disfuncionales en la familia es la codependencia. El objetivo del presente estudio fue evaluar la presencia de codependencia en adolescentes mexicanos y su relación con la disfunción familiar. Se aplicaron tres instrumentos –la Escala de Patrones de Interacción de la Estructura Familiar, la Escala Argentina de Codependencia y el Instrumento de Codependencia–, a 304 estudiantes mexicanos entre 14 y 18 años. La desunión se observó como la característica más relevante en la disfunción familiar; mientras que en la codependencia, los componentes más importantes fueron la confusión emocional y la orientación rescatadora. La desunión, las peleas y la triangulación resultaron predictores significativos de la codependencia por focalización en el otro; la desunión, las jerarquías confusas y la evitación del conflicto predijeron la codependencia por autonegación. Se concluyó que existe una estrecha relación entre la disfunción familiar y los comportamientos codependientes en los adolescentes.

Palabras clave: adolescencia, codependencia, disfunción familiar, focalización en el otro, autonegación.

Abstract

One of the main consequences of family dysfunction is codependency. The aim of this study was to investigate the relationship between family dysfunction and the development of codependent

relationships among Mexican adolescents. Three scales were applied -The Scale Patterns of Family Structure Interaction, Argentina Scale Codependency and Codependency Instrument- to 304 Mexican students, between 14 and 18 years old. Disunity was the most relevant characteristic in family dysfunction; while in codependency, the most relevant components were emotional confusion and rescuer guidance. Disunity, fighting and triangulation were significant predictors, with a positive relationship with codependency by focusing on the other. Disunity, confusing hierarchies, and avoidance of conflict were significant predictors of codependency by self-denial. It was concluded that there is a strong relationship between family dysfunction and codependent behavior in adolescents.

Key words: adolescence, codependency, family dysfunction, focusing on the other, self-denial.

INTRODUCCIÓN

La familia es el grupo social natural primario que constituye la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros a través de los padres. El objetivo fundamental del grupo familiar es proteger a los infantes. López, Barreto, Mendoza y del Salto (2015) definen a una familia disfuncional como aquella en la que los conflictos, la mala conducta y el abuso se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse y a normalizar tales acciones.

La disfuncionalidad familiar produce graves efectos negativos en los niños (López et al., 2015), como: a) la carencia de la capacidad de juego o de ser infantil, es decir, un crecimiento psicológico y emocional demasiado rápido en los niños, o por el contrario, b) un crecimiento muy lento o de un modo mixto (por ejemplo, mostrar buen comportamiento social, pero ser incapaz de cuidarse a sí mismo); c) la manifestación de alteraciones mentales de moderadas a graves, por ejemplo, depresión o ansiedad, algún trastorno de personalidad y pensamientos suicidas; d) la adicción al tabaco, al alcohol o a otras drogas, en especial si el consumo está

normalizado en la familia y en el grupo de amistades; e) la rebelión contra la autoridad de los padres o, por el contrario, f) la simulación de aparentes valores familiares, los cuales no son llevados a la práctica; g) la presencia de sentimientos encontrados de amor y odio hacia ciertos miembros de la familia; h) incurrimento en actividades delictivas; i) dificultad para formar relaciones saludables en su grupo de pares; j) padecimiento de algún trastorno del lenguaje o la comunicación (relacionados con el abuso emocional); y k) dificultades escolares o disminución del rendimiento académico.

Las familias disfuncionales suelen estar integradas por adultos codependientes, debido a que en éstas sus miembros están tan estresados e inmersos en la problemática familiar, que no tienen tiempo de atender sus propias necesidades Bradshaw (2002). Suelen adaptarse a la situación en un intento desesperado por controlarla y se vuelven dependientes de la fuente que les produce el estrés; de este modo, comienzan a proyectar su atención hacia el exterior, impidiendo hacerse cargo de sus propias necesidades o sentimientos.

La codependencia ha sido definida como un patrón relacional disfuncional que se desarrolla sólo con determinados individuos, a través del cual la persona se enfoca de manera excesiva en las necesidades y en los comportamientos del otro, aunque esto implique negligencia hacia sí misma (Martins-D'Angelo, 2011).

Pérez y Delgado (2003) señalan como causas de la codependencia, las conductas de dependencia aprendidas por modelos significativos o por experiencias previas, la exposición constante a un evento estresante indefinido y los rasgos de personalidad dependiente. Entre los orígenes de la codependencia aparece la historia de maltrato infantil, ya que se ha encontrado que las personas codependientes comúnmente fueron educadas en hogares disfuncionales en los que se

convirtieron en *cuidadores* de sus *cuidadores*, ya que éstos no pudieron asumir tal papel debido a su incapacidad (Martins-D'Angelo, 2011; Reyome y Ward, 2007).

Muchas de las características de la codependencia han sido establecidas como normas sociales. Entre ellas, la noción tradicional de matrimonio, que considera que dos personas tienen que abandonar su individualidad para convertirse en pareja; el fomento del racionalismo, que implica control en lo que se refiera al placer, la espontaneidad y la expresión de emociones, y la regla de ser amables y agradables con los demás (Bradshaw, 2002). Noriega y Ramos (2002) plantean que la conducta codependiente es el resultado directo de la inequidad en la distribución de poder entre hombres y mujeres, debido a lo cual ellas son colocadas en riesgo de tener relaciones injustas o violentas.

La codependencia puede conducir al consumo de sustancias adictivas, a comportamientos compulsivos, a la autodepreciación y al desarrollo de trastornos alimenticios. Los individuos codependientes se encuentran en estrés constante, lo que puede generar ansiedad, depresión y sintomatología física –agotamiento, úlceras, presión arterial alta, migrañas, problemas respiratorios y cardíacos (D'Angelo y Menéndez, 2011; Gayol y Ramos, 2002; Pérez y Delgado, 2003).

La codependencia también tiene efectos significativos en la elección de la pareja. Según Pinto (2005), las personas eligen a su pareja a partir de cuatro aspectos fundamentales: aquellos afectos que han recibido de los seres significativos durante sus primeros años de vida (papá, mamá, hermanos, abuelos, tíos, amigos, profesores, etc.), los afectos que les hubiera gustado recibir, pero que no les fueron dados, lo que dieron y fue recibido con agrado, y lo que dieron y no fue recibido. Las expectativas amorosas se construyen a partir de esquemas afectivos y cognitivos

aprendidos en la familia de origen, y se espera que la futura pareja proporcione aquéllas que dieron satisfacción y las que faltaron.

Las dimensiones de la codependencia que han recibido apoyo empírico son: 1) *Baja autoconfianza*, sentimiento de devaluación y deficiencia, que lleva a la persona a tratar de ser perfecta y de controlar a los demás, o vivir completamente descontrolada; 2) *Focalización en el otro / orientación rescatadora*, derivación del sentido de valía propia con base en el cuidado que la persona hace de otros; 3) *Actitud complacencia*, intención de complacer a otros, estando siempre de acuerdo en lo que sienten, piensan y en la manera en que se comportan; 4) *Mecanismo de negación*, dejar de lado las propias necesidades para satisfacer las del otro; 5) *Desarrollo incompleto de la identidad*, negación de uno mismo como una forma de sentirse aceptado por los demás, y 6) *Represión emocional*, desconexión de las propias emociones (Bradshaw, 2002; Finnegan y McNally, 1989; Fossum y Mason, 1989; Mendenhall, 1989).

Se han desarrollado algunos instrumentos para medir la codependencia en adultos. En México, Noriega y Ramos (2002) crearon un instrumento de tamizaje para detectar codependencia de las mujeres hacia su pareja; la escala está compuesta por cuatro subescalas: orientación rescatadora, mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad y represión emocional. En Argentina, Biscarra, Brandariz, Lichtenberger, Peltzer y Cremonte (2013) desarrollaron una escala para evaluar la codependencia en personas que convivían con un individuo que padecía un trastorno por consumo de sustancias adictivas o con alguna enfermedad crónica en población general; la escala está integrada por tres factores: escasa autoconfianza, focalización en el otro y actitud complaciente.

A través de la práctica en el área clínica y en el ámbito educativo se ha observado el impacto del disfunción familiar en el desarrollo psicosocial de los adolescentes, en particular, en el

establecimiento de relaciones codependientes de pareja. Sin embargo, la investigación sobre codependencia se ha enfocado fundamentalmente en población adulta, por lo que el presente estudio se planteó como objetivo principal examinar la asociación entre la disfunción existente en la familia y la presencia de codependencia en los adolescentes, así como identificar los factores de la disfunción que predicen la codependencia. También se pretendió analizar su relación con las variables demográficas (sexo, edad, grado escolar, tipo de familia) y con las relaciones de pareja (las pasadas y la actual) de los adolescentes. Un tercer propósito fue evaluar las propiedades psicométricas de dos escalas en español que miden codependencia en adultos (Escala Argentina de Codependencia e Instrumento de Codependencia, para mujeres mexicanas) y de una de disfunción familiar (Escala de Patrones de Interacción de la Estructura Familiar) aplicadas a adolescentes, a fin de contar con instrumentos válidos y confiables para esta población.

MÉTODO

Participantes

Participaron 304 estudiantes de preparatoria, 61.5% hombres y 38.5% mujeres, entre 14 y 18 años (media=15.93 años; $de = 0.95$). La mayoría formaban parte de familias nucleares biparentales (56.6%) o monoparentales (22.2%); el 21.2% vivía en familias extendidas. El 93.7% de los participantes mencionaron haber tenido una o más parejas en algún momento de su vida; el número de parejas osciló entre 1 y 17 (media = 5; $de = 3.23$), y la duración promedio de su relación más larga fue de 9.53 meses ($de = 7.09$), con rango de 1 a 39 meses. El 57.4% de los estudiantes no tenía pareja en el momento de la aplicación, el 8.3% mantenía una relación “free” y el 34.3%, una relación de noviazgo.

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario sociodemográfico para recabar las siguientes variables: sexo, edad, grado escolar, relación de pareja, consumo de tabaco y alcohol, así como el tipo de familia de los participantes.

Con el propósito de evaluar la disfunción familiar, de la Escala de Patrones de Interacción de la Estructura Familiar (Sánchez, 1989), integrada por 85 afirmaciones, se seleccionaron las categorías primarias de disfunción familiar: aglutinamiento, desligamiento, sobreprotección, rechazo, rigidez, evitación de conflicto, conflicto manifiesto sin resolución, triangulación, coalición y rodeo. A fin de efectuar un análisis más cuidadoso a nivel teórico y metodológico, los 50 reactivos de estas subescalas se dividieron en dos secciones: una relacionada con las interacciones padres-hijos y otra con las relaciones familiares. Cada una de ellas se trató como una escala diferenciada.

Para medir la codependencia se aplicaron dos escalas: el Instrumento de Codependencia, ICOD (Gayol y Ramos, 2002) para mujeres mexicanas y la Escala Argentina de Codependencia (Biscarra, Brandariz, Lichtenberger, Peltzer, y Cremonte, 2013). El ICOD está integrado por cuatro factores: mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora, que explican el 50.8% de la varianza total y el alfa de Cronbach fue igual a .92. La escala argentina consta de 26 reactivos distribuidos en tres factores, que explican el 40% de la varianza total: escasa autoconfianza ($\alpha = .87$), focalización en el otro ($\alpha = .81$) y actitud complaciente ($\alpha = .81$); el alfa de Cronbach de la escala total es de .91.

Se revisó el fraseo de los reactivos de las cuatro escalas a fin de adecuarlos a la población adolescente; se utilizaron seis opciones de respuestas: Totalmente de acuerdo, Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo y Totalmente en desacuerdo. Las escalas fueron piloteadas y se efectuaron las correcciones de pertinentes.

Procedimiento

Se solicitó a las autoridades de dos instituciones escolares públicas de nivel preparatoria el acceso para la aplicación de los instrumentos. La batería que integraba el cuestionario demográfico y las tres escalas citadas se entregó a los alumnos en su propio salón de clases para que fuera contestada por escrito, se aseguró la confidencialidad y el anonimato de los datos, y se solicitó su consentimiento informado. Al concluir, se agradeció su participación.

RESULTADOS

Para cada una de las escalas aplicadas se efectuaron análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax y análisis de consistencia interna. Los índices psicométricos obtenidos para las escalas aplicadas se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Propiedades psicométricas de las escalas aplicadas

<i>Constructo</i>	<i>Escala</i>	<i>Factores</i> (Media, * desviación estándar)	<i>Varianza explicada</i>	<i>Consistencia interna</i>	<i>Número de reactivos</i>
Disfunción familiar	Escala de Disfunción Familiar en las Interacciones Padres-Hijos	• Jerarquías confusas (4.29, 0.97) • Triangulación (4.17, 0.17) • Comunicación no asertiva (4.63, 1.16)	53.19%	$\alpha=.724$	10
	Escala de Disfunción Familiar en las Relaciones Familiares	• Evitación del conflicto (4.96, 0.87) • Desunión (4.30, 0.98) • Límites difusos (4.91, 0.90) • Coaliciones (4.76, 0.94) • Peleas (3.60, 1.43)	57.20%	$\alpha=.889$	21
Codependencia	Instrumento de Codependencia (ICOD) para mujeres mexicanas	• Confusión emocional (4.03, 1.13) • Indefensión (4.63, 0.94) • Orientación rescatadora (3.86, 1.04) • Autonegación (4.25, 1.21) • Represión emocional (4.29, 1.24)	54.73%	$\alpha=.916$	27
	Escala Argentina de Codependencia	• Sobrecarga emocional (4.04, 1.26)	57.75%	$\alpha=.926$	25

-
- Escasa autoconfianza (4.24, 1.23)
 - Focalización en el otro (4.14, 1.05)
 - Omnipotencia (4.26, 1.11)
 - Actitud complaciente (4.59, 0.99)
-

*Media teórica = 3.5

Entre los factores de disfunción familiar, las medias de los puntajes de evitación de conflicto y de límites difusos resultaron las más altas, y los de peleas y triangulación, las más bajas. Entre los factores de codependencia, la indefensión y la actitud complaciente tuvieron las medias más altas, en tanto que la orientación rescatadora, la confusión emocional y la sobrecarga emocional, las más bajas.

Con el propósito de integrar los factores de ambas escalas de codependencia se realizó un análisis factorial de segundo orden con rotación varimax. El análisis arrojó dos factores que explicaron el 66.86% de la varianza total: Focalización en el otro y Autonegación. La consistencia interna obtenida fue de $\alpha = .907$. La Codependencia por focalización en el otro (media = 4.09, de = 0.92) integró los factores: Sobrecarga emocional, Escasa autoconfianza, Focalización en el otro, Confusión Emocional, Orientación rescatadora y Omnipotencia. La Codependencia por autonegación (media = 4.44, de = 0.86) agrupó: Autonegación, Indefensión, Actitud complaciente y Represión emocional.

Relación Disfunción familiar - Codependencia

Al analizar las correlaciones entre los factores de disfunción familiar y los de Codependencia (véase tabla 3), se observó que la disfunción familiar correlacionó significativa y positivamente con la codependencia, es decir, a mayor disfunción familiar, tanto en las interacciones padres-hijos como en las relaciones familiares, correspondió mayor codependencia por autonegación y por focalización en el otro.

Tabla 3. Correlaciones entre los factores de disfunción familiar y los de codependencia

Codependencia	Factores	Disfunción familiar en las interacciones padres-hijos			Disfunción familiar en las relaciones familiares				
		Jerarquías confusas	Triangulación	Comunicación no asertiva	Evitación del conflicto	Desunión	Límites difusos	Coaliciones	Peleas
Por auto- negación	Auto-negación	.209**	ns	.171**	.258**	.254**	.202**	.171**	.236**
	Indefensión	.316**	.259**	.261**	.364**	.402**	.352**	.318**	.303**
	Actitud complaciente	.341**	.246**	.227**	.320**	.369**	.327**	.246**	.287**
	Represión emocional	.249**	.115*	.126*	.275**	.256**	.127*	ns	.190**
Por focalización en el otro	Sobrecarga emocional	.273**	.346**	.269**	.360**	.406**	.208**	.203**	.391**
	Escasa autoconfianza	.270**	.296**	.318**	.328**	.455**	.335**	.242**	.362**
	Focalización en el otro	.250**	.305**	.235**	.283**	.367**	.180**	.181**	.328**
	Confusión emocional	.332**	.343**	.354**	.406**	.463**	.256**	.244**	.411**
	Orientación rescatadora	.423**	.371**	.321**	.377**	.422**	.256**	.254**	.377**
	Omnipotencia	.281**	.224**	.195**	.245**	.254**	.236**	.217**	.281**

*p<.05; **p<.001; ns: no significativo

Las correlaciones más altas se observaron en el factor Desunión de disfunción familiar con Sobrecarga emocional, Escasa autoconfianza, Confusión emocional, Orientación rescatadora e Indefensión de codependencia. También Confusión emocional correlacionó fuertemente con Evitación del conflicto, Desunión y Peleas. No estuvieron correlacionados significativamente: Autonegación con Triangulación, y Represión emocional con Coaliciones.

Predicción de la codependencia a partir de la disfunción familiar

Con el propósito de evaluar el efecto de las variables de disfuncionalidad familiar sobre la codependencia, se efectuaron análisis de regresión, con método estándar, tanto para el puntaje

global de la codependencia por focalización en el otro como para el puntaje global de la codependencia por autonegación (Autonegación, $M=4.25$; Indefensión, $M=4.63$; Actitud complaciente, $M=4.59$; y Represión emocional, $M=4.29$). Para la primera, el modelo fue significativo, $F(8,294)=18.162$, $p<.001$, y explicó el 31.3% de la varianza (R^2 ajustada=.313). La desunión, las peleas y la triangulación resultaron predictores significativos, con una relación positiva con la codependencia por focalización en el otro. La evitación del conflicto, los límites difusos, las coaliciones, las jerarquías confusas y la comunicación no asertiva no fueron predictores significativos.

Respecto de la codependencia por autonegación, el modelo explicó el 20.3% de la varianza (R^2 ajustada=.203), y resultó estadísticamente significativo, $F(8,294)=10.625$, $p<.001$. Los datos de los predictores individuales revelaron que la desunión, los consentidos y las culpas fueron predictores significativos de la codependencia por autonegación. Los niveles más altos de desunión, de consentidos y de culpas se asociaron con los niveles más altos de codependencia. El resto de las subescalas no resultaron predictores significativos.

Diferencias en codependencia por variables sociodemográficas

Se efectuaron análisis estadísticos de diferencias por las variables sociodemográficas registradas para los factores de codependencia. Las diferencias significativas obtenidas se muestran en la tabla 2.

Se obtuvieron diferencias significativas por sexo en Omnipotencia, Indefensión, Autonegación y Actitud complaciente; las mujeres obtuvieron puntajes más altos que los hombres en todas las subescalas. Las personas que no han tenido pareja mostraron puntajes más altos que las que sí la han tenido en Confusión emocional y Sobrecarga emocional. Los adolescentes que reportaron tener pareja actualmente obtuvieron puntajes más altos que quienes no lo tenían en Confusión

emocional. Según el tipo de pareja, se observaron diferencias en Orientación rescatadora y Sobrecarga emocional, en donde aquellos que manifestaron estar en una relación de noviazgo obtuvieron puntajes más altos en relación a aquellos que tienen un "free", es decir, una relación abierta. Se obtuvo una correlación positiva significativa entre la duración de la relación más larga que han tenido los participantes con las subescalas Confusión emocional ($r = .168$, $p = .005$) y Omnipotencia ($r = .132$, $p = .028$). No se observaron relaciones estadísticamente significativas entre las variables tipo de familia, edad, grado escolar, número de parejas y los factores de codependencia.

Tabla 2. Diferencias estadísticamente significativas obtenidas para las variables sociodemográficas en los factores de codependencia por autonegación y por focalización en el otro

<i>Codependencia</i>	<i>Factores</i>	<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (Desviación estándar)</i>	<i>Prueba estadística, Significancia</i>
Por autonegación	Autonegación	Sexo	Mujeres	4.81 (1.15)	$t(302) = 6.73$, $p = .000$
			Hombres	3.91 (1.12)	
	Indefensión	Sexo	Mujeres	4.88 (0.84)	$t(302) = 3.84$, $p = .000$
			Hombres	4.47 (0.96)	
	Actitud complaciente	Sexo	Mujeres	4.85 (0.86)	$t(302) = 3.69$, $p = .000$
			Hombres	4.43 (1.03)	
Por focalización en el otro	Sobrecarga emocional	Pareja	No ha tenido	4.62 (0.95)	$t(301) = 2.13$, $p = .034$
			Ha tenido	4.00 (1.23)	
		Tipo de relación	Noviazgo	4.18 (1.02)	$t(126) = 2.26$, $p = .025$
			“Free”	3.63 (1.38)	
	Confusión emocional	Pareja	No ha tenido	4.36 (1.05)	$t(301) = 2.22$, $p = .027$
			Ha tenido	3.82 (1.03)	
		Pareja actual	Con pareja	4.19 (1.14)	$t(301) = 2.08$, $p = 0.38$
			Sin pareja	3.92 (1.09)	
	Orientación rescatadora	Tipo de relación	Noviazgo	3.95 (1.01)	$t(126) = 2.31$, $p = .023$
			“Free”	3.43 (1.07)	

Omnipotencia	Sexo	Mujeres	4.53 (0.93)	t(301)= 3.44 p= .001
		Hombres	4.09 (1.17)	

DISCUSIÓN

Respecto del primer objetivo planteado en el presente estudio, los resultados obtenidos mostraron una fuerte asociación entre la disfunción familiar y la codependencia, de tal manera que las relaciones familiares parecen tener una gran influencia en la predicción de comportamientos codependientes en los adolescentes. Estos hallazgos confirman los planteamientos de diversos autores (Betina y Contini, 2011; Bradshaw, 2002; López, Barreto, Mendoza y del Salto, 2015) que señalan que el medio familiar es el lugar primario de aprendizaje emocional y social, en el que los padres constituyen los modelos a seguir en la forma de establecer relaciones interpersonales. La desunión en las relaciones familiares, entendida como una falta de vinculación emocional efectiva, que incluye maltrato físico y emocional, desunión parental, roles y funciones no asumidas, la no responsabilización por las consecuencias de los actos, el alejamiento emocional, la indiferencia, la no resolución de conflictos por falta de recursos, lucha de lealtades y constantes discusiones entre los miembros, ha sido señalada como una de las características fundamentales de la disfunción (López, Barreto, Mendoza y del Salto, 2015). Los resultados de este estudio mostraron fuertes correlaciones entre la desunión y la mayoría de los factores de codependencia; además, el análisis de regresión la identificó como un predictor significativo de la codependencia en los adolescentes. De acuerdo con Reyome y Ward (2007) y Martins-D'Angelo (2011), la débil vinculación emocional entre los miembros de la familia genera una sensación de minusvalía y subestimación, y aumenta la necesidad de complacer o rescatar a otros para sentirse queridos y necesitados.

En la codependencia, los componentes más importantes resultaron la confusión emocional y la orientación rescatadora. A su vez, la confusión emocional estuvo vinculada con la evitación del conflicto y las peleas familiares, y las jerarquías confusas se relacionaron con la orientación rescatadora. La observación o participación directa e indirecta en conflictos familiares parece impedir que el adolescente identifique características saludables para relacionarse con otros (Pérez y Delgado, 2003).

El hallazgo de que cerca de la tercera parte de la variabilidad en la codependencia por focalización en el otro haya sido explicada por la desunión, las peleas y la triangulación en la familia, podría explicarse por el hecho de que cuando se está demasiado atento a las conductas de los demás, se produce una gran cantidad de estrés e inestabilidad emocional, ya que, como señalan Reyome y Ward (2007) y Martins-D'Angelo (2011), la persona deja de lado sus propias necesidades para enfocarse en las de los demás. Por otro lado, la desunión, las jerarquías confusas y la evitación de conflicto en la familia se asociaron con niveles altos de codependencia por autonegación. Cuando en el contexto familiar ocurre la "no visión del otro" y se dan diferencias, preferencias o comparaciones entre los miembros, se generará la sensación de ser inadecuado y la persona tenderá a establecer relaciones en la que se autonegue (López et al., 2015). Otras variables no incluidas en este estudio, que pudieran coadyuvar a la explicación de la codependencia en los adolescentes son los estresores resultados de cambios significativos en el estatus familiar, como la separación o la muerte de los padres (Pérez y Delgado, 2003).

Se observó que las medias de los factores de codependencia resultaron muy cercanas a la media teórica, lo cual parecería implicar que en los adolescentes las conductas de dependencia se encuentran aún en formación, por lo que en esta etapa la prevención resulta de suma importancia; es decir, aunque el aprendizaje cotidiano durante la infancia haya forjado un "molde", falta la

reafirmación mediante la práctica de la conducta durante la adolescencia. En esta etapa puede haber variables que alteren los patrones aprendidos en la familia (Betina y Contini, 2011).

El segundo objetivo del estudio fue analizar la relación entre las variables sociodemográficas y de pareja con la codependencia en los adolescentes. Si bien la edad, el grado escolar y el tipo de familia no tuvieron efecto sobre la codependencia, el sexo sí. Las mujeres obtuvieron puntajes más altos que los hombres en las conductas codependientes, especialmente en omnipotencia, indefensión, autonegación y actitud complaciente. Los datos obtenidos parecen indicar que, como consecuencia de las normas culturales establecidas diferencialmente por género en las familias mexicanas, se sigue considerando que los varones, como futuros proveedores y cuidadores, que tienen preferencia, lo cual genera en las mujeres una sensación de indefensión y la creencia de que, por ser "sensibles y débiles", deben complacer a otras personas, especialmente a los hombres, para adquirir una sensación de valía (Noriega y Ramos, 2002). Además, el asignar a las mujeres el rol "base de las familia", les produce una sensación de omnipotencia que refuerza su idea de ser necesitadas.

Respecto de la asociación entre relaciones de pareja y codependencia en los adolescentes, los resultados mostraron que quienes reportaron no haber tenido pareja obtuvieron puntajes más altos en las conductas de dependencia, sobre todo en confusión y sobrecarga emocional. Este hallazgo podría estar explicado, por un lado, por la visión idealizada y culturalmente influenciada de lo que debe ser una pareja (Bradshaw, 2002), y por el otro, por la negación de la capacidad para relacionarse de manera asertiva con una pareja por creer que no se cumplirán las expectativas del otro. Por tanto, es posible prever que estos individuos tendrán conductas codependientes al relacionarse en pareja (Betina y Contini, 2011; López et al., 2015; Pinto, 2005). Investigaciones futuras tendrán que someter a prueba estas hipótesis.

Los adolescentes que reportaron tener pareja actualmente también obtuvieron puntajes altos en codependencia, principalmente en confusión emocional. Aquellos con una relación de noviazgo mostraron una mayor orientación rescatadora y mayor sobrecarga emocional que los adolescentes que están en una relación abierta. Los participantes que han tenido relaciones más duraderas sobresalen en confusión emocional y omnipotencia, lo cual parece indicar que mientras más se “enganchen” emocionalmente, más conductas de codependencia se presentan. Los adolescentes comienzan a tener una mayor práctica de las conductas aprendidas en el núcleo familiar primario, y esto usualmente se da con alguien que “empata” con las creencias familiares o que se asemeja al “molde” (Betina y Contini, 2011).

El tercer propósito de esta investigación fue evaluar las propiedades psicométricas en una muestra de adolescentes mexicanos de dos escalas de codependencia, creadas originalmente para adultos, y de un instrumento de disfunción familiar. Para ello, se realizaron las adecuaciones necesarias de las escalas en términos del fraseo de los reactivos a fin de que pudieran ser aplicables a la población adolescente, lo cual resultó exitoso.

En relación con la medición de la codependencia, para la escala argentina de codependencia y para el instrumento de codependencia, se obtuvieron índices de consistencia interna y porcentajes de varianza explicada adecuadas. Los índices psicométricos más altos correspondieron a la primera, los cuales resultaron aún más altos que en la validación argentina; en el presente estudio, el análisis arrojó cinco factores, dos más (omnipotencia y sobrecarga emocional) que los reportados por Biscarra et al. (2013). En el ICOD sólo los factores de orientación rescatadora y represión emocional fueron conservados en esta validación; los reactivos correspondientes al mecanismo de negación y al desarrollo incompleto de la identidad se agruparon en tres factores: autonegación, confusión emocional e indefensión. De gran interés

teórico y empírico resultó la integración en dos subescalas, por análisis factorial de segundo orden, de los diez factores de las dos escalas aplicadas; éstas fueron codependencia por focalización en el otro y por autonegación, las cuales sintetizan la estructura de la codependencia en los adolescentes. Se sugieren nuevas aplicaciones de las escalas a fin de corroborar esta conformación factorial.

Respecto de la escala de disfunción familiar aplicada, la mayoría de las categorías de disfunción planteadas por Sánchez (1989) resultaron diferentes en esta validación; sin embargo, parecieron conceptualmente claras. Constituyó un acierto, en términos de su utilidad para lograr una mayor comprensión del fenómeno, la división de las categorías primarias de disfunción familiar en dos escalas: interacciones padres-hijos y relaciones familiares. Nuevas aplicaciones podrían aportar mayor información al respecto.

CONCLUSIONES

El objetivo fundamental del presente estudio fue analizar la relación existente entre la disfunción familiar y la codependencia en adolescentes mexicanos. Los resultados obtenidos permitieron identificar tal relación. A partir de ellos podrían desarrollarse estrategias para la prevención y atención oportuna de conductas codependientes en los jóvenes, las cuales tienden a generar inestabilidad emocional y relaciones interpersonales poco satisfactorias, que constituyen importantes fuentes de estrés y de malestar en la vida cotidiana de las personas.

Para obtener información más exhaustiva acerca de la codependencia y su etiología familiar, se sugiere realizar estudios longitudinales, dado que estas conductas se van estableciendo a través del tiempo y se convierten en patrones comportamentales de codependencia que tienen consecuencias negativas en la salud física y mental de las personas.

3.2.2. Reporte de investigación con metodología cualitativa

LA EFECTIVIDAD DE LOS GRUPOS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN MÉXICO UNA APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DEL FENÓMENO BAJO LA PERSPECTIVA DE LOS ELEMENTOS CURATIVOS DE LA TERAPIA GRUPAL

Andrea Anaya Acosta

Resumen

En México, el consumo perjudicial de bebidas alcohólicas y el alcoholismo han sido reconocidos como problemas importantes para la salud pública. El programa de Alcohólicos Anónimos (AA) se considera el método más cercano y accesible para el tratamiento del alcoholismo. Los objetivos de esta investigación son: explorar los elementos que contribuyen a que la práctica del programa de Alcohólicos Anónimos pueda o no ser efectivo para la recuperación de una persona que padezca alcoholismo; y comprender los factores curativos de mayor relevancia que influyen en que un grupo de Alcohólicos Anónimos pueda o no ser de ayuda para la persona, desde la perspectiva y teoría de los elementos curativos de los grupos terapéuticos. El presente estudio es de corte cualitativo, descriptivo y exploratorio. Los métodos utilizados para la obtención de los datos fueron la entrevista semiestructurada y la observación participante. A partir de las entrevistas realizadas a dos miembros de Alcohólicos Anónimos, se definieron las siguientes categorías de análisis: Sentimiento de universalidad y esperanza; Sentido de pertenencia y de identidad en el grupo; Imitación de conductas más útiles para la resolución de problemas; Compartimiento de experiencias y emociones; Sentido de utilidad; y El rol de la ideología. Según lo encontrado en esta investigación, los grupos de Alcohólicos Anónimos cuentan con la mayoría de los factores curativos que ofrece la terapia grupal, con la diferencia de que aquí no hay quien dirija la sesión, ya que la coordinación de las sesiones se va alternando democráticamente entre los miembros del grupo.

Palabras clave: alcoholismo, Alcohólicos Anónimos, factores curativos, terapia grupal, investigación cualitativa.

Abstract

In Mexico, the harmful use of alcoholic beverages and alcoholism have been recognized as an important problematic for public health. The Alcoholics Anonymous program (AA) is considered the nearest and most accessible method to treat alcoholism. The objectives of this research are: to explore the elements that contribute for the practice of Alcoholics Anonymous program to be or not effective for the recovery of a person that suffers of alcoholism; and to understand the most relevant healing factors that influence an Alcoholics Anonymous group to be or not of help for a person, from the perspective and theory of the healing components of the therapeutic groups. The present study is qualitative, descriptive, and exploratory. The methods used for the obtaining of information were the semi structured interview and the participant observation. From the interviews done to two Alcoholics Anonymous members, the next analysis categories were defined: Universality feeling and hope; Belonging feeling and group identity; Imitation of more useful conducts for problems resolution; Sharing experiences and emotions; Utility sensation; and Ideology. From what was found in this investigation, Alcoholics Anonymous groups have the majority of the healing elements of group therapy, with the difference that in this groups there's no one who directs the sessions, because the coordination is alternated democratically among the members of the group.

Key words: alcoholism, Alcoholics Anonymous, healing factors, group therapy, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

En México, el consumo excesivo y perjudicial de bebidas alcohólicas y el alcoholismo han sido reconocidos como problemas importantes para la salud pública. Según la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina Mora, Villatoro, Fleiz, Téllez, Mendoza, Romero, Gutiérrez, Castro, Hernández, Tena, Alvear y Guisa, 2011), del año 2008 al 2011, creció el número de bebedores en México, comenzando esta práctica a una corta edad, siendo más de la mitad de la población que ha consumido alcohol (55%) menores de 17 años. Además, solamente el 6.8% de las personas con problemas de alcoholismo recibieron tratamiento.

La carencia de servicios de atención para los que desarrollan dependencia al alcohol u otros problemas asociados con el abuso de esta sustancia, constituye uno de los factores principales que contribuyeron al establecimiento, expansión y crecimiento de los grupos de Alcohólicos Anónimos en México (Rosovsky, 2009). El programa de Alcohólicos Anónimos (AA), desde su fundación en Estados Unidos, como a partir de su llegada a México, se considera el método más cercano y accesible para el tratamiento del alcoholismo. Los grupos de autoayuda han cobrado una enorme importancia en la sociedad occidental, ya que, además de su impacto práctico y terapéutico, han dado lugar a la construcción de redes sociales en sociedades con características y niveles de desarrollo muy diferentes (Rosovsky, 2009).

El análisis hecho a partir de este proyecto, se ofrece como un primer acercamiento a la gran diversidad y variedad que existen en los grupos de autoayuda en México, específicamente en los de Alcohólicos Anónimos, accediendo a las vivencias particulares de algunos de sus miembros a quienes les ha sido útil tanto el programa como el incluirse en alguna de estas agrupaciones, tomando como comparativo los elementos curativos de los grupos terapéuticos descritos por Irvin Yalom a partir de sus investigaciones.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es: explorar los elementos que contribuyen a que la práctica del programa de Alcohólicos Anónimos pueda o no ser efectivo para la recuperación de una persona que padezca alcoholismo; y comprender los factores curativos de mayor relevancia que influyen en que un grupo de Alcohólicos Anónimos pueda o no ser de ayuda para la persona, desde la perspectiva y teoría de los elementos curativos de los grupos terapéuticos.

MARCO TEÓRICO

Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos Anónimos es una organización internacional para la recuperación de los alcohólicos que ofrece apoyo emocional a través de grupos de autoayuda y un modelo de abstinencia para las personas que se están recuperando del alcoholismo, mediante un abordaje de doce pasos y doce tradiciones (Ferri, Amato y Davoli, 2009).

El Programa de los Doce Pasos se puede resumir en cinco conceptos básicos (Wilson, 1970; Moreno, 2009):

- 1) Admisión del alcoholismo. Este concepto menciona que el alcohólico debe estar consciente de que, cuando bebe, su cuerpo desarrolla una enfermedad física, y que la única manera de poder detener esa obsesión mental y compulsión física es admitiendo y aceptando los problemas que surgen al establecer contacto con el alcohol. Cuando la persona admite que es alcohólica, y por lo tanto deja de consumir la sustancia, se inicia un proceso de recuperación física, al igual que una rehabilitación emocional y social.
- 2) Análisis de la personalidad y catarsis. El alcohólico debe estar dispuesto a investigar todas aquellas condiciones y motivaciones que lo llevaron a ingerir el primer trago, y, por lo tanto, al desarrollo de la enfermedad. Una vez conocidas las fallas, habrá que confesarlas, es decir,

realizar una catarsis frente a una persona a la que el alcoholístico considere con capacidad moral y espiritual para entender el problema.

3) Reajuste de relaciones interpersonales. Este concepto busca hacer a la persona consciente de que el alcoholismo es una enfermedad compleja y que el beber de una manera anormal es un síntoma de mal ajuste en su vida personal. La persona debe estar plenamente convencida de que habrá cosas que no se van a poder reparar jamás, pero que, a través de un cambio de juicios y de actitudes, es probable que logre mejorar su vida y sus relaciones con las demás personas.

4) Dependencia de un Poder Superior. Alcoholísticos Anónimos no les pide a las personas que crean en un Dios, ya que es considerado como un programa laico. Simplemente dice que pongan su vida y voluntad al cuidado de AA.

5) Trabajar con otros alcoholísticos. La idea de trabajar con otros o “pasar el mensaje”, como se dice en Alcoholísticos Anónimos, se apoya en la creencia de que ayudando a los demás, la persona puede ayudarse a sí misma. Esto se va a lograr cuando el alcoholístico desarrolle un espíritu de servicio, y cuando se dé cuenta de que, al dejar de beber, ha contraído un compromiso de responsabilidad y de gratitud con quienes le han salvado la vida.

Los grupos de Alcoholísticos Anónimos, así como otros grupos de autoayuda, son autónomos y no dependen de una organización, por lo cual, se organizan a sí mismos en torno a las actividades relacionadas con la subsistencia y permanencia continua. No hay un dirigente como tal, ni un cuadro administrativo, aunque sí hay una jerarquía en el imaginario del grupo: el servidor y los miembros que tienen a su cargo alguna función específica, que son propuestas por ellos mismos y se les denominan “servicios” (Sánchez, Hernández y Díez, 2009). La forma en que estos grupos mantienen esta organización se basa en las Doce Tradiciones. En ellas, se describen las experiencias de los primeros grupos en sus procesos de subsistir y permanecer unidos,

destacando el concepto de libertad y de autonomía (Alcohólicos Anónimos, 1952; Márquez, 2009).

El programa exige a sus seguidores la incorporación de la identidad de "Alcohólico Anónimo" a través de un aprendizaje que provee la misma agrupación en las juntas, con la literatura y el apadrinamiento, la participación en tribuna para "compartir" y las reglas no escritas del discurso utilizado. Esta nueva identidad llega a ser como una segunda piel para el individuo (Rosovsky, 2009).

La organización ofrece al alcohólico la oportunidad de escapar de su aislamiento psicosocial anterior, del sentimiento de que nadie lo entiende o se preocupa por él y de la idea de que no puede confiar en nadie. En su grupo, la persona adquiere la sensación de pertenecer a un sistema, de ser entendido y aceptado y de compartir convicciones y experiencias comunes (Márquez, 2009).

Los elementos curativos de la terapia grupal según la teoría de Irvin Yalom

Yalom (1998), a través de su trabajo con grupos terapéuticos, propone que la terapia grupal cuenta con elementos curativos particulares que llevan a la persona hacia una mayor conciencia y mejora personal, así como en sus relaciones interpersonales. Estos elementos curativos son descritos a continuación:

- Infundir esperanza. La esperanza mantiene a la persona en el tratamiento y puede ser terapéuticamente efectiva por sí misma, ya que una alta expectativa de ayuda se relaciona significativamente con el resultado positivo del tratamiento. Yalom afirma la importancia de haber observado la mejora de los otros como un factor significativo para generar el cambio. Por lo cual, los grupos contienen individuos en diferentes puntos de la recuperación, y así, las

personas están en contacto con gente que ha mejorado y que han logrado resolver problemas similares a través de la terapia.

- **Universalidad.** En los grupos terapéuticos, especialmente en las primeras etapas, cuando las personas comienzan a escuchar a otros miembros con preocupaciones similares a las propias, se convierte en una poderosa fuente de alivio. Las personas sienten tranquilidad al descubrir que no están solos, y que otros comparten sus dilemas y experiencias de vida. Así, cuando logran percibir las similitudes, comienzan a compartir sus experiencias más profundas, beneficiándose de la catarsis y la aceptación de otros miembros del grupo.
- **Información participada.** Aquí se incluye la información sobre la salud mental y la enfermedad dada por los terapeutas, así como el consejo, las sugerencias, o la guía directa, tanto del terapeuta como de otros miembros del grupo. La instrucción didáctica se emplea para transferir información, alterar los patrones de pensamientos destructivos, estructurar al grupo y para explicar el proceso de enfermedad. A menudo, tal enseñanza funciona como una fuerza inicial de estructuración y cohesión en el grupo, hasta que comienzan a desarrollarse otros factores terapéuticos.
- **Altruismo.** En los grupos terapéuticos, la experiencia de descubrir que pueden ser importantes para los demás, estimula la autoestima. Las personas son útiles entre sí en el proceso terapéutico de grupo: ofrecen apoyo, consuelo, sugerencias y comprensión, ya que comparten problemas similares con los demás.
- **La recapitulación correctiva del grupo familiar primario.** El grupo terapéutico se parece a una familia en muchos aspectos: hay figuras parentales de autoridad, hermanos o iguales, revelaciones personales, fuertes emociones y una profunda intimidad, así como hostilidad y sentimientos de competencia.

- Desarrollo de técnicas de socialización. El aprendizaje social, es decir, el desarrollo de habilidades sociales básicas, es un factor terapéutico que opera en todos los grupos de terapia. Para los individuos que carecen de relaciones íntimas, el grupo representa la oportunidad para un intercambio personal acertado.
- La conducta imitativa. A partir de la investigación de Bandura acerca del aprendizaje vicario, Yalom afirma que la imitación tiene una fuerza terapéutica efectiva en los grupos terapéuticos, ya que no es poco común que un paciente se beneficie de la observación de otro individuo con una problemática similar, sobre todo cuando se buscan miembros con un proceso más avanzado con lo que identificarse.
- Catarsis. Para Yalom, la catarsis, o expresión abierta de afecto, es vital para el proceso terapéutico del grupo. Sin embargo, también menciona que es sólo parte del proceso y que debe ser complementada con los otros factores curativos.
- Factores existenciales. Los miembros aprenden que hay un límite para la orientación que pueden conseguir de los demás. Aprenden que hay una soledad básica en la existencia que no puede ser soslayada: todos hemos sido lanzado al mundo solos, y debemos morir solos. Sin embargo, hay un profundo consuelo en la relación íntima con los compañeros de viaje en este mundo.
- Cohesión de grupo. La cohesión es una propiedad básica de los grupos que se refiere a la cordialidad y consuelo en el grupo, que las personas sientan que pertenecen a él, que valoren al grupo y que sientan, a su vez, que son valorados y aceptados y apoyados incondicionalmente por los otros miembros. Ser aceptado por los demás cuestiona la creencia de que la persona sea repugnante, inaceptable o indigna de ser querida. En la recuperación, es

el compartir el propio mundo interior con el otro y después la aceptación por los otros, lo que parece de suprema importancia.

- Aprendizaje interpersonal. El aprendizaje interpersonal tiene el objetivo de capacitar al individuo para dirigir más plenamente su vida, para colaborar con los demás, para obtener beneficios en el contexto de relaciones interpersonales realistas y mutuamente satisfactorias.
- Un grupo como microcosmos social. Un grupo que interactúa libremente y con pocas restricciones estructurales, con el tiempo, se transformará en un microcosmos social de miembros participantes, en donde los individuos comenzarán a ser ellos mismos: actuarán con los miembros del grupo igual que interactúan con otros en su esfera social, crearán en el grupo el mismo universo interpersonal que han habitado siempre.

METODOLOGÍA

El presente estudio es de corte cualitativo, descriptivo y exploratorio. Los principales métodos utilizados para la obtención de los datos fueron la entrevista semiestructurada y la observación participante, mediante los cuales se recogió el conocimiento y la experiencia de los participantes sobre el programa de Alcohólicos Anónimos. El objetivo fue rastrear los significados, conceptos, creencias y prácticas con respecto a la manera en que cada uno se ha acercado tanto al programa como a los grupos de AA.

Previo al encuentro con los entrevistados, se diseñó un formato de entrevista semiestructurada considerando tanto lo observado en el medio como la información obtenida a partir del marco teórico y de la entrevista con el experto.

La audiograbación de la sesión formó parte de esta técnica utilizada para el desarrollo de la investigación. Fue preciso contar con el previo consentimiento de los participantes a efecto de disponer de las evidencias verbales de las interacciones que podrían ser motivo de posteriores

interpretaciones enriqueciendo el análisis del contenido de los datos. La transcripción de la entrevista fue una etapa fundamental del proceso, ya que su lectura sistemática permitió la identificación de los temas centrales, la asignación de las categorías, así como la relación entre éstas. Es a partir de este análisis que se llega a la reconstrucción del contenido de los elementos curativos vinculados a la efectividad de los grupos de Alcohólicos Anónimos.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Fase 1: Acercamiento a un grupo de Alcohólicos Anónimos

Mi primer acercamiento con la población de estudio fue a partir de mi asistencia a una conferencia impartida en el aniversario del Grupo Agrícola Oriental por el psicoterapeuta Javier Creta, especialista en la prevención y tratamiento de adicciones y otros riesgos psicosociales, con veinte años de experiencia trabajando con consumidores de sustancias y con sus familiares, y conocedor del programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos. El tema de la conferencia fue “Recuperación”. La elección del contexto de observación en esta primera fase se hizo por accesibilidad y facilidad de contacto, además de que fue una oportunidad que se presentó justo al estar comenzando con el proyecto de investigación.

Fase 2: Entrevista con el experto

La elección que hice de mi colega Javier Creta para esta segunda fase del proyecto de investigación, además de la facilidad de contacto y la accesibilidad, tiene que ver con su experiencia de más de 20 años como psicoterapeuta en consulta privada especializado en la prevención y tratamiento de adicciones y otros riesgos psicosociales, el contacto constante con consumidores de sustancias y con sus familiares, su trabajo en clínicas de tratamiento como el Instituto Médico contra las Adicciones en Naucalpan, Estado de México, y en Oceánica en un

proyecto en Ixtapaluca, también en el Estado de México, la cual fue una clínica llamada San José de la Palma, y su constante contacto con la agrupación de Alcohólicos Anónimos.

Fase 3: Entrevistas con los miembros de Alcohólicos Anónimos

El muestreo de los sujetos de investigación se llevó a cabo de manera intencional. Los miembros de Alcohólicos Anónimos con los que se integró la muestra para la investigación presente fueron escogidos a partir de los siguientes criterios:

1. Que refieran haber tenido una seria problemática y consecuencias negativas debido a su consumo de alcohol.
2. Que hayan asistido al grupo con cierta frecuencia y regularidad por un periodo mínimo de un año, el cual es un tiempo razonable que representa un resultado a corto plazo para detener el consumo de alcohol.
3. Que refieran haber obtenido beneficios a partir del programa de Alcohólicos Anónimos y de su integración en un grupo de AA.
4. Que hayan formado parte de un grupo de Alcohólicos Anónimos tradicional, es decir, que no pertenezcan a otras vertientes que parten del modelo AA, por ejemplo, los grupos de 24 horas, los grupos de 4º y 5º paso, los anexos, las granjas, los grupos fuera de serie u otros.

No se tomaron en cuenta criterios como la edad, el género, la escolaridad, el nivel socioeconómico, ya que el único requisito para formar parte de estos grupos es el tener un problema con el consumo de alcohol.

La población se escogió también por accesibilidad y facilidad de contacto. Ambos individuos asisten a terapia psicológica individual en el Centro La Joya: el varón (Participante 1) con el psicoterapeuta Javier Creta Huerta, y la mujer (Participante 2), conmigo. Ambos estuvieron de

acuerdo en compartir su experiencia en los grupos de Alcohólicos Anónimos para colaborar con la investigación.

El Participante 1 fue escogido por ser miembro activo en la agrupación de Alcohólicos Anónimos por 22 años, sin haber recaído, por haber logrado detener su consumo de alcohol mediante el uso exclusivo del modelo de Alcohólicos Anónimos tradicional, por haber obtenido una mejora sustancial en su calidad y estilo de vida, y por haber incrementado su nivel cultural mediante la lectura autodidacta.

La Participante 2 fue escogida para participar en esta investigación porque logró detener el consumo de alcohol, después de múltiples consecuencias, y lograr la abstinencia total durante tres años, fecha en que la entrevisté para esta investigación, habiendo logrado mejoras importantes en sus relaciones familiares, académicas, de relación con su grupo de iguales y la toma de decisiones más útiles para ella en sus relaciones de pareja.

PROCEDIMIENTO

Fase 1: Acercamiento a un grupo de Alcohólicos Anónimos

Después de platicarle acerca del proyecto y de mis objetivos de investigación, el psicoterapeuta Javier Creta, colega mío desde hace varios años, me extendió la invitación para asistir a una de sus conferencias en los grupos de Alcohólicos Anónimos, a los cuales lo invitan con cierta regularidad para hablar del programa, para así comenzar con la observación del contexto y de los rituales llevados a cabo en los grupos, para que a partir de ahí comenzara a formularme preguntas acerca de mi tema de investigación.

Durante la conferencia me decidí a obtener información acerca del tema de la conferencia, en donde se hacía un resumen de cómo utilizar el programa para la recuperación del alcoholismo. También decidí observar los rituales realizados en los grupos de Alcohólicos Anónimos.

Fase 2: Entrevista con el experto

Después de la conferencia, se concertó una cita con el experto para hacerle una entrevista acerca del programa, mencionándole lo siguiente: *“Lo que me interesa abordar son sus conocimientos teóricos y prácticos con respecto al programa de Alcohólicos Anónimos, así como su opinión profesional de la efectividad de este método de tratamiento”*. La entrevista se llevó a cabo en su consultorio particular en el Centro La Joya, con el apoyo de una guía de preguntas semiestructurada, la cual fue construida a partir del marco teórico y de lo observado durante la conferencia.

La entrevista tuvo una duración de aproximadamente 2 horas, dividida en dos partes para evitar el cansancio y la sobresaturación de información. Al inicio se le solicitó autorización para grabar el audio de la entrevista, teniendo su aceptación.

Fase 3: Entrevistas con los miembros de Alcohólicos Anónimos

Los informantes fueron contactados vía telefónica. Al concertar la cita se les explicó el objetivo de la investigación: *“Lo que me interesa básicamente es conocer sus experiencias y opiniones acerca de su recuperación a través del programa de Alcohólicos Anónimos y sus vivencias en los grupos de autoayuda. Por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas”*.

Los ejes de investigación de las entrevistas fueron los siguientes: motivos por los que llegan a la agrupación, integración en el grupo y sentido de pertenencia, las primeras experiencias en el grupo, el apoyo del grupo en las diferentes etapas del proceso, la utilidad del programa, los cambios realizados gracias al programa y al grupo, el liderazgo y las relaciones con los miembros de la agrupación, los servicios generales y su utilidad, la percepción personal de la efectividad del programa y del grupo al que asistían, la tribuna, la identidad como Alcohólico

Anónimo, la espiritualidad y el Poder Superior, el apadrinamiento, lo que no les funcionó de los grupos.

Posteriormente, se revisaron los audios de la entrevista y se llevó a cabo la transcripción de los mismos, para posteriormente pasar a la etapa de análisis.

RESULTADOS

A partir de las entrevistas realizadas a los miembros de Alcohólicos Anónimos se definieron las siguientes categorías de análisis: Sentimiento de universalidad y esperanza; Sentido de pertenencia y de identidad en el grupo; Imitación de conductas más útiles para la resolución de problemas; Compartimiento de experiencias y emociones; Sentido de utilidad; y El rol de la ideología.

Sentimiento de universalidad y esperanza

De las respuestas proporcionadas por los miembros de Alcohólicos Anónimos, se deduce que uno de los elementos más importantes dentro de la efectividad de un grupo de AA es su capacidad para generar un sentimiento de esperanza y una sensación de universalidad en los nuevos miembros, ya que éstos usualmente llegan pensando y creyendo que son las únicas personas que están pasando por situaciones difíciles y de desdicha, y que son los únicos que tienen problemas.

P1: “Las primeras experiencias que tuve en AA fue llegar a esperar con ansiedad la primera junta para escuchar a los compañeros que van más adelante, que ya tienen tiempo, y pues capta uno mucha sabiduría o que tienen la solución a la problemática que uno internamente trae. Se vive con mucha emoción el llegar a una junta y ver pasar a los compañeros y que participen con sus experiencias”.

P2: "...cuando yo llegué había varias chavas como de mi edad, chavas y chavos, entonces me di cuentas que ellas sentían lo mismo que yo, que vivían lo mismo que yo, estábamos en etapas muy parecidas, entonces nos integramos muy bien. Ellos se volvieron mi círculo social y a partir de ahí comencé a ver a los más grandes, y me di cuenta que también tienen mucho que enseñarme y me volví buena amiga de ellos".

El tener personas con quienes identificarse por género y edad también parece ser un factor importante al crear la sensación de universalidad, ya que las experiencias ajenas se hacen aún más cercanas a las propias.

P2: "La primera experiencia que tuve en el grupo fue cuando le dije a la que fue mi madrina en este tiempo que tenía problemas con mi manera de beber, y habló conmigo. Yo quería beber, tenía la "temblorina", y ella me hizo varias preguntas, pero como ella es mujer, como que me habló de su experiencia. Muchas cosas en las que me he considerado que no soy una mujer normal, socialmente normal, porque tiendo a hacer muchas actividades de hombres o socialmente bien vistas por hombres, y ella me contaba que hacía las mismas cosas, pero no son cosas que yo dijera abiertamente porque si lo digo socialmente soy como tachada o relegada. Y cuando ella me los contó sentí que no soy la única que lo hace y me sentí identificada. Ese fue el primer contacto para que yo decidiera quedarme".

Sentido de pertenencia y de identidad en el grupo

Otro de los elementos que parecen ser de los más significativos cuando una persona acepta o rechaza formar parte de un grupo de Alcohólicos Anónimos es la sensación de formar parte del grupo, generando toda una nueva identidad a partir de la pertenencia a éste y la identificación y comprensión con las personas que lo conforman. La necesidad de pertenencia y la estima de los

demás, son factores que se consideran como motivadores para la afiliación a estos grupos (García, 1996).

P1: “Fueron muchos factores los que hicieron que me quedara, pero el principal fue el sentir mucho afecto de los compañeros del grupo. Una sensación muy especial que te da el grupo cuando llegas. Hay mucho calor humano y eso me atrapó. Independientemente de que no entendí mucho de lo que se dijo en la primera reunión, los saludos y los abrazos me atraparon”.

P1: “Abrazos, saludos y pequeñas frases que te dicen los compañeros cuando se acercan a ti como: “qué bueno que llegaste”, “te estábamos esperando”, frases así que le pesan mucho a uno en ese momento. No se está acostumbrado a esas muestras de afecto, sobre todo por la condición en la que se llega”.

El programa de AA incorpora en sus miembros la identidad de "Alcohólico Anónimo" (Wilson, 1970; Moreno, 2009). Al parecer, esta identidad llega a ser parte de la vida del individuo, lo cual conlleva la adquisición de determinadas normas y tradiciones, así como la conceptualización del alcoholismo como una enfermedad que requiere de la responsabilidad individual para ser superada.

P1: “A mí me ayuda a estar alerta de que no tengo esta sanidad mental. Si me olvido de que soy alcohólico creo que lo que pienso siempre es correcto y se cometen muchos errores”.

P2: “Sí. De hecho, la identidad como Alcohólica Anónima es lo que te define o lo que te mantiene ahí dentro. Dicen que la única condición para poder pertenecer es tener problemas con tu manera de beber, entonces, si quieres pertenecer, tienes que decir que eres alcohólico y para decir que eres alcohólico tienes que aceptar todas las

características que son del alcohólico. Para mí, la más difícil fue pensar o creer que yo era impotente ante el alcohol, impotente ante mi vida, impotente ante mis acciones y emociones, impotente ante todo, y ese pensamiento a mí no me ayudó en lo absoluto, el sentirme tan impotente. En un principio me ayudó para poder rendirme, derrotarme y cambiarme. Como destruirme para volver a construirme, pero ya después fue para mí muy difícil porque yo sentía que no tenía la capacidad de hacer cambios más allá en mi vida...”.

Imitación de conductas más útiles para la resolución de problemas

Las actitudes y conductas positivas que los participantes expresan a lo largo de las sesiones sirve de modelo a los demás miembros del grupo. Al ser estos grupos para personas que están viviendo experiencias similares, normalmente sus problemas se repiten y las respuestas adecuadas que adoptan o aprenden los miembros suelen ser adecuadas para el resto en circunstancias similares (Villalba, 1996).

P1: “Era la solución a mis problemas. Yo creía en ese momento que aprender de mis compañeros, que, al escucharlos atentamente, iba yo a saber lo que tenía que hacer en determinadas situaciones o circunstancias, y aprendiéndolo bien lo podía llevar a cabo. Eso es lo que creía al principio”.

P2: “Para empezar lo de mi ex, antes yo estaba muy aferrada a él y mentalmente porque no lo buscaba físicamente o lo llamaba. Hay un lema que dice “vive y deja vivir”. Yo decía que lo estaba dejando vivir porque no lo estaba molestando, pero entonces me decían “vive” y dije que tengo que aprender a vivir. Pero qué es vivir, es empezar a hacer mis cosas. Otro lema que decía “suelta las riendas y entrégaselas a Dios”, yo tengo un problema con la palabra Dios, pero si era como que todo en mi vida era querer

tener el control, sobre todo, pero entendí que era una onda mental y fantasiosa del control, entonces decidí que lo que fuera tenía que ser y que yo no podía hacer más allá, y que no hay que intentar controlar, eso me ayudó mucho, esos fueron los primeros cambios. Pero también después con mi familia, también no ser tan metiche, tan controladora, siempre me quería enterar de todo y siempre quería controlar la vida de todos. Veía mucho la vida de los demás y no me enfocaba en la mía. También tendía a ser muy iracunda, era de mecha corta y rápido reaccionaba, era grosera, intimidaba a la gente. Entonces eso lo fui cambiando con ser humilde, ser tolerante, sobre todo me dijeron mucho eso de “cambia un defecto por una virtud”, o sea no nada más lo quites, agrégale la virtud. Y fue eso lo que trabajé”.

Parte importante de la recuperación parece incluir el comenzar a hacer cosas distintas para mejorar la situación problemática, lo cual no solamente incluye el dejar de consumir, sino el llevar a la práctica determinadas acciones para mejorar las relaciones interpersonales, la relación con uno mismo y con los distintos medios en los cuales se desenvuelve la persona, como en el área laboral, escolar, familiar y social.

P2: “... es como una mini escuela de la vida, suena muy feo eso, pero en verdad como que te ayuda, es como si estuvieras recreando muchas situaciones que vives en tu vida normal pero en un lugar como donde está supervisado, entonces si tú tienes algún problema con alguno de los compañeros de tu mismo servicio o de otro servicio, si tienes alguna falta o te falta algo o estás dando innovaciones lo ves con el que tiene más tiempo y ellos te dan retroalimentación de cómo puedes ir mejorando en tus actitudes, tus acciones, y eso en verdad te ayuda mucho allá afuera en el mundo normal para llevarte bien con la gente”.

Compartimiento de experiencias y emociones

El clima de igualdad y solidaridad que se debe crear en los grupos de autoayuda, ayuda a los participantes a compartir sus sentimientos y experiencias ante los demás miembros, animándoles a hablar y reconocer los sentimientos relacionados con las experiencias que tienen en común (Villalba, 1996).

P2: “En el grupo el programa me ayudó a darme cuenta de mis emociones e ir las detectando y después poco a poco ver cuáles eran mis fallas o los defectos que quería cambiar, cuáles eran las virtudes que tenía que yo quería ir metiendo, le dio una estructura a mi vida porque tanto en mi casa como en la sociedad yo no tenía muy bien claro qué era lo que me iba a hacer feliz porque según yo estaba yendo en la escalera del éxito hacia la felicidad y cuando llego arriba me doy cuenta que estaba en la pared equivocada, que no había ninguna felicidad y que no me sentía bien. Aunque se supone que era la felicidad yo no me sentía así”.

P2: “Sí. Cuando otros estaban en tribuna para mí era muy importante por esto de las respuestas, pero cuando yo estaba ahí a mí me ayudó porque me sinceraba, no sé cómo explicarlo pero llegaba un momento en donde yo ya me había hermanado tanto con ellos, yo ya había escuchado tantas experiencias tan fuertes de ellos, cómo ellos abrían el corazón y cómo te decía lo que vivían, que para mí se me hacía difícil no ser sincera y honesta, y no abrirme, entonces en el momento en el que estaba en la tribuna y dependiendo del tema, o inclusive si estaba muy mal y traía un tema que no tuviera que ver con el tema de la junta, lo sacaba y eso me hacía sentir bien, sobre todo para escucharme a mí, porque muchas veces pienso las cosas pero está como muy nublado en mi cabeza y en el momento en el que lo saco en la tribuna me escucho y como que

empiezo a darle sentido a mis pensamientos, y sentía que me hermanaba más, como que el lazo con las otras personas se hacía más fuerte”.

Este compartimiento se da de distintas maneras, ya sea ante el grupo en la tribuna o de manera individual con los padrinos o madrinas. La función del padrino parece ser básicamente la de ser un guía en el conocimiento teórico y la práctica del programa para los nuevos miembros del grupo.

P1: “Para que sea mi padrino primero tengo que platicar con él y ver si somos afines, no forzosamente cualquier alcoholico es afín conmigo, tengo que empezar a platicar y cuando haya afinidad recíproca se establece como padrino, que haya vivido situaciones similares a las mías”.

P2: “Me costó mucho trabajo. Al principio tuve una madrina que quería que hiciera todo lo que ella quería dependiendo de su forma de ver la vida, y la verdad es que no me ayudó en lo absoluto. Después tuve otro padrino que estaba igual y tampoco me ayudó porque hasta se enojaban si yo no hacía lo que ellos me decían. Es mi vida y como que querían que mi vida funcionara a su manera de pensar. El último padrino, el mejor que tuve, él realmente utilizaba el programa y realmente me escuchaba y nada más me daba, no eran consejos, son sugerencias, pero sólo cuando se lo pedía, si no se lo pedía no me daba ninguna sugerencia, me escuchaba y más bien me preguntaba: ¿tú que piensas o tú que crees? O tanto como decirme qué hacer era muy raro, sólo cuando se lo exigía casi y le decía ¿qué hago? Pero finalmente me hablaba de su experiencia. Él fue para mí un gran padrino porque me ayudó a irme conociendo yo. Él me ayudó mucho para poder dar este paso y sentirme renovada”.

Sentido de utilidad

Algunos de los beneficios que una persona puede obtener como resultado de ayudar a otra son: experimentar un incremento en su competencia interpersonal como resultado de ejercer un impacto en la vida de otra persona, experimentar un sentimiento de igualdad en el proceso de dar y recibir, obtener un aprendizaje individualizado valioso como resultado de su trabajo con la otra persona, recibir aprobación y reconocimiento de las personas que reciben su ayuda (García, 1996).

P2: “Me sentí integrada, me sentí útil, porque cuando yo llegué ahí, me sentía muy devaluada, sentía que no tenía ninguna capacidad de hacer algo, ni hacia mí ni hacia los demás, me sentía incapacitada para muchos aspectos de mi vida, entonces en el servicio fue darme cuenta que podía hacer cosas no nada más para mí, sino que beneficiara los demás”.

El rol de la ideología

El principal mecanismo de cambio en los grupos de autoayuda es la reestructuración cognitiva, la cual se da a través de la adopción de un sistema de creencias específico a los problemas que comparten los miembros del grupo. El término "ideología" incluye, además de las creencias explícitas del grupo, sus rituales, reglas de conducta e incluso sus frases o términos favoritos, y opera como un "antídoto cognitivo" contra los aspectos básicos de la condición compartida por las personas que se integran en el grupo (García, 1996).

P1: “Si lo haces con la conciencia para lo que está hecho, tiene una utilidad. Si hay conciencia de los momentos para ponerse en paz, si lo usa uno para eso, la junta es muy provechosa. Si ya le urge a uno que empiece la junta para participar no tiene provecho. Todo depende de uno más que del ritual en sí, aunque el ritual te da la oportunidad de hacerlo”.

P2: “Sí me ayudaron mucho. Al principio cuando tocan la campana y dicen “vamos a dar unos minutos de meditación para recordar el motivo por el que estamos aquí” que en mi punto personal es problemas con la bebida, te regresa, yo por decir, lo que nos pasa mucho, es que estamos absortos en los problemas del día, en nuestra cabeza, en nuestros pensamientos, entonces en ese momento es otra vez recordar que tengo un problema con mi manera de beber, tengo un problema con mis emociones, todo o mucho de lo que estoy pensando o haciendo que estaba mal en mi vida es debido a esto, entonces estoy aquí y me dedico al cien a mejorarme y todos mis problemas no van a desaparecer pero van a mejorar. Después escuchar durante toda la junta, cuando escuchas encuentras muchas respuestas a preguntas que tú te habías hecho que no le habías dicho a nadie, y al final cuando pasan la 7ª es como regresarles algo de lo que ellos me están dando, porque no te piden una 7ª específica, o sea con que des un peso ya, o sea lo que tú puedas. Y también cuando dicen, unos momentos de reflexión antes de irnos es para agradecer que estás en un grupo, agradecer que estás en terapia, agradecer que estás mejor, agradecer que estás en la unidad, que hay servicio, que hay gente que se preocupa por ti y sobre todo cuando ves a todos y que todos estamos en el mismo canal se siente muy padre, te sientes como en una red de apoyo muy fuerte”.

El concepto de Poder Superior se enfoca básicamente en la fe y en la creencia básica que pueda tener cada persona, es decir, aquello en lo que la persona se apoya que sea más grande que sus propios deseos y necesidades, e incluso más grande que sus propias creencias en un momento practicadas, pero sin resultados.

P1: “Hay una circunstancia que tenemos muchos alcoholólicos, que somos agnósticos, y a mí me costó mucho trabajo concebir un Poder Superior, lo empecé a hacer y cada vez

estoy más conforme con el concepto de Poder Superior. El tenerlo te da la paz que andabas buscando, la encuentras dentro de ti y ya no la buscas fuera, es ese cambio de buscar afuera a buscar adentro, esa es la experiencia espiritual”.

P2: “Yo llegué siendo atea, y con mil y un argumentos para decir por qué Dios no existía y las religiones apestaban, pero estando ahí el programa me ayudó a creer en algo más grande que yo. No soy religiosa en lo absoluto, he tenido problemas con eso, sin embargo, creo que hay algo más grande, el universo, el cosmos, la fuerza, el ying y el yang, y eso me dio mucha fuerza y fortaleza, el creer en algo. Eso fue lo que me dio el programa”.

CONCLUSIONES

Según lo encontrado en esta investigación, los grupos de Alcohólicos Anónimos cuentan con la mayoría de los factores curativos que ofrece la terapia grupal, con la diferencia de que aquí no hay quien dirija la sesión, ya que la coordinación de las sesiones se va alternando democráticamente entre los miembros del grupo.

Lo primero que el grupo debe lograr es generar el apego de los nuevos miembros al grupo, lo cual me lleva a uno de los elementos que más importancia le dieron los entrevistados para tomar la decisión de quedarse en la agrupación: el sentimiento de universalidad y esperanza. Yalom concuerda con estos dos elementos. La esperanza se va construyendo al observar la mejora en otros miembros con problemas similares, lo cual se conecta de manera importante con la identificación con los demás o la universalidad.

Las personas suelen llegar a los grupos creyendo que son los únicos a los que les ocurren situaciones como las suyas, por lo que la identificación con los demás miembros da una sensación de ser alguien “normal” con “problemas comunes”, lo cual disminuye la sensación de

incomprensión y de soledad. Parece ser importante que la persona encuentre gente del mismo género y similares en edades, ya que las experiencias ajenas se vuelven aún más similares y cercanas a las propias, dando una mayor confianza para compartir la propia problemática.

El segundo elemento de gran importancia para que un grupo de Alcohólicos Anónimos sea efectivo es su capacidad generar una sensación de confianza, cordialidad, comprensión empática y aceptación a la cual nombré sentido de pertenencia y de identidad en el grupo, a lo cual Yalom le llama “cohesión de grupo” y “el grupo como microcosmos social” (Yalom, 1998).

En los grupos de Alcohólicos Anónimos le llaman “unidad”, la cual es generada por la convivencia y el apoyo entre individuos con circunstancias similares o características en común, generando una disminución en las sensaciones de rechazo, aislamiento, fracaso y devaluación. Al sentir que se es parte de un grupo en donde existe aceptación y comprensión, la persona tiene una mayor probabilidad de desarrollar o descubrir que tiene las herramientas necesarias para resolver su propia situación de vida y la problemática que le aqueja.

Al verse y aceptarse a sí mismos como Alcohólicos Anónimos, las personas adquieren una identidad de grupo con determinadas normas, principios y creencias, lo cual permite que los grupos vayan desenvolviéndose de manera autónoma y funcionando a partir de una construcción realizada por todos los miembros. Existen ejes rectores que le dan un sentido común a la agrupación, por ejemplo, el ver el alcoholismo desde una perspectiva de enfermedad, siendo éste el único requisito para formar parte del grupo.

Al parecer la adquisición de esta identidad es uno de los principales generadores de la “unidad”, ya que, al mantener este sentido de pertenencia, así como los principios que ello conlleva, las relaciones interpersonales se mantienen horizontales, prevaleciendo la igualdad entre todos los

Alcohólicos Anónimos y generando esta sensación de comprensión que solamente se obtiene con un igual.

Por lo observado en esta investigación, aunque la cohesión del grupo es necesaria para que operen otros factores terapéuticos, cuando la definición de esta identidad grupal se vuelve rígida, lo que en un principio generó “unidad”, pertenencia, comprensión, estructura y objetivos claros, puede generar ruptura, ya que la persona se siente coartada de sus elecciones y la capacidad de definirse a sí misma, provocando un efecto contrario a la autonomía y al cambio. Cuando la definición no se adapta al proceso de mejora, se vuelve un obstáculo para utilizar los propios recursos y para tomar decisiones propias. Para que el grupo siga siendo efectivo a lo largo del tiempo, parece ser de suma importancia la flexibilidad que esta identidad pueda tener según la etapa y momento de cambio en la que se encuentre el Alcohólico Anónimo, es decir, lograr un equilibrio entre identidad del grupo y la adquisición de una mayor autonomía individual.

Otro de los elementos es la imitación de conductas más útiles para la resolución de problemas, a lo que Yalom (1998) nombra como “conducta imitativa” e “información participada”. Después de los elementos anteriores en donde la persona va adquiriendo una mayor confianza en el grupo, y va sintiéndose apoyada y comprendida por sus compañeros, viene otra fase del proceso en donde puede comenzar a hacer cosas distintas a partir de la observación de la gente en quien confía.

Además del apoyo mutuo, que es de gran importancia durante todo el proceso, los grupos tienen un programa de recuperación que ofrece tanto una explicación acerca de la naturaleza y formación de la enfermedad, como una serie de pasos a seguir para lograr el cambio deseado. Este programa es lo que les da estructura y sentido a los grupos. Parte importante de la recuperación incluye el comenzar a hacer cosas distintas para mejorar la situación problemática,

lo cual va mucho más allá que el simple hecho de dejar de beber. Se requieren acciones diferentes para mejorar las relaciones interpersonales, la relación con uno mismo y la relación con los diferentes contextos en los que la persona se desenvuelve.

En Alcohólicos Anónimos parece de mucha utilidad el observar y escuchar a las personas que llevan más tiempo en el grupo y que han tenido buenos resultados en su recuperación, siempre y cuando la persona hable acerca de su experiencia y no intente convencer al otro a través de consejos o directivas del rumbo que “debería” de tomar. El hablar de la propia experiencia, en vez de dar consejos, parece permitir que la otra persona tome decisiones que aumentan la confianza en sí mismo, generando una mayor autonomía y responsabilidad.

Lo que hace efectivo a un grupo en este elemento es el hecho de que exista una identificación de vivencias y experiencias, además de confianza y comprensión entre los compañeros, ya que el aprendizaje de conductas más útiles para la resolución de problemas se va dando como resultado del intercambio mutuo de esta información, internalizando reglas o patrones de conducta que facilitan el éxito de las estrategias de afrontamiento.

El compartimiento de experiencias y emociones es otro de los elementos importantes en la efectividad de los grupos, a lo cual Yalom (1998) le llama “catarsis”. Hablar y escuchar es parte importante del proceso de recuperación, volviendo la identificación con los otros en un proceso circular dentro de un contexto social específico. La catarsis también está relacionada con la cohesión de grupo, ya que Alcohólicos Anónimos se convierte en una red de apoyo muy importante y fundamental para la recuperación de la persona.

La función del padrino o la madrina adquiere mucha relevancia en esta parte del proceso, ya que implica el compartimiento de experiencias personales con alguien de confianza, alguien que puede significar una guía y un compañero que acompaña a la persona en el camino hacia la

recuperación. Cuando el padrino o madrina no sigue el programa de Alcohólicos Anónimos y actúa a partir de una interpretación personal de cómo deberían hacerse las cosas, lo más frecuente es que su influencia sea negativa, o incluso pueda generar una actitud defensiva en el otro, impidiendo que se dé un ambiente de confianza, empatía, comprensión y apoyo.

El sentido de utilidad visto por Yalom (1998) como “altruismo”. La ayuda mutua en el grupo se conecta con el sentido de pertenencia y con una sensación de estructura que da el vivir en una especie de comunidad, con roles específicos, reglas, principios y normas de convivencia. Lo que se va generando dentro del grupo es parecido al funcionamiento en la “vida real”, es decir, en la cotidianidad de cada uno de sus miembros. Todos tienen algo que hacer en el grupo, todos tienen una función escogida democráticamente y todos valen por igual dentro del grupo. El sentido de utilidad estimula en las personas la autoestima y la sensación de ser importantes, lo cual es fundamental cuando se han sentido como una carga por mucho tiempo. En esta red de apoyo no solamente recibes apoyo, ya que también lo brindas a los demás, generando una reciprocidad que aumenta la confianza en los demás y en uno mismo. Para la recuperación parece ser fundamental sentirse útiles y necesarios.

El rol de la ideología descrito por Yalom (1998) como “factores existenciales”, lo ubico en esta investigación como la creencia en un Poder Superior, refiriéndome a aquellos principios en los que la persona se apoya, que sean más grande que sus propios deseos y necesidades de consumo. Los rituales llevados a cabo en Alcohólicos Anónimos permiten la reflexión y la valoración de lo que se tiene y lo que se está haciendo actualmente, que es recuperarse del alcoholismo.

Se propone que en futuros estudios se amplíe la población, tanto en edades, género y ubicación de los grupos de Alcohólicos Anónimos. También se propone entrevistar a personas a quienes no les haya sido útil el programa y la agrupación para tratar su alcoholismo, así como a gente que

haya asistido a otro tipo de grupos que no son tradicionales, como los grupos de 24 horas, los grupos de 4º y 5º paso, las granjas y los anexos.

3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención comunitaria

3.3.1 Productos Tecnológicos

Producto tecnológico I: Taller de Inducción – Generación 2016-1

a) Nombre del taller: Taller de inducción a la Maestría en Psicología, Residencia en Terapia Familiar

b) Duración: 18 horas. Cuatro sesiones de 4 horas y media cada una.

c) Audiencia: Alumnos y alumnas de nuevo ingreso a la Maestría en Terapia Familiar

d) Número de participantes: 10

e) Facilitadores: Andrea Anaya Acosta, Gabriela Cervantes Galicia y Luis Darío Villela Soto

f) Objetivo: Integrar al grupo y brindarles información sobre la Maestría en Terapia Familiar.

g) Contenido:

Taller de inducción a la Maestría en Psicología, Residencia en Terapia Familiar		Guía Instruccional
Dirigido a los alumnos y alumnas de nuevo ingreso a la Maestría en Terapia Familiar. No. de Participantes: 10 Lugar: Aula en el Mesanino del edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología		Duración: 18 hrs Periodo: 3, 4, 5 y 6 de agosto de 2015 Horario: 10:00 a 14:30 hrs Instructores: Andrea Anaya Acosta, Gabriela Cervantes Galicia y Luis Darío Villela Soto
Objetivo General	Integrar al grupo y brindarles información sobre la Maestría en Terapia Familiar.	
Recursos Asignados	Aula amplia, 15 sillas dispuestas en forma de herradura, 3 mesas para trabajo, cañón de proyección, laptop, bocinas, hojas blancas de papel, etiquetas, plumas y plumones.	
Sesión 1: Presentación		

Tema	Facilitador	Técnica Didáctica	Apoyo didáctico	Actividades		Evaluación	Tiempo
				Instructor	Participante		
Bienvenida	Silvia Vite	Expositiva		Dar la bienvenida a los participantes	Escuchar la bienvenida y participar en ella		5 min.
Presentación del taller y sus objetivos generales	Andrea, Gabriela y Darío	Expositiva	Etiquetas, plumones	Realizar la presentación del taller y los objetivos	Escuchar la presentación del taller y anotar sus nombres en las etiquetas para facilitar la identificación		5 min.
Presentación curricular de los instructores y los participantes y sus expectativas del taller	Silvia Vite, Andrea, Gabriela y Darío	Expositiva y diálogo		Dar las instrucciones, presentarse cada uno frente al grupo y dirigir la dinámica de presentación	Presentación individual frente al grupo, dando datos generales sobre su experiencia escolar, laboral y profesional; exposición de sus expectativas sobre el taller		50 min.
Presentación personal de los instructores y participantes	Andrea, Gabriela y Darío	Expositiva y diálogo	Pelota o cojín, caja hojas, plumas, plumones	Dar las instrucciones, presentarse individualmente frente al grupo y conducir la dinámica de presentación	Cada persona hablará sobre sí misma, acerca de sus gustos e intereses personales		50 min.
Conclusiones e instalación del SPSS	Andrea Gabriela y Darío	Diálogo		Dirigir el cierre y generar conclusiones Instalar el programa SPSS	Generar conclusiones		10 min.

Sesión 2: Dinámicas de apoyo y cohesión grupal

Tema	Facilitador	Técnica Didáctica	Apoyo didáctico	Actividades		Evaluación	Tiempo
				Instructor	Participante		
Apertura de sesión	Darío	Expositiva		Realizar la presentación de la sesión	Escuchar la presentación de la sesión		5 min.
Detección de expectativas de los participantes con respecto a la Maestría	Andrea, Gabriela y Darío	“Sondeo de motivaciones”	Hojas blancas, plumas	Dar las instrucciones y dirigir la dinámica	Escribir dentro de las hojas cuáles son las expectativas que tienen de la Maestría, las cuales se comparten posteriormente		20 min.

Detección de afinidades y fortalezas entre los participantes como futuros terapeutas familiares	Andrea, Gabriela y Darío	“Detección de fortalezas, áreas de desarrollo y de oportunidad”	Hojas blancas, plumas, pizarrón, plumones	Dar las instrucciones y dirigir la dinámica: -Por parejas escucharse mutuamente y presentar a los compañeros -Escribir características en el pizarrón y posteriormente hacer una dinámica de afinidades	Dialoga acerca de cuáles son las características que resaltan en sí mismos como futuros terapeutas y buscar afinidades con los otros compañeros		60 min.
Experiencias y preocupaciones de convertirse en terapeutas familiares	Andrea, Gabriela y Darío	Expositiva y diálogo		Exponer las experiencias personales acerca del proceso vivido durante la Maestría Resaltar la importancia de entrar en un proceso terapéutico personal	Escuchar las experiencias de los compañeros y hacer preguntas al respecto, también compartiendo sus propios miedos sobre el tema		30 min.
Conclusiones	Andrea	Expositiva		Hacer el cierre de la sesión	Escuchar el cierre de la sesión y hablar sobre cómo se sintieron durante ella		5 min.
Sesión 3: Información sobre la Maestría							
Tema	Facilitador	Técnica Didáctica	Apoyo didáctico	Actividades		Evaluación	Tiempo
				Instructor	Participante		
Apertura de sesión	Gabriela	Expositiva		Realizar la presentación de la sesión	Escuchar la presentación de la sesión		5 min.
Materias, profesores, tutores y supervisores	Andrea, Gabriela y Darío	Expositiva y diálogo	Pizarrón, plumones, presentación Power Point, hoja de tutoría	Realizar la exposición de la información, brindar consejos sobre la materia en cuestión y resolver dudas Dar y explicar las hojas de tutorías	Escuchar la presentación y hacer preguntas		40 min.

Conociendo la facultad, los transportes y los lugares de comida sugeridos	Andrea, Gabriela y Darío	Expositiva, diálogo y recorrido por las zonas importantes	Pizarrón, plumones, presentación Power Point	Exponer la información acerca de los siguientes temas: -Bibliotecas (trámites y préstamos de libros) -Copias -Lugares de comida -Transportes (facultad de Posgrado, lugares de comida, etc.) -Inscripciones y trámites -Requisitos de titulación	Escuchar la presentación y hacer preguntas		70 min.
Conclusiones	Darío	Expositiva		Hacer el cierre de la sesión	Escuchar el cierre de la sesión		5 min.

Sesión 4: Dinámicas de apoyo y cierre

Tema	Facilitador	Técnica Didáctica	Apoyo didáctico	Actividades		Evaluación	Tiempo
				Instructor	Participante		
Apertura de sesión	Andrea	Expositiva		Realizar la presentación de la sesión	Escuchar la presentación de la sesión		5 min.
Experiencia y temas de investigación	Andrea, Gabriela y Darío	Diálogo	Hojas, plumas, pizarrón, plumones	Pedir a los participantes que hablen sobre su experiencia en el área de investigación cuantitativa y cualitativa Obtener los temas de interés en investigación	Exponer su experiencia en investigación y sus temas de interés		30 min.
Práctica en la elección de un tema de investigación	Andrea, Gabriela y Darío	Planeación logística	Hojas, plumas, pizarrón, plumones	Pedir a los participantes que se reúnan en equipos y comenten la forma en que reunirían los datos para la investigación	Reunirse en equipos de 3 ó 4 personas y hablar sobre la recolección de datos sobre un tema hipotético, así como la viabilidad del proyecto		30 min.
Evaluación del taller	Andrea, Gabriela y Darío	Expositiva	Hoja impresa con la evaluación del taller	Dar las instrucciones de llenado de la evaluación del taller	Realizar la evaluación del taller		5 min.

Conclusiones y cierre del taller	Andrea, Gabriela y Darío	Expositiva		Hacer el cierre de la sesión	Escuchar el cierre de la sesión		5 min.
Convivencia en el CUC	Todos los alumnos de la generación 2015	Convivencia					A partir de las 12:00 hrs.

h) Resultados

La evaluación fue entorno a varios aspectos del curso de inducción, que se describen a continuación:

- Organización del evento. Todos los compañeros concordaron que fue suficiente la duración total del taller de acuerdo a los objetivos y contenidos del evento. También opinan que el horario asignado para la realización del evento fue adecuado.
- Los facilitadores. Todos los participantes coincidieron que los facilitadores fueron claros, generaron un ambiente de confianza y respeto, promovieron la participación del grupo, lograron mantener la atención de los compañeros y la experiencia de los facilitadores fue de utilidad para ellos. Además, la mayoría de los participantes concuerda en que se les resolvieron sus dudas.
- El desarrollo del contenido. Los participantes estuvieron de acuerdo que se dieron a conocer y se alcanzaron los objetivos del curso, así como sus expectativas, que el contenido fue de utilidad y las actividades realizadas ayudaron a desarrollar las temáticas.
- Beneficios. Los participantes opinaron que la información presentada estuvo totalmente relacionada con las actividades que se realizarán durante la Maestría y que el curso respondió a todas sus dudas e inquietudes. Asimismo, esto les permitirá tener un mejor inicio en esta nueva etapa de su formación.

- Comentarios y sugerencias.

“La parte que considero de mayor utilidad fue que los talleristas compartieron vivencias cotidianas de su experiencia en semestres posteriores. Considero que esto fue de mucho mayor aportación que hablar de trámites a cargo de otra dependencia. Mi agradecimiento”.

“Considero que fue de mucha ayuda para mí, tengo muy claro varios aspectos del proceso que sigue, además de que me hicieron muy fácil la integración del grupo. Gracias”.

“El taller me ayudó a aclarar dudas y sentir más confianza para comenzar con la Maestría. Los facilitadores fueron muy claros, amables y amigables. Resolvieron todas nuestras dudas”.

“Muchas gracias por compartir su experiencia; fue muy satisfactorio conocerlos”.

“Agradezco las consideraciones de los ponentes del taller, su intervención fue oportuna, integral y agradable, supieron generar un ambiente de confianza. Utilizaron información clara y útil. Gracias”.

“Fue bueno conocer a todos los integrantes del grupo. Los alumnos de tercer semestre fueron muy cálidos, amables, serviciales, buscaban apoyarnos, responder dudas, muy eficientes, se vio muy estructurado, fluido y organizado”.

“Fue un buen inicio al curso del SPSS, creo que será de utilidad un curso formal al respecto con más horas para tener más práctica y conocer el programa a mayor profundidad. Me gustó mucho que la coordinadora nos acompañara durante los primeros días. Fue muy amable, resolvía nuestras dudas y era muy cordial. Ojalá nos pudieran dar más guía sobre los procesos de inscripción y Conacyt. Muchas gracias me sentí integrada, considerada, respetada y bienvenida”.

Producto tecnológico II: Coloquio de Adicciones desde Diferentes Perspectivas

a) Nombre del taller: Coloquio de Adicciones desde Diferentes Perspectivas

b) Duración: 10 horas. Dos sesiones de 5 horas cada una.

c) Audiencia: Dirigido a alumnos de posgrado (Especialidad y Maestría) y profesionales de la salud.

d) Número de participantes: 45 aproximadamente.

e) Facilitadores: Andrea Anaya Acosta y Paola Carreño Fernández

f) Objetivo: Dar a conocer diferentes perspectivas de abordaje en el tema de adicciones.

g) Contenido:

Día	Horario	Actividad	Expositor	Resumen de la ponencia
14 junio	9:00	Bienvenida	Dr. Germán Palafox Director de la Facultad de Psicología	El Director de la Facultad de Psicología, el Dr. Germán Palafox le da la bienvenida a los asistentes del coloquio y le agradece a la coordinadora Mtra. Silvia Vite San Pedro y a las organizadoras del evento por abrir un espacio para la integración de temas de gran importancia en la salud mental, como las adicciones, con el modelo sistémico y sus diversas aplicaciones.
	9:15	“Conversaciones acerca del abuso de sustancias desde la mirada narrativa”	Mtra. Miriam Zavala Díaz Facultad de Psicología	La Mtra. Miriam Zavala abordó el tema de las adicciones desde el enfoque narrativo con la metáfora de la “migración”, ampliando el concepto de “adicto” para enriquecer la identidad de los individuos y así construir una realidad distinta de la que viven tanto ellos como sus familiares.
	10:45	Descanso		
	11:00	“Cómo abordar el problema del abuso de sustancias desde el Modelo de terapia orientado a soluciones”	Mtra. Patricia Contreras Urruchúa Monte Fénix	La Mtra. Patricia da un resumen respecto a las bases de la terapia sistémica para después introducir la intervención de las adicciones desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones, ejemplificando con casos vistos a partir de su experiencia en Monte Fénix. Durante su intervención dio varios ejemplos de preguntas posibles a realizar desde esta visión, apoyándose en el Mapa de Toma de Decisiones de De Shazer.
	12:20	Descanso		
	12:30	“Género y drogadicción”	Dra. Noemí Díaz Marroquín Facultad de Psicología	Desde la perspectiva de género y la terapia familiar feminista, la Dra. Noemí habla de la correlación que existe entre el alcoholismo, el género y la violencia, además del papel que toma el alcohol en la construcción de la identidad femenina y masculina, además de las consecuencias que esto conlleva. También le da énfasis a la violencia de género y su

				incremento cuando se presenta el consumo de sustancias, además de los puntos centrales que se tienen que tomar en cuenta al intervenir en la terapia.
15 junio	9:00	“AL-ANÓN: Recuperación, esfuerzo propio”	Lic. Ana María Cortés Iglesias Al-Anón	Ana María, como miembro activo en la agrupación de Al-Anón, narra desde su experiencia personal las vivencias que ha tenido en estos grupos de autoayuda, explicando el modelo en cual se basan y centrándose en cómo viven los familiares de los consumidores de alguna sustancia como el alcohol.
	10:30	Descanso		
	10:45	“La construcción de los significados de ser hombre en varones usuarios de sustancias psicoactivas”	Dr. Marco Antonio Toquero Hernández Centro de Integración Juvenil	El Dr. Marco Antonio expone los resultados encontrados en su investigación de Doctorado realizado con consumidores de sustancias varones desde la perspectiva de la construcción de la masculinidad y los factores sociales que rodean a las adicciones. También habla acerca de su experiencia en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el abordaje que realiza a partir del enfoque sistémico.
	12:15	Descanso		
	12:30	“Resiliencia en el tratamiento de adicciones”	Psicoterapeuta Francisco Javier Creta Huerta Centro La Joya	El psicoterapeuta Javier Creta da a conocer, a partir de su experiencia en la práctica privada con consumidores de sustancias, el uso que le da al concepto de resiliencia en el tratamiento de las adicciones, enfocándose en los recursos emocionales y psicológicos que tienen las personas para sobrellevar y superar la adversidad y los traumas.
	13:45	Clausura y entrega de constancias	Mtra. Silvia Vite San Pedro	Se hace entrega de las constancias y se agradece la participación de la audiencia.

h) Resultados: Los participantes del coloquio mencionaron sentirse satisfechos con el coloquio y la información proporcionada fue de su interés. Tanto los alumnos de la Residencia en Terapia Familiar, los ex alumnos y los profesores opinaron que el coloquio estuvo bien planeado y organizado, y les sirvió para conocer diversas perspectiva y maneras de abordaje de la temática de Adicciones, dándoles ideas acerca de cómo seguirlo aplicando en la práctica profesional. Los temas que parecieron de mayor interés fueron: “Conversaciones acerca del abuso de sustancias desde la mirada narrativa” y “Género y drogadicción”. El público agradeció la disposición y

actitud tanto de las organizadoras como de los ponentes, y sugirieron que se realizaran más eventos como este en la Facultad de Psicología, especialmente para conocer la perspectiva sistémica en el abordaje de diversas temáticas.

3.3.2 Programa de intervención comunitaria

Taller: Prevención del abuso sexual infantil

El taller fue diseñado e impartido a padres de familia del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” durante 3 días con un total de 9 hrs.

El interés por desarrollar el taller es el número tan alto de casos de abuso sexual reportados en nuestro país, por lo que nos pareció esencial generar un programa preventivo encaminado a reconocer a las personas menores de edades como sujetos de derecho, que merecen espacio, tiempo, entendimiento y necesitan ser escuchados pero sobretodo ser respetados en una sociedad donde la cultura de la violencia y el maltrato a los niños y las niñas subsiste.

Por lo que el objetivo del presente taller fue sensibilizar a los padres de familia acerca del abuso sexual para que cuenten con las herramientas necesarias para la identificación y diseño de acciones de prevención desde un enfoque de los derechos de la niñez.

El taller fue elaborado para trabajar con elementos constructivistas que favorecen el proceso educativo reflexivo, participativo y vivencial tanto para quien enseña como para quien aprende, asimismo se retomaron cuatro metodologías:

- Socioafectiva o vivencial: facilita la construcción grupal en un ambiente que privilegia la autoestima y la confianza para apoderar a personas y colectivos.
- Participativa: facilita los procesos de discusión, análisis, reflexión y construcción de conceptos, ideas, valores y principios a partir del trabajo individual y colectivo.

- Reflexivo- dialógica: provoca procesos de confrontación y problematización que facilitan y apoyan la toma de decisiones ante situaciones cotidianas.
- Perspectiva de género: permite el análisis de la realidad al revelar desequilibrios de poder, ocultos debido a su carácter identitario.

Las temáticas abordadas fueron abuso sexual, signos para detectarlo, educación sexual y autocuidado de los niños y niñas. Respecto a la evaluación las y los participantes concluyeron que el taller les permitió adquirir herramientas para la prevención y disipar dudas, así como tener una mirada distinta ante la sexualidad.

3.3.3 Constancias de asistencia a eventos académicos

Nombre del evento académico: 4º Congreso Internacional: “Terapia Breve y Familiar MRI Ayer y Hoy”

Lugar: Cholula, Puebla, México

Fecha: 24, 25 y 26 de octubre de 2014

Nombre del evento académico: “Trabajo terapéutico con parejas desde las distintas miradas de la terapia familiar”

Lugar: Ciudad de México, México

Fecha: 15, 16 y 19 de junio de 2015

Nombre del evento académico: “El derecho y el papel del psicólogo, abuso sexual, violencia familiar y género”

Lugar: Ciudad de México, México

Fecha: 29 y 30 de junio y 1 de julio de 2015

Nombre del congreso: VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica

Lugar: Granada, España

Fecha: 19, 20, 21 y 22 de noviembre de 2015

Nombre del evento académico: “El abordaje sistémico dialógico de las emociones en psicoterapia”

Lugar: Ciudad de México, México

Fecha: 17, 18 y 19 de junio de 2016

Nombre del evento académico: “El arte de hacer preguntas” y “Entrevistas con parejas en conflicto”

Lugar: Ciudad de México, México

Fecha: 28 y 29 de octubre de 2016

Nombre del evento académico: “La competencia psicoterapéutica y las conversaciones transformativas”

Lugar: Ciudad de México, México

Fecha: 25, 26 y 27 de noviembre de 2016

Nombre del evento académico: “Violencia y Género”

Lugar: Ciudad de México, México

Fecha: 26 de enero de 2017

3.3.4. Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos

Nombre del congreso: VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica

Lugar: Granada, España

Fecha: 19, 20, 21 y 22 de noviembre de 2015

Título y resumen de la ponencia:

El trabajo con adolescentes en riesgo desde una perspectiva sistémica: presentación de un caso clínico

A través de la presentación de un caso pretendo mostrar el trabajo realizado con adolescentes desde la perspectiva de la Terapia Familiar Sistémica. Alejandra, una joven de 15 años de edad, que llega a terapia con depresión y un intento suicida desencadenado, entre otros factores, por el abuso sexual (voyerismo) por parte del padre. Alejandra acude a terapia hablando del abuso y de la culpabilidad que sentía por pensar que ella también era responsable de lo ocurrido. Durante las primeras sesiones se trabajó en el rapport y en la construcción de un espacio terapéutico de confianza. Se buscó la seguridad de la joven y se evaluó el riesgo suicida. En los primeros meses del tratamiento se presentaron situaciones riesgosas como resultado de las vivencias de Alejandra, así como de su contexto escolar, social y familiar, y probablemente como parte de la depresión observada en la joven: consumo y abuso de alcohol y otras drogas, relaciones sexuales sin protección y bajo rendimiento escolar. A través del trabajo constante con Alejandra y su

familia, tanto en sesiones individuales como familiares, se logró un proceso de perdón con respecto al abuso sexual, se reestablecieron las funciones parentales (el padre, aunque separado de la familia, también acudió a sesiones individuales y familiares, y sigue participando en su rol paterno conforme a los límites establecidos por su hija), se mejoró la relación entre los miembros de la familia y se logró repartir adecuadamente la responsabilidad con respecto a las situaciones problemáticas. Actualmente, Alejandra refiere un mayor bienestar en su vida.

Palabras clave: Terapia familiar sistémica, adolescentes, abuso sexual, consumo de sustancias.

Nombre del foro: “2º Foro: Desarrollo Positivo de la Adolescencia: Modelos Emergentes en Evaluación e Intervención”

Lugar: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Fecha: 26 de octubre de 2015

Título y resumen de la ponencia:

La disfunción familiar como predictor de codependencia en adolescentes mexicanos

Andrea Anaya, Elizabeth Aldrete y Cecilia Fajardo

Una de las consecuencias de las relaciones disfuncionales en la familia es la codependencia. El objetivo del presente estudio fue evaluar la presencia de codependencia en adolescentes mexicanos y su relación con la disfunción familiar. Se aplicaron tres instrumentos –la Escala de Patrones de Interacción de la Estructura Familiar, la Escala Argentina de Codependencia y el Instrumento de Codependencia–, a 304 estudiantes mexicanos entre 14 y 18 años. La desunión se observó como la característica más relevante en la disfunción familiar; mientras que en la codependencia, los componentes más importantes fueron la confusión emocional y la orientación rescatadora. La desunión, las peleas y la triangulación resultaron predictores significativos de la codependencia por focalización en el otro; la desunión, las jerarquías confusas y la evitación del conflicto predijeron la codependencia por autonegación. Se concluyó que existe una estrecha relación entre la disfunción familiar y los comportamientos codependientes en los adolescentes.

Nombre del evento académico: XII Jornadas antropológicas de literatura y semiótica

Lugar: Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH)

Fecha: 7 de septiembre de 2016

Título y resumen de la ponencia:

La efectividad de los grupos de Alcohólicos Anónimos en México

Una aproximación al estudio del fenómeno bajo la perspectiva de los elementos curativos de la terapia grupal

Los grupos de Alcohólicos Anónimos son grupos de autoayuda para atender la enfermedad del alcoholismo, fundamentando su tratamiento en un libro de texto que lleva como título “Alcohólicos Anónimos” que consta de doce pasos para la recuperación, doce principios de unidad que se llaman tradiciones y doce conceptos que son para la preservación y el liderazgo de AA como un todo. Según lo encontrado en esta investigación, los grupos de Alcohólicos Anónimos cuentan con todos los factores curativos que ofrece la terapia grupal según la definición de Irvin Yalom, con la diferencia de que aquí no hay quien dirija la sesión, ya que la coordinación de las sesiones se va alternando democráticamente entre los miembros del grupo. Entre los elementos curativos que indican si un grupo es efectivo o no, se encuentran los siguientes: el sentimiento de universalidad y esperanza, el sentido de pertenencia y de identidad en el grupo, la imitación de conductas más útiles para la resolución de problemas, el compartimiento de experiencias y emociones, el conocimiento de uno mismo, el sentido de utilidad, el rol de la ideología y la horizontalidad en las relaciones interpersonales.

Nombre del congreso: Coloquio XV Años de la Residencia en Terapia Familiar en la UNAM

Lugar: Facultad de Psicología, UNAM

Fecha: 29 de septiembre de 2016

Título y resumen de la ponencia:

Mesa Redonda: Una sesión en Terapia.... Sus posibilidades

La terapia de una sesión sin cita es una modalidad terapéutica basada en premisas del modelo colaborativo, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones, en la que el objetivo principal es la visualización de un mapa de ruta, en donde el consultante pueda tener una mayor claridad sobre sus metas y el camino a seguir para así dar los primeros pasos hacia el cambio deseado. La meta más importante es poner en marcha el cambio y la transformación, dándole a la persona la oportunidad de beneficiarse en una sola cita, a partir de conversaciones centradas en el presente para crear un mejor futuro. Esto se logra a través de la movilización de los propios recursos y el ensayo de las posibles soluciones, encontrando nuevas perspectivas para salir adelante. Se busca restaurar el sentido de confianza, autonomía e independencia de las personas.

3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional

3.4.1. Consideraciones éticas de la práctica profesional

Nuestra práctica profesional como psicólogos está regulada por una serie de derechos y obligaciones que rigen nuestra labor y garantizan el ejercicio ético de la profesión. A estas normatividades se les da el nombre de Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009), el cual se aplica a todos los que ejerzan esta profesión en México. Este Código enmarca una serie de principios generales que establecen la responsabilidad social que tiene el psicólogo ante su actuar y ante el desempeño de sus actividades profesionales (académicas o científicas), siempre garantizando ante todo el bienestar de los individuos, grupos u organizaciones a los que les brinde sus servicios. Los principios generales a los que se adhiere son:

I. *El respeto a los derechos y la dignidad de las personas*. Este principio ético, el más importante en el proceso de toma de decisiones éticas, dice que “toda persona tiene derecho al respeto de los demás, dado éste por su valor intrínseco como ser humano, y a que este valor no aumente o disminuya en función de característica, condición o estatus personal alguno” (p. 39). A partir de este principio, fundamentado en los derechos humanos y la dignidad humana, los psicólogos son responsables del respeto y la protección de la privacidad, la autodeterminación, la libertad personal y la justicia de las personas receptoras de sus servicios y con quienes se relacionan directamente, por ejemplo, estudiantes, pacientes y participantes de investigación. Se incluye el respeto al derecho a la libertad, la dignidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, a la no discriminación (raza, cultura, idioma, discapacidad mental o física, nivel socioeconómico, orientación sexual, religión, sexo, estado civil, color, edad o nacionalidad), al trato justo, la igualdad y el derecho a iniciar o concluir la relación con el psicólogo.

II. *El cuidado responsable*. Este principio se refiere a la preocupación activa del psicólogo por el bienestar de los individuos, familias, grupos o comunidades con quienes se relaciona de manera directa o indirecta. El *cuidado responsable* nos exige distinguir entre los daños y los beneficios según el método y los procedimientos utilizados, siendo responsables de prevenir los riesgos y proceder solamente cuando los beneficios sean mayores. Cuando se llega a dar un daño, ya sea físico o psicológico, es nuestro deber repararlo. Por lo tanto, el psicólogo debe ejercer su práctica a partir de la formación recibida en las áreas donde sea competente, con conocimientos y destrezas actualizadas, y cuidando siempre los intereses de quienes se encuentran bajo su atención e influencia.

III. *La integridad de las relaciones*. El psicólogo debe demostrar precisión, honestidad, apertura, sinceridad, objetividad, mínimo prejuicio o sesgo, y evitar conflictos de interés. Implica también

no engañar, no realizar fraudes, no emplear títulos que no tenga, no falsificar resultados y evitar los sesgos en la investigación. El psicólogo debe concientizar y comprender las circunstancias que rodean su actividad, su propia historia y valores, así como la manera en la que éstos afectan sus decisiones, interpretaciones, sugerencias y comportamientos, siempre buscando ser lo más objetivo posible. A partir de este principio, el psicólogo debe crear normas que fomenten su integridad hacia la ciencia, las prácticas psicológicas y la enseñanza, así como respeto, honestidad y justicia hacia las personas que atiende en su profesión, aclarando su papel, enfoque, funciones y los servicios que ofrece.

IV. *La responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.* Este principio refiere la responsabilidad que tiene el psicólogo ante la sociedad en la que vive y con las que entra en contacto, ya que esta disciplina ocurre dentro de un contexto social. Por lo tanto, el psicólogo debe buscar aumentar su conocimiento y sus habilidades para así promover el bienestar de la humanidad, a través de métodos y procedimientos basados en la ética. Este conocimiento debe ser empleado para fines benéficos, teniendo el psicólogo la responsabilidad de dar a conocer las contribuciones que ayuden a los demás seres humanos.

A partir de lo anterior, la Comisión de Honor y Justicia de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar promulgó el *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar* (1997), en donde se establecen principios y normatividades que regulan el comportamiento de los psicólogos especializados y dedicados a la práctica psicoterapéutica con parejas y familias. Estos principios se describen a continuación:

I. *Responsabilidad con los pacientes.* Los terapeutas deben procurar el bienestar de los individuos y las familias, respetando sus derechos y llevando a cabo los esfuerzos necesarios para garantizar que sus servicios les sean de utilidad. La postura del terapeuta debe ser no

discriminatoria, estableciendo una relación profesional y terapéutica en donde el paciente sea el beneficiado, el cual debe ser un criterio establecido de manera conjunta para continuar con el proceso. Es responsabilidad del terapeuta el no abusar de la confianza de la persona que lo consulta, favoreciendo un tipo de relación en donde se preserve la objetividad y se evite cualquier tipo de conducta impropia e inadecuada. Es derecho de los pacientes demandar y exigir el respeto a sus decisiones, pudiendo el terapeuta abordar las consecuencias de éstas, así como dar la autorización para la realización de grabaciones de audio y de video, y la presencia de terceras personas en las sesiones.

II. *Confidencialidad*. El terapeuta debe salvaguardar la confidencialidad de sus pacientes a toda costa, exceptuando los siguientes casos: cuando lo determine la ley; cuando se deba prevenir el daño a una o más personas; cuando el terapeuta es acusado de acciones civiles, criminales o disciplinas que surgieran a partir de la terapia; o cuando exista una dispensa. El material clínico puede ser usado para la enseñanza, escritura y presentaciones al público sólo si existe la autorización de los pacientes, protegiendo su identidad y confidencialidad.

III. *Capacidad e integridad profesional*. Existen una serie de situaciones y circunstancias que son consideradas violaciones al código ético con respecto a la capacidad e integridad de los profesionales, por lo cual es responsabilidad de los terapeutas que incurran en tales faltas de buscar ayuda psicológica para darle solución a aquellos problemas personales que puedan interferir en su labor profesional, así como en su juicio crítico en la toma de decisiones. Este principio también establece la prohibición ante cualquier involucramiento de índole sexual, o fuera del campo profesional, con pacientes, estudiantes, candidatos en entrenamiento, supervisados, empleados, individuos sujetos a investigaciones, testigos o demandantes de investigaciones y procedimientos éticos, así como cualquier comportamiento o acercamiento que

suponga abuso o acoso. Así mismo, los terapeutas tienen la obligación de poseer un alto nivel de conocimientos, ya sea como maestros, supervisores, psicoterapeutas o investigadores, siendo necesaria la actualización constante a partir de las investigaciones científicas, conocimientos y prácticas de la terapia familiar. No les está permitido asumir funciones fuera de su dominio, por lo que se requiere cautela en las recomendaciones, sugerencias u opiniones en testimonios públicos o privados.

IV. *Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados.* En el ámbito de enseñanza e investigación, los terapeutas deberán vigilar y apoyar a los estudiantes y supervisados, otorgando aportaciones y conocimientos acordes al nivel de entrenamiento, experiencia y ámbito de competencia, evitando cualquier abuso de confianza o relaciones fuera del ámbito profesional.

V. *Responsabilidad con los participantes de investigaciones.* Este principio busca el respeto de la dignidad y el bienestar de los participantes en investigaciones, incluyendo su derecho de estar informados sobre todo lo que concierne a la investigación, teniendo la libertad de elegir su nivel de participación en ella. Es obligatorio que los investigadores analicen la aceptabilidad ética de los proyectos, así como el reconocimiento de que los participantes pueden desistir de continuar el proyecto en cualquier momento y por cualquier circunstancia.

VI. *Responsabilidad a la profesión.* Este principio implica el respeto a los derechos de otros colegas, colaborando en actividades que tengan como objetivo la mejoría en los propósitos de la profesión, otorgando servicios profesionales de nula o baja remuneración en beneficio de la sociedad y la comunidad. Los terapeutas que citen a otros autores en sus libros o materiales publicados, deben de dar el crédito correspondiente a éstos y a otros participantes, así como verificar que la promoción y la publicidad sea realizada objetivamente y con precisión. Así

mismo, los terapeutas deben desarrollar leyes y regulaciones relacionadas con la terapia familiar y de pareja.

VII. *Arreglos financieros*. El código señala que los terapeutas deberán convenir con los pacientes, o con aquellas personas que costearán el servicio, honorarios razonablemente adecuados, lo cuales deberán definirse desde el inicio del proceso terapéutico. También, se debe proporcionar información clara concerniente al encuadre de los servicios brindados, siempre respetando el principio de confidencialidad (con sus debidas excepciones).

VIII. *Publicidad*. Con respecto a la publicidad general, los terapeutas están obligados a mostrar con precisión y claridad su capacidad, educación, preparación y experiencia en la psicoterapia en cualquier propaganda y publicidad utilizada para promover sus servicios, de tal manera que quien lo reciba, pueda tener la información necesaria y los suficientes elementos para decidir y seleccionar lo que más le convenga. Queda prohibido utilizar un nombre o razón social que pueda confundir al público con respecto a la identidad, responsabilidad, origen y condición del terapeuta para practicar con tal título. También se prohíbe falsear cualquier información. Los terapeutas están facultados para representarse a sí mismos como especialistas en una determinada área de la terapia familiar y de pareja, siempre y cuando cuenten con la debida preparación, experiencia supervisada y nivel profesional que los autorice en esta práctica. Con respecto a la publicidad haciendo uso de los nombramientos de la AMTF, este código precisa que únicamente los programas de entrenamiento en terapia familiar acreditados por la Comisión de Evaluación de Programas de la AMTP, pueden utilizar su afiliación en la información al público o en material de publicidad.

Aunque las anteriores normatividades tienen como objetivo principal la regulación de la psicología y la psicoterapia, difícilmente representa lo que realmente implica el comportamiento

ético en las relaciones terapéuticas, ya que las interacciones humanas son sumamente complejas y diversas. A partir de la cibernética de segundo orden se ha dado un cambio importante con respecto a cómo percibimos los procesos terapéuticos, así como en la enseñanza y el aprendizaje, y en la manera en la que percibimos las relaciones humanas y nuestra relación con el mundo (Telfener, 2014). El epistemólogo Heinz von Foerster mencionó que la ética no puede ser articulada, ya que las personas no representan la ética, sino que la incorporan (citado en Telfener, 2014). Al analizar esta frase mi pregunta inicial fue, ¿y cómo sabré que he incorporado una actitud ética, sobre todo cuando desde la postura de la posmodernidad todo comienza a verse más relativo?

Haley (1976) planteaba que las principales cuestiones éticas en el campo de la terapia pueden ser analizadas desde dos perspectivas: el intercambio justo y el control de la información. Mencionaba que es responsabilidad del terapeuta encontrar un equilibrio entre lo que recibimos y lo que damos, es decir, que debemos decidir si el cliente está recibiendo un trueque justo por el dinero que está dando, a partir de una definición clara del objetivo terapéutico, en donde tanto el terapeuta como la persona puedan saber si la terapia tuvo éxito. Reflexionando este planteamiento, considero responsabilidad del terapeuta la definición de un objetivo en el cual se pueda intervenir, aunque también esto dependerá mucho de la postura que tenga el terapeuta y de su marco teórico.

Telfener (2014) plantea a partir de la óptica de la cibernética de segundo orden y del constructivismo, visión a la cual me sumo, que cada uno de nosotros como terapeutas hace una elección subjetiva de la visión a través de la cual decidimos observar al otro y comprender su realidad, lo cual plantea una necesidad de elegir con un mayor grado de conciencia, haciéndonos responsables de los resultados de nuestras elecciones, así como de sus consecuencias operativas:

la ética se vuelve implícita y la responsabilidad explícita. La objetividad se convierte en algo relativo y en una manera de oscurecer la libertad de elección, removiendo al observador de aquello que observa (Fruggeri, 1998; Telfener, 2014). Fruggeri (1998) habla de una responsabilidad epistemológica, es decir, el deber que tiene el terapeuta de reflexionar su propio modo de pensar y sus sistemas de referencia, evaluando las posibles consecuencias en el plano social e interactivo con el paciente.

En la actualidad, el objetivo de la psicoterapia está centrado en crear una realidad terapéutica en la cual sea posible intervenir, es decir, el discurso está focalizado en la responsabilidad y en las elecciones del clínico, así como en lo que emerge de la construcción conjunta de significados compartidos y la creación de una realidad cambiante (Telfener, 2014). Volviendo a la propuesta de von Foerster (citado en Telfener, 2014), la ética se convierte en una actitud en la intersubjetividad a partir de la interdependencia que existe dentro de la relación terapéutica, es decir, se convierte en una manera de relacionarnos con aquéllos que piden nuestra ayuda como profesionales. Esto conlleva que, para hablar de ética, tengamos que ser cada vez más reflexivos con respecto a nuestro marco teórico elegido y las propias palabras, así como las decisiones y acciones que tenemos como terapeutas, y la utilidad que tienen en los procesos. Schwarz (1999) habla acerca del proceso de convertirnos en terapeutas, en donde al principio podemos seguir mecánicamente los modelos teóricos y las técnicas, mencionando que es hasta que logramos reflexionar acerca de nuestros propios principios, creencias y valores, y partir de ahí escogemos un modelo que se adecuó a ellos, es entonces cuando dejamos de “hacer” terapia y comenzamos a “ser” terapeutas. Para mí, es a partir de esta reflexión y elección en donde comienzo a introyectar y vivir la ética.

Desde la visión de Telfener (2014), un terapeuta ético es alguien: responsable de sus acciones y decisiones, consciente de la necesidad de elegir su marco teórico, atento al propio lenguaje y acciones, que actúa como parte del sistema terapéutico, que aumenta el número de elecciones para sí mismo y para los demás, que considera que cada persona es libre actuar hacia el futuro que desea (respetar la autonomía) y que toma en cuenta que las elecciones pueden cambiar en el tiempo. La autora plantea que la responsabilidad social del clínico se basa en una responsabilidad técnica y una relacional. Laura Fruggeri (citada en Telfener, 2014) habla de la responsabilidad relacional como la capacidad que tiene el clínico de mantenerse abierto a explorar y a cambiar las propias premisas, observando los propios prejuicios y emociones, con la finalidad de construir un contexto terapéutico que sea evolutivo, procesual, responsable y compartido, afrontando la ignorancia, los puntos ciegos y los posibles resultados indeseados.

Fruggeri (1998) refiere que es responsabilidad de los terapeutas el desarrollo de modalidades de observación y análisis como referencia para la comprensión de la situación en la que se está interviniendo y para así tomar la decisión sobre qué tipo de intervenciones poner en acción. Para esta autora, un terapeuta sistémico es aquél que tiene la capacidad de cambiar de punto de vista cuando éste deja de tener utilidad en el sistema terapéutico.

Además de decidir el modelo de referencia que haga más sentido con mis valores y principios, también considero que para vivirme como una terapeuta ética, debo tomar en cuenta que mis observaciones son el resultado de mi postura y de la decisión que tome con respecto a cómo mirar a los otros, y que ésta visión no es estática, sino que siempre está en movimiento adquiriendo nuevas maneras de observar y desechando temporalmente aquéllas que no me sean útiles en el momento, lo cual no implica que no lo sean en otro contexto o con otros consultantes. Haciendo conciencia de lo anterior, puedo tomar decisiones de cómo abordar cada caso siempre

actuando y responsabilizándome de mis acciones y de mis palabras dentro de la construcción del sistema, sabiendo que soy parte de lo que se construya en ese espacio. Para mí lo más complejo en esta búsqueda del quehacer ético es el mantenerme flexible y no enamorarme de mis hipótesis o de las certezas, ya que como mencionan Cecchin, Lane y Ray (1993, p. 14)): “la certidumbre restringe mucho”.

Dentro de la postura ética adquirida durante mi entrenamiento en la Maestría considero los siguientes puntos: el desarrollo de valores y actitudes basadas en el compromiso social y personal; la actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los consultantes; una actitud de respeto y tolerancia hacia los diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales; el desarrollo de una mayor sensibilidad ante las necesidades de la población y la capacidad de responder profesionalmente ante ellas; el análisis contante de la honestidad de mi trabajo apegándome a la ética profesional; la constante actualización e innovación de mis capacidades profesionales; y el asumir responsablemente cuando es necesario solicitar terapia personal para continuar realizando mi labor de manera óptima.

IV.CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Habilidades y competencias profesionales adquiridas

Como parte del Programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar se cumplió con el desarrollo de múltiples competencias y habilidades específicas en un terapeuta sistémico-construccionista, siempre dentro de lo que marca el código ético y el compromiso social en la profesión. Con respecto a las habilidades conceptuales y teóricas, pude conceptualizar diferentes modelos dentro del enfoque sistémico y posmoderno, pudiendo identificar aquellos elementos que los diferencian y los delimitan del resto, por ejemplo, sus principales exponentes, sus premisas específicas o compartidas por otros modelos, su origen, los principales métodos de intervención y técnicas de abordaje, y su teoría del cambio, entre otras características. También desarrollé habilidades para analizar y discutir la viabilidad de estos modelos teóricos según el caso abordado, proponiendo hipótesis que delimitaran la intervención más adecuada. Así mismo, logré llegar a una identificación de la especificidad de los modelos y su aplicación clínica, tomando en cuenta el contexto en el cual intervenir. De esta manera fui escogiendo aquellos modelos que fueran más acorde con mi mapa del mundo y con mi manera de darle sentido a la realidad, lo cual facilitó y le dio más forma a mis intervenciones con los consultantes, sintiéndome más útil y con mayores habilidades.

Dentro de las habilidades clínicas, desarrollé diversas capacidades tanto en la detección, evaluación y formulación del tratamiento más adecuado según el caso abordado. Aumentó mi capacidad de observación durante el proceso terapéutico, moviéndose en diferentes direcciones y profundidades, tanto a nivel individual, relacional, social, institucional y cultural, todo dentro de un tiempo y un contexto específico; pude establecer un mayor y mejor contacto con los consultantes, con una postura mucho más horizontal y empática que antes, lo cual no disminuyó

mi capacidad de abordaje, sino que la transformó en un contacto mucho más respetuoso de las historias contadas y la autonomía de las personas que solicitan el servicio; también desarrollé mayores habilidades de entrevista, generando un ambiente y una relación de mayor colaboración entre los consultantes y yo, y al mismo tiempo pudiendo intervenir desde el primer contacto con las familias o individuos; lo anterior se conecta con el desarrollo de mejores técnicas de enganche y alianza terapéutica, todo dentro de un contexto de respeto y autonomía; desarrollo de una mayor facilidad para detectar y definir los motivos de consulta tanto de manera individual como familiar, e incluso institucional, siendo más sencillo la observación de las diferentes demandas intra e interpersonales según el caso, así como mi intervención en ellas; lo anterior generó una mayor habilidad para detectar y evaluar la problemática y buscar opciones de solución según el modelo escogido, optimizando al mismo tiempo la definición de objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los consultantes, siempre identificando las necesidades y los recursos en los sistemas familiares y cada uno de sus miembros.

También, como parte de las habilidades clínicas generadas, desarrollé la capacidad de formular diferentes hipótesis desde distintos puntos de vista, con la finalidad de promover el cambio o generar diferentes relaciones entre los miembros del sistema familiar, pudiendo evaluar los resultados y el éxito de la terapia al finalizar el tratamiento. Así mismo, pude reconocer la interdependencia entre el conocimiento profesional, la práctica clínica y las necesidades o intereses de los consultantes, dentro de distintos contextos sociales y culturales, para así seleccionar las técnicas o procedimientos más adecuados para la intervención profesional, fundamentada en mis elecciones del modelo, la postura y las técnicas. El diseño, selección y aplicación de los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada se basó en diferentes niveles relacionales, por

ejemplo, el individual, el conyugal o el familiar, desarrollando la habilidad para acordar con los consultantes el curso de acción terapéutica que respondiera a sus necesidades y estableciendo conjuntamente un plan para el desarrollo del proceso terapéutico. Todo lo anterior se conjuntaba en la elaboración de reportes de tratamiento.

Dentro de las habilidades de investigación y enseñanza, desarrollé la capacidad de diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación cuantitativa y cualitativa sobre problemas y necesidades de los consultantes y de la población en general, siendo uno de los objetivos principales la difusión de conocimientos. A partir de lo anterior, se obtuvieron datos acerca de las características, las causas, el mantenimiento y la severidad de los problemas psicosociales en los individuos, parejas y familias, formulando hipótesis sobre los factores involucrados, y se realizaron análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y los procesos que están inmersos. Se logró el diseño y la conducción de proyectos de investigación aplicada en diferentes espacios profesionales, y se establecieron las relaciones necesarias para realizar un trabajo multidisciplinario encaminado a la obtención de mayores conocimientos. En las habilidades de prevención, se logró la elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria, identificando procesos que podrían ayudar a resolver o prevenir problemas familiares y grupales. Así mismo, se logró la aplicación de estos programas en colaboración con los distintos agentes familiares e institucionales que intervienen. Todo esto dentro de un desarrollo ético y de compromiso social.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

Me gustaría comenzar esta reflexión final mencionando que cada semestre vivido en la Maestría significó muchos cambios y ajustes en mi vida personal, académica y profesional, los cuales no siempre fueron sencillos o fáciles de afrontar, pero al mismo tiempo significaron un gran

crecimiento en mi persona. En lo personal, he tenido que confrontar mi visión de la vida, mis experiencias y la relación con mi familia, adquiriendo nuevas maneras de verme dentro de mi contexto. Cada lectura, cada experiencia contada por los maestros, cada nuevo aprendizaje implicó un cuestionamiento hacia mi forma de pensar y de analizar. Tuve que ir aprendiendo a observarme mucho más y a reflexionar sobre mi propia epistemología, ya que ahora corroboro que lo que soy, lo que he vivido y mi manera de entender las cosas cobran mucha importancia en mi vida profesional, es decir, en la terapia. La epistemología sistémica me permitió corroborar lo que yo tenía como algo seguro: la responsabilidad y la importancia del terapeuta dentro del espacio terapéutico.

Durante las clases no solamente obtuve mayor información, sino que aprendí a expresar mis ideas con mayor claridad, precisión y fluidez, con argumentos más sólidos y con una mayor seguridad en mis conocimientos. La confianza en mí misma fue aumentando al realizar los trabajos y las prácticas durante las clases, lo cual me dio una mayor tranquilidad para enfrentarme a los nuevos retos. Aprendí a organizar mis tiempos, a trabajar con mayor rapidez y a manejar el estrés de la carga de trabajo. También tuve la oportunidad de ir conociendo a mis compañeros, lo cual facilitó mi integración en el grupo.

Durante el primer semestre sentí una transformación en muchos niveles, tanto en el área personal, profesional y académica. En el área personal comencé a notar características de mi sistema familiar que me han hecho lo que soy ahora, e incluso alcancé a percibir con mayor facilidad el porqué de las decisiones que fui tomando a lo largo de mi vida. Lo que descubrí en ocasiones fue grato, pero en muchas otras fue doloroso. Esto se conecta con mi papel como terapeuta, ya que observo que existen temas en los cuales no estoy segura de estar abordándolos de una manera útil para los consultantes. Hay situaciones que noté que me molestaban o que

incluso me irritaban y me perturbaban, por ejemplo, la descalificación, la discriminación, la cobardía y la violencia. En el área académica me llegué a sentir abrumada por toda la nueva información aprendida, lo cual considero que fue normal por el proceso que conlleva la Maestría, pudiendo ahora integrar muchos de esos conocimientos a mi vida profesional, lo cual sé que es un proceso interminable.

En el segundo semestre viví de manera más real el cambio epistemológico, debido a la introducción de los modelos posmodernos, lo cual me dio la oportunidad de escuchar otras voces y puntos de vista, logrando ampliar mi perspectiva y mi entendimiento sobre una situación. Esto lo fui utilizando poco a poco con mis consultantes, pudiendo observar diversos puntos de vista sin la necesidad de pensar que uno de ellos es el “verdadero”. Esto me abrió la posibilidad de usar otras modalidades y herramientas terapéuticas en la consulta privada. El tener diferentes perspectivas y puntos de vista disponibles en un proceso terapéutico generó una mayor riqueza y una mayor complejidad en la manera de entender una situación, así como en las diversas formas de comprenderla, abordarla y darle solución. Esto me ayudó a tener una postura de mayor respeto por las experiencias y decisiones de la otra persona, dándole una mayor autonomía para hacerse cargo de sí misma a partir de sus propios recursos. Considero que el mantener una postura de curiosidad y darle cabida a diferentes voces me ayudó a escuchar a los demás e intentar llegar a lo que llamo una “verdadera empatía”, lo cual para mí no significa estar siempre de acuerdo con el otro, sino mantener una posición de respeto hacia la diferencia. Me di cuenta de que el contexto de cambio se va creando a partir de lo anterior, ya si yo estuviera en un espacio en donde me siento en confianza, escuchada, comprendida y respetada, en donde nadie quiere imponerme su opinión o me quiera obligar a actuar o pensar de determinada manera, y que al mismo tiempo esté recibiendo muchas ideas y puntos de vista diferentes, considero que

tendría una mayor posibilidad de reflexionar acerca de mi situación y de mi vida, y podría comenzar a tomar en cuenta otras maneras de solucionar y de actuar. Me daría la oportunidad y la confianza de cambiar de opinión sin sentir amenazada mi integridad, además de que me sentiría apoyada y guiada por personas que se interesan en mí, y que sé que no me van a censurar, criticar, regañar o imponer.

En el tercer semestre mejoró mi capacidad de escucha, ya que cuando puse a un lado pensamientos relacionados con descubrir lo que “realmente” le pasa a la persona y el “verdadero” problema que estaba debajo de todo lo que decía, cuando dejé de intentar influir en el otro pretendiendo encontrar la manera de lograr que hiciera lo que yo consideraba es lo más apropiado y útil para su situación, y cuando paré de intentar ponerle un diagnóstico al consultante, la escucha activa incrementó. Pude simplemente enfocarme en lo que el otro me estaba diciendo, manteniendo una postura de curiosidad, es decir, el no creer que comprendo la situación o que ya sé lo que le pasa a la persona, me permitió hacerle más preguntas y fui descubriendo formas diferentes de entender la situación, observando que hay cosas en las que no me había fijado o de las que no me había percatado. Esto me ayudó a aumentar mi visión acerca de la persona y su situación, haciéndome sentir más empática y más eficaz al conversar con el otro.

Noté que fue a partir de lo anterior que comencé a creer lo que la persona me estaba diciendo, sin pensar que se estaba resistiendo al cambio, respetando los pasos que el consultante quisiera dar y simplemente acompañándolo en el proceso. Me logré bajar del “pedestal” de experta y, aunque al principio me generó mucho miedo, incertidumbre y ansiedad por pensar que no iba a saber qué hacer o creer que el otro no me iba a respetar o tomar en cuenta mi trabajo y mi conocimiento, me di cuenta de que la vivencia fue muy diferente de lo que imaginaba. Las personas me

siguieron buscando y tomaban en cuenta el trabajo que hacía junto con ellos, además de que se comenzaron a hacer más responsables por su proceso e incluso a veces no comprendían cómo a partir de una conversación se iban generando cambios en sus sensaciones, emociones, pensamientos y vivencias.

Aprendí a escuchar otros puntos de vista sin sentir que era un ataque a mi integridad, ya que también aprendía a darle más valor a mis propios puntos de vista, aunque al mismo tiempo los cuestiono todo el tiempo. Creo que esto me dio una mayor sensación de humildad, ya que conozco mis capacidades pero acepto las cosas que están fuera de mi control y no intento cambiarlas. Me di la oportunidad de sentirme vulnerable y de aceptar que puedo equivocarme, sabiendo que eventualmente sabría qué hacer para volver a encontrar una sensación de tranquilidad y de estabilidad. Aprendí a observar los procesos de las personas, así como a respetar mi proceso personal, sin la sensación de urgencia que se da por querer vivir el proceso más fácil y rápido. Aprendí a observarme y a tenerme un mayor aprecio por todos los recursos y capacidades que veo en mí y que me funcionan en el día a día.

Fue durante el cuarto semestre en donde comencé a sentir que todo volvía a cobrar sentido y dirección, probablemente porque los conocimientos y conceptos se fueron volviendo más experienciales y vivenciales que al principio de la Maestría. Comencé a tomar decisiones de cómo me gustaba trabajar y lo que me era más útil para ello, procurando siempre escoger aquello con lo cual me sintiera cómoda y que me hiciera sentido. Me di cuenta de lo importante que fueron para mí, las relaciones de apoyo y comprensión que mantuve con mis compañeros, ya que a veces el trabajo y el acompañamiento grupal era lo que hacía este camino más fácil y menos estresante. Comprendí que todo aprendizaje y crecimiento conlleva un proceso en donde tengo derecho a equivocarme y a cambiar de dirección o de opinión cuantas veces sea necesario, y que

eso no me arrebató el valor que tengo como terapeuta o me hace menos valiosa o exitosa en mi trabajo. Pude dejarme llevar dentro de las sensaciones que genera la incertidumbre, acción que conllevó muchos momentos y episodios llenos de ansiedad y miedo, ya que no solamente fui formada dentro de la modernidad como mis demás compañeros, sino que además las certezas se convirtieron en un elemento clave para avanzar en mi vida. En pocas palabras, las certezas me ayudaron en un momento muy complicado de mi vida, y al soltarlas existía el temor de inestabilidad o del regreso de sensaciones que en el pasado fueron destructivas. Ahora veo que ya no tenía la necesidad de esas certezas, ya que la confianza en mí ha crecido, y he creado mi propio mundo y visión de la vida, que no se contrapone con la exploración de lo incierto o el abandono de las grandes verdades. Aprendí a verme de manera distinta, como una persona sensible, afectuosa, cercana a las personas. Pude aceptarme vulnerable e imperfecta. Este proceso de Maestría cambió mi vida por completo y la manera en la que me conduzco en el mundo. Lo agradezco mucho.

V. REFERENCIAS

- Alcohólicos Anónimos. (1952). *Doce Pasos y Doce Tradiciones*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de AA, A.C.
- Arriagada, I. (2010). Familias sin futuro o futuros de las familias. En: S. Lerner & L. Melgar (Coords.). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: UNAM, PUEG y El Colegio de México.
- Betina, A. & Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12, 159-182.
- Biscarra, A.M., Brandariz, A.R., Lichtenberger, A., Peltzer, R. & Cremonte, M. (2013). Construcción de una Escala de Codependencia. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5, 42-51.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (s/f). *La terapia sistémica de Milán*. Disponible en: [http://win.associazioneculturaleepisteme.com/articoli/LA%20TERAPIA%20SISTEMICA%20DE%20MILAN%20\(para%20publicacion%20chilena\).pdf](http://win.associazioneculturaleepisteme.com/articoli/LA%20TERAPIA%20SISTEMICA%20DE%20MILAN%20(para%20publicacion%20chilena).pdf)
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 21, 119-130.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Campbell, D. & Draper, R. (1985). "Twenty more questions: selections from a discussion between the Milan associates: Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin with the editors: David Campbell and Rosalin Draper". En: D. Campbell & R. Draper (1985). *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Estados Unidos: 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.
- Bradshaw, J. (2002). *La familia*. México: Selector.
- Cabeza, D., Corella, P. & Jiménez, C. (2013). *Negociación intercultural. Estrategias y técnicas de negociación internacional*. Madrid: Marge books.
- Ceberio, M. (1999). Ciencias modernas, complejidad y psicoterapia. En: G. Nardone & P. Watzlawick. *Terapia breve: filosofía y arte*. España: Herder.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*, 4, 9-17.
- 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, 7-15.
- Centro de estudios para el adelanto de las mujeres y la equidad de género (CEAMEG). (2012). *Análisis de los resultados de la ENDIREH: Comparativo 2006 y 2011*. México: CEAMEG.
- Colegio de México. (2009). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: Colegio de México.
- Comisión de Honor y Justicia de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. (1997). *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar*. México: AMTF.
- De la Revilla, A.L. & Fleitas, C.L. (2003). *Enfoque familiar de los problemas psicosociales. Atención longitudinal: ciclo vital familiar*. Disponible en:
http://wwfacmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_178-192.pdf
- De la Villa, M. & Sirvent, C. (2010). Codependencia y heterocontrol relacional: el síndrome de Andrómaca. *Revista Española de Drogodependencias*, 35, 120-143.

- Echarri, C.J. (2010). Hogares y familias en México: una visión sociodemográfica. En: S. Lerner, S & L. Melgar (Coords.). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: UNAM, PUEG & El Colegio de México.
- Faur, S. (2012). *Codependencia y estrés marital: Algunas consecuencias endocrinas e inmunológicas*. Disponible en:
<http://www.sapine.org/biblioteca/condependenciayestresconyugal.pdf>
- Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2009). *Alcohólicos Anónimos y otros programas de 12 pasos para el alcoholismo*. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD005032/alcoholicos-anonimos-y-otros-programas-de-12-pasos-para-el-alcoholismo>
- Finnegan, D.G. & McNally, E.B. (1989). The lonely journey: Lesbians and gay men who are co-dependent. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 121-134.
- Fossum, M.A. & Mason, M.J. (1989). *La vergüenza: cómo enfrentarla y resolverla*. México: Editorial Pax.
- Fruggeri, L. (1996) El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En: K. Gergen & S. McNamee. *La terapia como construcción social*. Paidós: Barcelona.
- Fruggeri, L. (1998). Del constructivismo al construccionismo social: implicaciones teórica y terapéuticas. *Psicobiattivo*, 18(1), 37-48.
- García, E. (1996). ¿Por qué funcionan los grupos de autoayuda? *Información Psicológica*, 58, 4-11.
- Gayol, G.N. & Ramos, L. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 25, 38-48.
- Góngora, J.N. (2004). *Enfermedad y Familia. Manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.

- González, I. (2010). Tres reflexiones para hablar de violencia, familias y democracia en México. En: S. Lerner & L. Melgar (Coords.). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: UNAM, PUEG & El Colegio de México.
- Guevara, W. (2004). La codependencia, una forma de convivir con el sufrimiento. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/consejo/boletin48/enpdf/a04.pdf>
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Huenchuán, S. & Saad, P. (2010). Envejecimiento y familia en América Latina: el desafío del cuidado en la edad avanzada. En: S. Lerner & L. Melgar (Coords.). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: UNAM, PUEG & El Colegio de México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). *Panorama de Mujeres contra la Violencia: ENDIREH*. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/socio-demografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2013). *Mujeres y hombres en México 2012*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Encuesta Interestatal 2015*. México: INEGI.
- López, P., Barreto, A., Mendoza, E. M. & del Salto, M. W. A. (2015). Bajo rendimiento académico en estudiantes y disfuncionalidad familiar. MEDISAN, 19.

- Mackinnon, L. (1983). Contrasting Strategic and Milan Therapies. *Family Process*, 22, 425-438.
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Márquez, R. (2009). *Los grupos de Doce Pasos*. Disponible en:
http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=61
- Martins-D'Angelo, R.M. (2011). Codependencia y sus instrumentos de evaluación: un estudio documental. *Avaliação Psicológica*, 10, 139-150.
- Martins-D'Angelo, R.M & Menéndez, C. (2011). Depresión y/o codependencia en mujeres: Necesidad de un diagnóstico diferencial. *Barbarói*, 34, 125-145.
- Medina Mora, M.E., Villatoro, J., Fleiz, C., Téllez, M., Mendoza, L., Romero, M., Gutiérrez, J., Castro, M., Hernández, M., Tena, C., Alvear, C. & Guisa V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Disponible en:
http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/ENA%202011/ena%20completa%20alcohol%20memm2_copia.pdf
- MedlinePlus (1997). *Discapacidad cognitiva*. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001523.htm>
- MedlinePlus (2016). *Crisis epilépticas*. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003200.htm>
- Melgar, L. & Lerner, S. (2010). Introducción. Realidades de las familias en México: diversidades, transformaciones y retos. En: S. Lerner & L. Melgar (Coords.). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: UNAM, PUEG & El Colegio de México.
- Mendenhall, W. (1989). Co-dependency Definitions and Dynamics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 3-17.

- Moreno, A. (2009). *Alcohólicos Anónimos ¿una solución para el alcohólico?*. Disponible en:
http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=6
- Noriega, G. & Ramos, L. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 24, 38-48.
- Ojeda de la Peña, N. (2010). Diversidad en la formación y en la disolución de las familias en México. En: S. Lerner & L. Melgar (Coords.). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: UNAM, PUEG & El Colegio de México.
- Olavarría, J. (2010). Las ¿nuevas? paternidades. La organización del trabajo, la familia y la globalización. En: S. Lerner & L. Melgar (Coords.). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: UNAM, PUEG & El Colegio de México.
- Orphanet. (2011). *Enfermedad de Huntington*. Disponible en: www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=399
- Pérez, A. & Delgado, D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15, 381-387.
- Pinto, B. (2005). *Colisión, colusión y complementariedad en las relaciones conyugales*. Disponible en: <http://ucbconocimiento.ucbcba.edu.bo/index.php/raj/article/view/200/199>
- Red por los Derechos de la Infancia en México. (2005). *Informe Alternativo Temático para el Comité de los Derechos del Niño de la ONU. Rostros del silencio: La jerarquía católica y el abuso sexual infantil en México*. Disponible en:
<http://www.derechosinfancia.org.mx/Documentos/complemento-ia-abusosexualinf.pdf>
- Red por los Derechos de la Infancia en México. (2005). *Informe Alternativo Temático para el Comité de los Derechos del Niño de la ONU. Rostros del silencio: La jerarquía católica*

- y el abuso sexual infantil en México*. Disponible en:
- <http://www.derechosinfancia.org.mx/Documentos/complemento-ia-abusosexualinf.pdf>
- Reséndiz, G. (2012). *La concepción sistémica de la familia* (en prensa).
- Reséndiz, G. (2014). Familias: Procesos y sistemas de significado. *Psicoterapia y familia*, 27(2), 20-28.
- Reyome, N. D. & Ward, K. S. (2007). Self-reported history of childhood maltreatment and codependency in undergraduate nursing students. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 37- 50.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Romo, R., Téllez, Y. & López, J. (2013). *Tendencias de la migración interna en México en el periodo reciente. La situación demográfica de México 2013*. Disponible en:
- http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1734/1/images/5_Tendencias_de_la_migracion_interna_en_Mexico_en_el_periodo_reciente.pdf
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *SciELO*, 29.
- Sánchez, I., Hernández, E.V. & Diez, C.A. (2009). *La Organización de los Grupos de Autoayuda Anónimos*. Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/9-497-7127gls.pdf
- Schwarz, D. (1999). Postmodern ethics and our theories: doing therapy versus being therapists. *Journal of Systemic Therapies*, 18, 18-41.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980a). Hipótesis, Neutralidad y Circularidad. *Family Process*, 19(1).

- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980b). *Paradoja y contraparadoja*.
Barcelona: Paidós.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y Terapia Familiar: Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*.
Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora.
Terapia Psicológica, 31.
- Telfener, U. (2014). La elección clínica entre indecibles e indeterminables. En: M. Bianciardi &
F. Galvez. *Ética y Psicoterapia. Responsabilidad y condición posmoderna*. Santiago de
Chile: Colección Praxis Psicológica, Universidad de Chile.
- Tomm, K. (1987). Entrevista interventiva: Parte II. Las preguntas reflexivas como medio para
activar la autocuración. *Family Process*, 26, 176-183.
- Tomm, K. (1988). Entrevista interventiva: Parte III. ¿Formulando preguntas lineales, circulares,
estratégicas o reflexivas? *Family Process*, 27, 1-15.
- Ugazio, V. (1985). Hypothesis Making: The Milan Approach Revisited. En: Campbell & Draper
(Eds.). *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune
and Stratton.
- Velasco, M.L. & Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas,
historias y creencias)*. México: El Manual Moderno.
- Villalba, C. (1996). *Los Grupos de Apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio
y acompañamiento profesional*. Disponible en:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1996/vol3/arti2.htm>

- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Moreno, M., Oliva, N., Bustos, M., Fregoso, D., Gutiérrez, M.L. & Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35: 447-457.
- Von Foerster, H. (1982). Observing Systems. Seaside. *Intersystems Publications*.
- Watzlawick, P., Jackson, D.D. & Beavin, J. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Whitfield, C. (1989). Co-dependence: Our most common addiction: Some physical, mental, emotional and spiritual perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 19-36.
- Wilson, B. (1970). *Tres Charlas a Sociedades Médicas*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de AA, A.C.
- Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M. (1996). *Beliefs. The heart of healing in families and illness*. New York: Basic Books.
- Yalom, I.D. (1998). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.