



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**UTILIDAD DE LOS DIAGNÓSTICOS:  
ETIQUETAS, LENGUAJE Y SIGNIFICADOS**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

**GUILLERMO JAVIER PREZA CARREÑO**

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ  
COMITÉ TUTORIAL: CEBADA  
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN  
MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA  
COTA  
MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ  
MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ



MÉXICO CD.MX.

2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

*A Vlad*

*Agradecimientos.*

*Sin importar el orden en que aparezcan, todas y todos ustedes son parte fundamental de mi desarrollo profesional y personal, gracias infinitas por la compañía en el camino, sin importar cuánto se alejen ni cuándo se vuelvan a cruzar nuestros senderos, estamos haciendo camino al andar.*

*A:*

*Todas aquéllas personas consultantes que de alguna manera han tocado mi vida y me han permitido tocar la suya y ser copartícipes de procesos de mejora en las vidas y porque sólo con ustedes somos,*

*Mi Tutora Rosario Muñoz por haber creído en mí desde el inicio y brindarme un acompañamiento cálido en este trayecto,*

*Nohemí Díaz por ser una guía durante el proceso de formación y por las conversaciones de género que tanto me abrieron el panorama,*

*Miriam Zavala por la forma en que co-genera acompañamientos y nuevas narraciones que me han ayudado a construirme como terapeuta y persona,*

*Gerardo Reséndiz por presentarme con Bateson y por ayudarme a actuar con irreverencia sistémica,*

*Asunción Valenzuela por ayudarme constantemente a recordar que las diversas visiones terapéuticas dialogan para generar diálogos de utilidad para las personas consultantes y terapeutas consultoras y consultores,*

*Mis hermanas y hermano de maestría*

*Faby porque en los momentos de mayor oscuridad eres una luz que guía,*

*Nara porque la fortaleza viene de lugares insospechados,*

*Yine porque moverse es increíble,*

*Karla porque siempre se puede mejorar,*

*Vian porque reír es importante y nacimos el mismo día,*

*Esther porque la perseverancia da frutos valiosos,*

*Pau porque las conversaciones pueden ir a niveles increíbles,*

*Ulí porque la complicidad, el acompañamiento y el afecto son necesarios para relacionarse,*

*Mi mamá Lyzzón que en todo momento has estado ahí y lo sigues haciendo; por ser Pilar, Acompañante, Mujer, Madre y las mil y una formas que tienes de estar,*

*Mis hermanas Yeni y Nohemí y mi hermano Sayyid (Jimmy) por ser soporte en mi vida, por las conversaciones y los juegos de palabras, por estar,*

*Mis cuñados Beto y David y mi cuñada Ale porque ¡son la buena onda! y también están ahí para conversar,*

*Mis sobris Beto, Eli y Axel porque llenan de luz mis días más oscuros,*

*Sheila por las aventuras, conversaciones, cuestionamientos, helados y todo lo que falta,*

*Eli porque definitivamente seguimos acariciando zorros,*

*Klaudia por todos los momentos, la visión de vida, las conversaciones, el lenguaje, ser, estar, impulsar,*

*Martha, Flavio, Limón, Jaqueline, Nora por colaborar en mi formación y seguir dispuestas y dispuestos para las conversaciones,*

*Di porque aun, de formas muy extrañas, me sigues impulsando a cuestionar,*

*El equipo de terapeutas y docentes de Volcanes, del Guillermo Dávila, a todas esas personas que conocí y que siguieron avanzando y a quienes siguen presentes, por el simple hecho de cruzar caminos,*

*Mi banda chida, Lili, Sara, Cristo, Amanda, Gerardo, César y un muy prolongado etcétera, porque sin importar el tiempo y la distancia seguimos y estamos,*

*Evan Vladimir porque simplemente existes y el chocolate sabe a amor.*

*A todas y todos ustedes, Gracias infinitas.*

## Índice

Introducción	3
1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados	
1.1 De la diversidad y las familias. Características del campo psicosocial.	5
1.2 Del contexto. Principales problemas que presentan las familias.	9
1.3 De la utilidad de la terapia familiar sistémica y posmoderna. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	10
2 Análisis de principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y postmoderna que sustentan los casos presentados.	
2.1 De la terapia familiar.	12
2.2 De los modelos	13
2.2.1 De la Terapia Estratégica.	14
2.2.2 De la Terapia Breve Centrada en Soluciones.	26
3 Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.	
3.1 De las habilidades clínicas terapéuticas.	36
3.1.1 De los casos atendidos.	36
3.1.1.1 Del diagnóstico, los significados y el lenguaje.	40
3.1.1.2 De cómo ser “dos mamás” y lograr colaborar entre sí.	49
3.1.1.3 De cómo ser una buena madre y recuperar las relaciones en el intento.	54
3.1.1.4 De la discusión de los casos	60
3.2 Habilidades de investigación	63
3.2.1 Reporte de investigación cuantitativa	63
3.2.2 Reporte de investigación cualitativa	79
3.2.3 Productos tecnológicos	93
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención comunitaria.	93
3.3.1 Programa de intervención comunitaria	93
3.3.2 Reporte de asistencia y participación en eventos académicos	94
3.4 De las habilidades de compromiso y ética profesional	94
4 Consideraciones finales	

4.1 De las habilidades y competencias profesionales adquiridas.	96
4.2 De la experiencia en la formación.	96
4.3 De las implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.	97
Referencias.	99

## Introducción

En el presente documento se pretende resaltar el trabajo realizado y los conocimientos adquiridos durante el curso de la Maestría en psicología con especialidad en Terapia Familiar y de Pareja con enfoque sistémico y de género. Para tal efecto, el trabajo se divide en 4 apartados y cada uno de ellos en subapartados.

El primero lleva por nombre “Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados”, en éste apartado se leerá respecto de los contextos socioculturales en los que se desarrollan y habitan las personas usuarias de los servicios de atención psicológica que ofrece la Facultad de Psicología campus Ciudad Universitaria, se identifican también aquéllas situaciones que generalmente se consideran problemáticas y la viabilidad de las terapias sistémicas y posmodernas como opción para el abordaje de las mismas.

El segundo apartado lleva por nombre “Análisis de principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y postmoderna que sustentan los casos presentados”, aquí se encontrará un recorrido histórico de la terapia familiar y del desarrollo de las familias con quienes se ha ido trabajando, tal recorrido desembocará en los modelos específicos elegidos por el autor para el abordaje de los casos-ejemplo que más adelante se presentarán, para el presente trabajo se desarrollaron los modelos de intervención de la Terapia Estratégica y la Terapia Breve Centrada en las Soluciones.

Para el tercer apartado que posee el título “Desarrollo y aplicación de competencias profesionales” se hablará en primera instancia de las **Habilidades clínicas terapéuticas** obtenidas ejemplificadas por dos casos que tienen como tema de interconexión el diagnóstico y los significados construidos y co-construidos alrededor del mismo, la discusión de dichos temas se realizará a la luz de los enfoques terapéuticos mencionados anteriormente y el uso del lenguaje para alcanzar la co-construcción de significados más útiles y menos estigmatizantes. En segundo lugar, se encontrarán las **Habilidades de investigación** representadas por los reportes de investigaciones cuantitativa, cualitativa y la aplicación en el mundo por medio de productos tecnológicos. Una tercera división está destinada a las **Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento** donde se encontrarán evidencias de un taller de intervención comunitaria en la parte de enseñanza y asistencia a eventos académicos como manera de difusión del conocimiento. El último



subapartado muestra las habilidades de compromiso y ética profesional fortalecidos durante la formación.

Y el último apartado denominado “Consideraciones finales”, busca la reflexión del autor con respecto de las habilidades y competencias adquiridas, las experiencias dentro del proceso y las implicaciones personales que el proceso de formación trajo consigo.

Espero que las palabras escritas en este documento alcancen su objetivo que es mostrar el trabajo de profesionalización y los movimientos teóricos epistemológicos realizados durante la formación.

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

### 1.1 De la diversidad y las familias.

#### Características del campo psicosocial.

En México las familias se desarrollaron con modelos tradicionales, nucleares y heterosexuales (Ordaz, septiembre 2013), basta con revisar la cartelera del “cine de oro” mexicano donde en pantalla presentaban mujeres/madres/esposas abnegadas, dependientes del hombre que usualmente era “mujeriego y vacilador” (Bartra, 2005)

La realidad social presentaba familias de tres generaciones – o más – en las que los hombres se dedicaban al trabajo y las mujeres a la casa y crianza de los hijos, de esta manera destacando roles de género estereotipados.

La explosión demográfica de los años 80s, las migraciones de zonas rurales a las ciudades, en particular a la Ciudad de México y el crecimiento de la pobreza hacen que el gobierno comience con campañas de control natal con eslogans del tipo “pocos hijos para darles mucho” y “la familia pequeña vive mejor”. Sin dejar la idea de la familia nuclear tradicional.

Los años pasan y las familias cambian. En la actualidad se habla de la pluralidad en las familias pero tal pluralidad y las familias mismas no pueden verse fuera de contextos específicos; desde las propuestas actuales, se pretende mirar desde lo social, lo económico y lo político. El trasfondo de tal propuesta pone el acento en la interacción entre estos macrosistemas que de forma directa e indirecta influyen a las familias y los miembros integrantes de cada una de ellas.

Andersen reconoce como agentes proveedores de los requerimientos de la vida a las familias, el mercado y el estado, estos sistemas distribuyen o asumen la carga social que se les imputa, pero tienden al ideal interaccionista que radica en trabajar conjuntamente para el bienestar de las personas (como se cita en Ordaz, septiembre 2013).

También indica que al darle mayor importancia a alguno de los agentes, se generan regímenes de bienestar entre los que se reconocen tres: acentuando en el estado, se da el socialdemócrata que se reconoce por ser propiamente disfamilista; al puntualizar el mercado, tenemos el liberal que privilegia el poder adquisitivo mercantilista; por último,

resaltando a la familia, se genera el conservador con características preferentemente familistas (Andersen, como se cita en Ordaz, septiembre 2013).

En México, el régimen conservador es el que prevalece, el conflicto aquí radica en la exaltación de la familia nuclear tradicional permitiendo poco espacio para la pluralidad familiar.

A partir de la idea de la familia nuclear tradicional, se esperan también roles de género que empaten con esta visión de la familia donde los hombres tenderían a realizar trabajos remunerados y las mujeres trabajo no remunerado, postura que en la actualidad es sumamente cuestionable.

Debido a los cambios económicos, sociales y políticos que ha sufrido nuestro país a lo largo de los últimos 20 o 30 años y siguiendo la línea de los cambios globales, las mujeres se han incluido en el campo laboral, los hombres en el ámbito familiar y ambos han modificado en mayor o menor medida los roles de género esperados. (Ordaz, Monroy y López, 2013)

Los movimientos sociales y económicos han propiciado que cada vez más mujeres se hagan cargo de las familias a las que pertenecen, de tal manera que los hogares con jefa de familia van en aumento, en el Censo Poblacional de 2010, se contabilizó el 31% del total de hogares (INEGI, 2011).

Las familias cambian y cada vez se reconoce más su pluralidad estructural. Ordaz (septiembre, 2013) y el INEGI (2011) propone una clasificación de familias a partir de los hogares:

En los hogares familiares nucleares se encuentran: pareja sin hijos, biparental sin hijos, nuclear conyugal sin hijos, pareja con hijos, nuclear biparental con hijos, nuclear conyugal con hijos, monoparentales.

Los hogares familiares no nucleares se encuentran los extensos, ampliados y compuestos. Los hogares no familiares están divididos en unipersonales y corresidentes. (Ordaz, septiembre 2013, INEGI, 2011 y Ordaz, Monroy y López, 2010).

Algo más a tomar en consideración para observar la pluralidad familiar, es la cultura que se puede definir como “... *el conjunto de hechos simbólicos presentes en una sociedad. Es la organización social del sentido como pautas de significados históricamente transmitidos y encarnados en formas simbólicas, en virtud de las cuales los individuos se comunican entre*

*sí y comparten sus experiencias, concepciones y creencias*". (Thompson, 1998, pp. 197 como se cita en Rivera, septiembre, 2013)

Hablar de cultura, nos remite inmediatamente a la multiculturalidad, debe considerarse que con los avances tecnológicos y comunicacionales, las culturas cada vez están más cerca unas de otras.

La cercanía cultural en México, permite observar la convivencia de las diversas religiones, idiosincrasias, idiomas y preferencias sexuales, entre otras. (Rivera, septiembre, 2013 y Monroy, septiembre, 2013).

Gómez (2004) introduce otros tipos de familia a las que denomina "*posnucleares*" por formarse de manera distinta a las nucleares. Aquí se reconocen familias monoparentales, reconstituidas, multiétnicas, así como nuevas generaciones de hijos concebidos por vías alternas como la adopción o la reproducción asistida, de tal forma que es riesgoso pensar actualmente como se hacía hace años donde la diferencia generaba enfermedad.

En México, después de varios meses de debate y controversia política y social, el 16 de noviembre de 2006, se aprobó la Ley de Sociedad de Convivencia que abrió la puerta para que las parejas lesbicay se unieran, no pone estas uniones en el nivel de matrimonio, aún así permite, como se lee en el artículo 2º de la Ley para el Distrito Federal, ser reconocidos como un hogar: "*La Sociedad de Convivencia es un acto jurídico bilateral que se constituye, cuando dos personas físicas de diferente o del mismo sexo, mayores de edad y con capacidad jurídica plena, establecen un hogar común, con voluntad de permanencia y de ayuda mutua*" (Ley de sociedad de convivencia del Distrito Federal, 2006)

Meses después de haber sido aprobada la ley en el Distrito Federal, en marzo de 2007 se celebró la primera ceremonia de matrimonio entre parejas del mismo sexo. Dado ese paso, las parejas buscaron la opción de adoptar niños, nuevamente hubo controversia aunque terminó en 2011 con la primer pareja lesbicay en adoptar.

Pareciera que la diversidad familiar se acepta paulatinamente en México, y qué pasa con la diversidad étnica, pareciera que también es muy complicado reconocer que existe una gran cantidad de pueblos originarios<sup>1</sup> con todas las variantes culturales – idioma, costumbres, tradiciones, entre otras – que eso implica.

---

<sup>1</sup> Según Medina (2007), "*los Pueblos Originarios de la Ciudad de México son, simultáneamente, herederos de las antiguas civilizaciones mesoamericanas que ocuparon el mismo espacio, y expresiones contemporáneas de la modernidad mexicana, parte de la rica diversidad que constituye a la nación*".

Debe considerarse también que las políticas públicas no están diseñadas para abarcar todas las necesidades de las personas de los grupos originarios ya que, en su mayoría, están realizadas por personas no pertenecientes a tales grupos, esto puede sesgar la visión de las necesidades de aquellos grupos.

Ante la globalización, se puede pensar en la desaparición de culturas enteras debido a la absorción por otras culturas ya sean locales o foráneas. Aquí juega un papel de suma importancia la identidad étnica ya que una de las funciones familiares es la transmisión de la cultura como ingrediente identitario.

Algunas familias pertenecientes a los grupos originarios rigidizan los límites externos con la finalidad de no perder la identidad étnica (León, recuperado 2013); cabría la pregunta ¿será suficiente el endurecimiento de límites para sobrevivir a la globalización?

Las familias de los pueblos originarios son marginadas en la mayoría de los casos, pareciera que el deseo por lo extranjero hace que la sociedad mexicana vea las características étnicas indeseables, rechaza quizá lo que representa, el origen (Bartra, 2005). Pero, ¿qué pasa cuando dos o más culturas se unen en una familia?, para el 2010 en México el INEGI reportó como residentes extranjeros 957 mil personas (como se cita en Rivera, 2013) de diversos países, por ende, diversas culturas y gran parte de ellos realiza intercambios culturales con los demás habitantes cercanos.

Tales intercambios permean ambas culturas, se van multiculturalizando los individuos y en sumadas ocasiones se unen en familias. Con la unión, los intercambios culturales se vuelven más extensos pero también la resistencia a la fusión de culturas, es donde la heterogeneidad cultural puede convertirse en un problema, estas familias tendrían que desarrollar estrategias de negociación para continuar unidos y que las diferencias sean algo que los una (Lederer y Jackson, 1968).

Las familias son tan diversas como personas pertenecientes a ellas, son sistemas vivos, cambiantes, con características diversas que permiten que la adaptación a lo circundante sea sencilla o complicada, en cualquiera de los casos es compleja la forma en que cada una se mueve, transforma y desarrolla.

Cabe mencionar que en la práctica de la terapia familiar, debemos tomar en consideración todas y cada una de las múltiples variantes que pueden encontrarse alrededor de la familia,

evitar “dar por hecho” asumiendo que la realidad que propiamente construimos, puede ser o no compartida por quienes consultan.

La cultura de la diferencia permitirá entonces construir nuevas realidades en las cuales desplazarse con flexibilidad, de tal forma que las intervenciones realizadas resuenen en las familias consultantes en un marco de respeto por las mismas.

Me es complicado pensar ahora en la existencia de la normatividad rígida como modelo funcional, pienso más en modos diversos de construir realidades acompañados de otros que también construyen realidades, actualmente parece necesario tener un “modelo familiar” a seguir y tal modelo puede ser la diversidad familiar que se presenta.

Como terapeuta familiar, tengo la responsabilidad y el deber de conocer y reconocer las diferencias para convertirlas en herramienta de la labor terapéutica.

## 1.2 Del contexto

Principales problemas que presentan las familias.

Para el presente trabajo, se analizarán procesos de terapia familiar inmersos dentro del contexto del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” que se localiza en las faldas del volcán Xitle. La zona cuenta con nivel de desempleo elevado con actividades variadas de subempleo, carencias de servicios públicos de salud (Valenzuela, 2014 como se cita en Villaloz, 2015).

Gutiérrez (2015) indica que en esta comunidad prevalece la organización tradicional de roles de género donde las mujeres se les otorga y aceptan el papel de cuidadoras y responsables de la crianza de los hijos y a los hombres de proveedores económicos.

Las viviendas se encuentran en asentamientos irregulares con pocas áreas verdes, realizadas con materiales de baja y mediana calidad que en su mayoría son construcciones realizadas por las mismas familias que crecieron conforme la familia se va extendiendo (Valenzuela, 2014 como se cita en Villaloz, 2015) dando lugar a familias multigeneracionales aglutinadas en el mismo terreno (Gutiérrez, 2015) en ocasiones con más de diez integrantes.

Tantas personas en un mismo espacio, que aún estando en terrenos amplios, generan adaptaciones a las viviendas como dividir los pisos para las familias o la construcción de

“cuartos” para los nuevos integrantes, la complicación ocurre cuando los servicios y las condiciones de habitación y convivencia se hacen insuficientes o inapropiadas (Gutiérrez, 2015).

Otras situaciones que aquejan a las familias de la comunidad son alcoholismo, violencias y desorganización en las actividades que se esperaría realice cada miembro de la familia de acuerdo con el ciclo vital de la familia, “algunos de ellos ocupan el lugar que no les corresponde, no hay diferencia, sino un conglomerado donde no hay límites claros” (Gutiérrez, 2015, p. 121),

Minuchin y Fishman (1994) explicarían esto como límites difusos que generan confusión en los roles familiares. Dentro de tal situación, las madres encuentran dificultad en el control de conductas de sus hijos e hijas hasta el punto que parece que ellos son quienes tienen el control. Tal ‘descontrol’ ayuda para que las familias busquen apoyo psicológico para la contención de las conductas de sus hijas e hijos iniciando el proceso para obtener un diagnóstico.

### 1.3 De la utilidad de la terapia familiar sistémica y posmoderna.

La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

Considerando las situaciones a las que previamente se han referido como problemáticas, puede pensarse que el abordaje es realizable desde cualquier perspectiva terapéutica. Las terapias sistémicas son una opción más para realizar esta labor.

Una posible ventaja sobre las otras miradas terapéuticas es la consideración del contexto y la relación de las personas con el mismo, al considerar tal situación, permite distribuir la situación considerada problemática en todo el sistema (Haley 1988; Ochoa, 1995) y de esta manera, alcanzar la solución en conjunto.

Por otro lado, están las miradas posmodernas de la terapia, considerando desde la Terapia de Posibilidades (O’Hanlon, 1999), Terapia Narrativa (White y Epston, 1993), Postura Colaborativa (Anderson, 1997), Terapia Sistémica Relacional de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989) ponen en la mira, además de las familias o personas en terapia, a las personas terapeutas como parte del sistema.

Las terapias posmodernas hacen llamados a la responsabilidad de cada persona integrante del sistema terapéutico y centran los esfuerzos en la co-construcción de posibilidades, narraciones, diálogos que permitan mejores versiones de las personas.



Análisis de principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y postmoderna que sustentan los casos presentados.

## 2.1 De la terapia familiar

La familia es un concepto que se ha ido modificando a través del tiempo. Según Bertrando y Toffanetti (2004), la psicología tomó en consideración a las familias como objeto de abordaje alrededor de los años 50, previo a esto únicamente se hablaba de matrimonio y en algunas aproximaciones terapéuticas, en especial a partir de la religión, de las familias.

Desde la década de los 50, se impulsa la “familia modelo” que hacía referencia a las familias de estadounidenses de clase media alta, dicha concepción consideraba como familia lo que hoy denominamos familia nuclear y estaba integrada por un padre, una madre y los hijos, éste modelo continúa hasta aproximadamente los 80s donde la recesión económica estadounidense propicia que las mujeres se incluyan con mayor participación en el ámbito laboral. (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Durante los 60, se comienza a hablar de la crisis de las familias, simplemente las familias no son lo que solían ser; el movimiento feminista retoma fuerza (Bertrando y Toffanetti, 2004); justo en esta década Salvador Minuchin inicia el modelo estructural de abordaje terapéutico tomando como modelo familiar el propuesto por Talcott Parsons (Parsons y Bales, 1955, citado en Bertrando y Toffanetti, 2004).

El mismo Salvador Minuchin, posteriormente acuñaría una tipología de la familia basándose en la familia nuclear para realizarla aunque en los 80, propone dentro de la clasificación a familias monoparentales (en particular sólo la madre), familias de tres generaciones (extensas) y reconstituidas. (Minuchin y Fishman, 1981)

Los 70 son años en los que la visión feminista aparece por primera vez en publicaciones relacionadas con la familia, también nace el movimiento gay que “*cuestiona la definición de libertad sexual en términos exclusivamente heterosexuales*” (Coontz, 1992 como se cita en Bertrando y Toffanetti, 2004 pp 170)

Considerando tales cambios, la década de los 80, trae consigo la modificación de la estructura familiar favoreciendo el trabajo remunerado de la mujer, esto rompe con la tradicional familia nuclear (que comienza a disminuir estadísticamente) y se abren paso

otras estructuras familiares como la reconstituida, monoparental y parejas sin hijos. (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Permitiendo de esta forma dar un salto en la concepción de familia que en los 90, gestada dentro de un particular clima político, económico y social, acepta nuevas variantes de familia, entre ellas las lésbico-gay y las configuraciones familiares de culturas no occidentales. En este momento se comienza a pensar más que en “la familia“, se prefiere hablar de la pluralidad de “familias” (Fruggeri, 1997 como se cita en Bertrando y Toffanetti, 2004).

De tal forma que la terapia ha respondido desde diversos lugares teóricos, epistemológicos y filosóficos a tales cambios. En este apartado se considerarán dos abordajes: Estratégico y Terapia Breve Centrada en Soluciones.

## 2.2 De los modelos de intervención.

Cabe considerar que los modelos de intervención terapéutica son solamente aproximaciones teóricas, epistemológicas y técnicas que nos llevan a alcanzar los objetivos planteados. La elección de tal o cual modelo está dictada por la formación de la persona terapeuta, su experiencia, afinidad con las ideas y, en el caso de las formaciones profesionales, por el ejercicio de tales visiones a manera de prácticas.

## 2.2.1 De la Terapia Estratégica

### 1. Principios y premisas del modelo estratégico.

La terapia estratégica es definida por Haley (1983) cuando “... *el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema*” p.7

En este enfoque terapéutico, la responsabilidad e iniciativa recaen en mayor medida sobre el terapeuta, de tal forma que debe influir directamente en la gente; debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado y eficacia de la terapia. Haley (1983) reconoce a Milton Erickson como el primer terapeuta estratégico. Erickson consideraba la hipnosis como un tipo de comunicación entre personas que permite el contacto con los recursos propios para hacer frente a situaciones problemáticas del día a día. (Haley, 1980 y González, 2004).

Desde esta perspectiva, el síntoma específico tiene menos importancia que las pautas que los pacientes tienen en común, de tal forma que las conductas puedan calificarse como síntoma psiquiátrico siempre que tenga una fuerte influencia sobre otra persona y que el paciente indique que no puede comportarse de otra forma (Haley, 1989).

La meta de la terapia consiste en modificar la conducta, la respuesta sensorial y la conciencia de otra persona (Haley, 1980), tales metas se definen en aspectos conductuales, fácilmente alcanzables y susceptibles de ser evaluadas por el cliente y el terapeuta (González, 2004), de lo contrario, se puede pensar en un fracaso rotundo.

Si se considera la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1989), la conducta sintomática representa una incongruencia entre el nivel de mensaje y el metacomunicativo. Si esto ocurre por interrelación, es posible lograr el cambio persuadiendo al paciente de modificar su conducta y a quienes le rodean de cambiar el comportamiento hacia él/ella. (Haley, 1989)

Al comunicar algo, las personas realizan maniobras para definir la relación, la contraparte debe aceptarla o rechazarla teniendo tres opciones: validar el mensaje y aceptar la definición de la relación hecha por el otro, responder con otra maniobra para dar una definición propia o aceptar la maniobra calificando el mensaje de aceptación, comunicando que se le concede a la otra persona continuar con su maniobra. En todas las relaciones,

alguno es quien la define y tiene el control sobre lo que se hará, inclusive quien decide no controlar la relación la está definiendo (Haley, 1989).

La definición de las relaciones estables puede darse en dos formas: simétricas y complementarias (Haley, 1989). Esta definición es dinámica ya que varía a lo largo del tiempo. Si en la relación alguien permite o fuerza que otro la defina, está definiendo la relación en un nivel superior como complementaria, dando paso a una relación metacomplementaria (Haley, 1989).

En la terapia también se define la relación terapéutica y si se busca persuadir al consultante, la relación terapéutica debe estar enmarcada en un clima de cooperación por parte del cliente y aceptación de la conducta por el terapeuta, de tal forma que el enfoque se adapta al paciente (O'Hanlon, 1940 como se cita en González, 2004).

Aunque es una terapia hecha a la medida, todos los síntomas se consideran actos comunicativos (Haley, 1988), ya que cualquier conducta comunica (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1989), que ejercen una función dentro de una red de relaciones interpersonales. En el sentido clínico, es una metáfora de que la organización en la que se vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso, cuando la jerarquía es confusa, propicia una lucha de poder que se puede describir como un intento por elaborar las posiciones de la jerarquía dentro de la organización (Haley, 1988 y Madanés, 1982).

Haley (1988 y Minuchin y Fishman 1994) propone revisar el funcionamiento familiar desde la mirada de las jerarquías, considerando las generaciones y las interacciones entre ellas, en particular las coaliciones transgeneracionales ya que si están cristalizadas, la familia comienza a funcionar alrededor de tal configuración. La intervención (Haley, 1988) tenderá a generar una estructura familiar de funcionamiento defectuoso para que posteriormente se acepte una de funcionamiento "normal".

Haley (1988) define a la pareja matrimonial como una triada ya que están en función de la inclusión o exclusión de un tercero, en este sentido, Lederer y Jackson, (1968) y , Minuchin y Fishman, (1994) ya habían hablado de parejas con fantasmas o parejas sin hijos que permiten entrever la idea plasmada por Haley.

Para Madanés, (1982) y Haley, (1988), las parejas debaten el poder de la definición de la misma, una forma de estabilizar la lucha de poder es el diálogo, estrategia donde muchas

parejas fracasan y cuando esto ocurre, suele presentarse un síntoma como forma de poder generando una jerarquía incongruente.

Cuando el síntoma subyace, es un problema y es de relevancia verificar la presentación del mismo: el síntoma en uno de los cónyuges, en el hijo, en una crisis familiar o el matrimonio mismo (Haley, 1988). Tanto el síntoma como el sistema de interacción que se genera, son metáforas de la disfunción familiar y el síntoma es la desafortunada solución a los problemas de la pareja (Madanés, 1982).

Para el terapeuta el problema es organizar a la pareja de tal modo que el poder o la debilidad no giren en torno a la conducta sintomática, de tal forma que el síntoma pueda ser abandonado (Madanés, 1982) para ello, Haley (1988) da guías de lo que debe evitarse al hacer terapia: restar importancia a los problemas de los pacientes, las abstracciones, coaliciones persistentes, debates sobre la vida, hablar innecesariamente del pasado, creer que los problemas son idénticos entre sí, tratar de ser más sabio de lo que se es cuando el terapeuta es joven, dejar objetivos sin formular, obligar a la pareja a formular explícitamente lo que desea uno del otro, que se cristalicen las luchas por el poder, combinar terapias o permitir que se adopten posiciones irreversibles.

Durante la psicoterapia y considerando que se deben modificar conductas, creencias y la forma de comunicación, es de esperarse que las personas generen resistencia al cambio. Desde esta perspectiva, la resistencia es normal y se utilizará a favor de la terapia encaminándola hacia el cambio.

El papel del cliente es activo y el terapeuta se vale de directivas o sugerencias directas: el terapeuta hace requerimientos específicos y claros para evocar una respuesta determinada; e indirectas: la relación entre la sugestión y la respuesta son menos obvias. Éstas últimas, suelen tener mayor eficacia por dar la impresión al cliente de ser quien resuelve el problema sin ayuda del terapeuta. Otra consideración para considerar activo al paciente es el uso de tareas terapéuticas realizadas entre sesiones (González, 2004).

Para que las tareas y las directivas puedan funcionar, debe tomarse en cuenta la resistencia, Erickson la concibe como una expresión de la individualidad del paciente ante la intromisión de las directivas del terapeuta, a partir de la resistencia, se decide que tan indirecta será la intervención (González, 2004).

La resistencia puede clasificarse de dos maneras: no ser suficiente cooperativo y serlo demasiado. Para hacer uso de la resistencia y en pro de la terapia, Haley (1989) propone que ante este fenómeno, se le puede dar una localización física y separarla de la persona, aceptar la resistencia en algunos momentos y en otros no o usar una técnica que se sabe va a fallar para recriminarse a sí mismo por usar esa técnica y adular al paciente, esto con la finalidad de convertir la resistencia en colaboración.

## 2. Estrategias y técnicas de intervención.

Las estrategias de intervención pueden utilizar una o más técnicas, algunas de ellas parecen ser contradictorias y han sido criticadas por parecer faltas de ética, si se considera que la finalidad al utilizar es producir un cambio en los sistemas familiares o de pareja, pueden justificarse.

Ciertamente el modelo se caracteriza por utilizar estrategias que van desde las técnicas completamente directivas como el empleo del espacio y la posición hasta aquellas que rayan en lo absurdo como las ordalías o el aliento de una recaída, que, desde esta perspectiva, lo que se alienta es el cambio. Cabe resaltar que la mayoría de las estrategias busca que la agencia del cambio sea del consultante y no propiamente del terapeuta por lo tanto, es de vital importancia, la forma de vender las intervenciones ya que con eso se puede llegar a un éxito rotundo o al peor de los fracasos en la búsqueda del cambio.

Al trabajar para el cambio, se debe trabajar con la resistencia a favor, por eso tanto Erickson como Haley y Madanés, proponen las estrategias que en este sentido suelen ser útiles en terapia, en la Tabla 1 se presenta un extenso listado de ellas.

Tabla 1. Técnicas terapéuticas.

---

Aliento de la resistencia.	Consiste en ir con el flujo de la resistencia, se utiliza a favor pidiendo al cliente que continúe con la conducta habitual.
Ofrecimiento de una alternativa peor.	Cuando el paciente no coopera, es útil ofrecerle dos alternativas donde una de ellas representa algo que a la persona no le gusta con la finalidad que elija alguna otra cosa. En el cliente será más difícil conservar el problema que renunciar a él.

Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas.	Cuando el cliente resiste las directivas, es posible utilizar analogías o metáforas para encarar el problema. Es una técnica indirecta y busca utilizar el lenguaje del paciente para generar un cambio espontáneo.
Aliento de una recaída.	Siendo la cooperación excesiva un tipo de resistencia, con esto se busca que la persona evite una recaída con la subsecuente desilusión con la terapia.
Frustración de una respuesta para alentarla.	Se pide al cliente realizar una conducta y cuando la presenta, se le interrumpe, con este movimiento se busca que la conducta inhibida se presente.
El empleo del espacio y la posición.	Las personas se orientan con claves visuales y auditivas, la modificación de las claves alteran la orientación de las personas de tal manera que pueden mirar desde otras perspectivas.
Énfasis en lo positivo.	Los y las pacientes cooperan más si se destaca lo positivo, no se minimiza el problema pero se busca algún aspecto de la relación que valga la pena y pueda ampliarse.
Siembra de ideas.	Se puntúa una idea y se construye sobre ella, esto permite utilizarla en otro momento de la terapia.
Ampliación de una desviación.	Se utiliza un pequeño cambio y se amplía. Se produce una crisis que desestabilice el sistema forzándolo a modificarse.
Amnesia y control de la información.	Dar directivas por separado a los miembros de una familia, logra que la sesión juntos se hable específicamente de lo que el terapeuta desea. Se permite el intercambio de cierta información entre los miembros de la familia pero no otra.
Despertar y desenganche.	Busca modificar la conducta de los integrantes de una díada familiar excesivamente intensa.

Evitación de la exploración del sí mismo.	Evitar dar los “porqués” de una conducta.
El ciclo vital de la familia.	La terapia puede ser mejor comprendida si se enmarca en etapas del ciclo vital de la familia.
Trance hipnótico formal.	Estrategias para alterar la pauta del problema presentado.
Hipnosis no formal.	Busca la disposición a atender del cliente para recibir metáforas y anécdotas terapéuticas.
Analogías y reencuadre.	Las analogías buscan hacer una comparación de lo vivido por el paciente con alguna historia, busca llegar al inconsciente para promover el cambio. El reencuadre propone una nueva forma de ver los problemas o los componentes del mismo para que el cliente encuentre una nueva forma de solución.
Tareas paradójicas.	Se asemejan a las conductas habituales de la familia, la diferencia radica en que el terapeuta anima tales conductas en contextos en los que es difícil mantener la prosecución de las conductas mismas y cuando los miembros de la familia las modifican, se acepta el cambio. Los tipos son: Relaciones voluntarias y obligatorias; Culpa y disculpa; El dominio mediante la renuncia del dominio; Juego y seriedad y La prueba penosa en un contexto benévolo.
Tareas para construir habilidades.	Se busca que mediante la realización de ciertas actividades diseñadas por el terapeuta, los clientes pongan en práctica habilidades de reciente adquisición y aquellas que ya tienen pero que han dejado de lado. Tales habilidades tienden a convertirse en parte de la solución del problema.
Ordalías.	El objetivo es asignar tareas que logren que el síntoma sea cada vez más difícil de mantener, Haley (1985) “... si hacemos que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo, esa persona renunciará a su síntoma” p. 16.

Haley, (1983, 1985). y González, (2004).



### 3. El proceso terapéutico.

Por estar situada en las terapias breves, el enfoque estratégico busca centrarse en el aquí y ahora, genera objetivos alcanzables, medibles y observables, de esta manera se logra reducir la cantidad de sesiones utilizables donde pueden solicitarse máximo 20 para alcanzar los objetivos terapéuticos.

Para llegar al éxito, es de suma importancia la definición de la relación terapéutica, situación que se busca alcanzar en la primera sesión de entrevista ya que usualmente se juegan las definiciones que pueden lograr el cambio en las sesiones que se propone la terapia.

Haley (1988) divide la primera entrevista en etapas:

#### Etapa social.

En este primer momento, debe establecerse el clima necesario para que se lleve a cabo la entrevista; el terapeuta se presentará y pedirá información como los nombres y parentescos de las personas que acuden a la sesión, la conversación puede ser de temas banales, durante esta fase, no se permitirá que alguien empiece a comentar el problema. Habrá que tomarse en cuenta el estado de ánimo de la familia ya que a partir de él, la familia puede cooperar en el cambio deseado. Durante esta fase, el terapeuta puede comenzar a generar hipótesis que debe considerar como provisionales y no debe comentarlas con la familia.

#### Etapa de planteo del problema.

Durante esta etapa, el terapeuta debe ayudar a la familia para plantear el problema, esto debe hacerse en conductas medibles y observables. La forma cómo se pregunte por el problema, determinará el éxito o no en lo sucesivo. Las preguntas que se realizan tienen objetivos diversos para recabar información. Es posible que algunos miembros de la familia, no estén enterados del por qué están ahí, cuando esto ocurre, el terapeuta puede iniciar hablando de lo que sabe del caso.

Al transitar de la fase social a la de planteamiento del problema, el terapeuta tiene que decidir a quién preguntar del problema, usualmente quien hace la llamada es quien mayor peso tiene, de tal forma que tendrá mucha información, Haley (1988) recomienda preguntar conforme al nivel jerárquico ya que debe tratarse adecuadamente a la persona que mayor poder de llevar a la familia a terapia tenga, otra recomendación es dirigirse al miembro adulto más desligado del problema.

Cuando en la familia existen niños, puede preferirse dejar para después la conversación con ellos, en particular si es quien la familia identifica como problema; por otra parte, preguntar a un niño pequeño puede ser de utilidad ya que ellos aún no han sido enseñados en el arte de guardar las apariencias. En algunos casos es mejor preguntar sin mirar a alguien *¿quién puede hablar del problema?*, de este modo se identificarán las dinámicas familiares.

En esta etapa el terapeuta sólo escucha la exposición del problema de cada miembro de la familia y exhorta a los miembros a que lo hablen desde la perspectiva de la conducta. Debe evitarse que en este momento existan diálogos o discusiones entre dos o más miembros de la familia, toda la comunicación será a través del terapeuta.

Se debe aprovechar esta interacción para observar la conducta de los integrantes de la familia sin explicar las interpretaciones que se realicen por parte del terapeuta. Haley (1988) propone tres maneras de recopilar información 1) el terapeuta deja que la familia exprese el problema metafóricamente, 2) especificar características específicas de la situación que aqueja a la familia como frecuencia, duración, lugares y personas presentes y 3) el terapeuta pedirá que la familia resuma la situación y definan los cambios deseados.

#### La etapa de interacción.

En esta etapa el terapeuta hará que los miembros de la familia dialoguen entre sí y debe alejarse de la conversación para observar las interacciones. Si un miembro de la familia comienza a estar periférico, se le debe involucrar en el debate. Este es un excelente momento para recabar información con respecto de las secuencias y pautas de conducta así como de la estructura familiar.

#### Definición de los cambios deseados.

En esta parte de la entrevista, el terapeuta debe solicitar a la familia formulen de manera muy clara, los cambios que desean, esto es de suma importancia ya que los objetivos terapéuticos estarán cimentados en tales cambios. Tales objetivos deberán ser expresados en conductas medibles y observables para que se pueda evaluar el alcance de dichos objetivos. En este momento se realiza el contrato terapéutico.

#### Conclusión de la entrevista.

La primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita. Algunos terapeutas también incluyen alguna “tarea para el hogar” (Haley, 1988. p. 58) que servirá como una liga con el terapeuta entre sesiones. Si la familia desea saber la duración de la

terapia, lo mejor es responder “*El menor tiempo que sea posible para resolver los problemas*” o, “*¿Por qué no nos reunimos seis veces, y luego decidimos si se requieren más entrevistas?*” (Haley, 1988. p. 59).

Para el resto de la terapia, Madanés (1982) indica la forma de hacerla, viendo la problemática como una metáfora de la relación impulsa a generar hipótesis acerca de la analogía, realizadas, se pueden emprender tres caminos: cambiar la acción metafórica, suministrar una metáfora para el éxito en vez del fracaso o cambiar la solución metafórica por medio de una ordalía. Para alcanzar el cambio, el terapeuta puede redefinir el problema, especular al respecto de la metáfora y debe lograr que la familia proponga el problema de una manera solucionable haciendo preguntas a la familia que conduzcan a ello.

También hay preguntas que el terapeuta debe hacerse a sí mismo al reflexionar sobre el problema presentado: 1) ¿Cuál es la metáfora expresada por el síntoma? 2) ¿Cuál es el pedido o la orden implícita en la conducta sintomática? 3) ¿Quién es el foco de preocupación de la persona sintomática? 4) ¿Cuál es la ganancia interpersonal que la conducta sintomática brinda a la persona que presenta el síntoma y la familia? 5) ¿Cómo puede mantenerse la conducta de ayuda benevolente o la ganancia interpersonal prescindiendo de la conducta sintomática? 6) ¿De qué manera es dable organizar a los miembros de la familia para que se ayuden de otro modo unos a otros? 7) ¿Cómo es posible restaurar en una familia con hijos una jerarquía única, en la que los padres se hagan cargo de sus hijos? 8) ¿Cómo puede promoverse un vínculo más igualitario en la pareja de cónyuges?

Por otro lado, hay preguntas que llevan a la formulación de una jerarquía: ¿Quién está a cargo de quién en la familia? ¿Quién tiene que pedir permiso a quién, y en qué casos? ¿Cuáles son las reglas que imperan en el hogar? ¿Qué consecuencias trae que se las desobedezca? ¿Qué expectativas abrigan los padres con respecto a sus hijos adolescentes o jóvenes? Necesita determinar quién tiene el poder sobre quién en las siguientes esferas: 1) el manejo del dinero; 2) el empleo del tiempo; 3) el intercambio de información.

Respondidas tales preguntas, permiten al terapeuta formular el problema que no tiene por qué coincidir con la manera en que lo enuncia a la familia. La intención es proporcionar a la familia una definición del problema y una explicación acerca de él que le permita actuar, y al terapeuta, promover un cambio. Para lograrlo, debe planificarse una estrategia tendiente

a resolver el problema, habitualmente consiste en directivas impartidas a la familia que hagan innecesaria la presencia del síntoma. El número de estrategias terapéuticas posibles es igual o mayor que las posibilidades de reformular los problemas (Madanés, 1982)

Posteriormente, debe generarse la instrumentación de la estrategia anticipándose y respondiendo a las objeciones de los miembros de la familia, redefiniendo y reformulando la situación e impartiendo nuevas directivas. Estas se basarán en reformulaciones del problema que se planearán con todo cuidado, dedicando su tiempo y esfuerzo a motivar a la familia para que haga lo que se planeó. Una directiva puede ser una ordalía destinada a disuadir a la persona sintomática de que continúe con su síntoma. Las directivas pueden ser directivas o paradójicas, y ser prescriptas a la persona sintomática para su cumplimiento o bien a un progenitor o cónyuge. Por lo común en una estrategia terapéutica se combinan varias intervenciones; cuando una de ellas no tiene éxito, se intenta otra.

El momento de la terminación de la terapia se da cuando los problemas presentados se han resuelto, el terapeuta procurará desengancharse rápidamente, con la idea de mantenerse en contacto ocasional con la familia y ponerse a su disposición si vuelven a surgir dificultades. Se presume que la terapia introducirá ciertos cambios, y que luego la familia continuará cambiando por su cuenta. También es importante interrumpir la terapia cuando esta ya no es necesaria, ya que lo mejor es que la gente se halle en situación de resolver sus propios problemas y de hacer frente a las dificultades de la vida como persona independiente y no como paciente.

Haley (1989) considera que para que la terapia, debe ser en cierto sentido algo penoso y punitivo, y que la mejor autopunición es aquella que genera algún beneficio en el paciente. Cuando se trata de evaluar la eficacia de la terapia, no sólo debe buscarse la presencia o ausencia de conducta (bits) sino también una evaluación de los cambios ocurridos en el sistema al cual se está adaptando mediante su especial forma de comunicación (Haley, 1988).

#### 4. Postura ética del terapeuta

Durante todo el proceso terapéutico, debe observarse la ética profesional, los profesionales cobramos por un servicio humanitario y el cobro deberá estar medido en costo beneficio para ambos, el cliente quien paga y el profesional que da el servicio. El servicio se brinda dependiendo las necesidades del cliente, en muchas ocasiones pueden divergir de la mirada

del terapeuta ya sea por postura política, por falta de formación o experiencia, o simplemente por no considerarse apto para la relación terapéutica, en tales casos y más, lo mejor debiera ser no ingresar al intercambio de servicio – dinero. (Haley, 1988)

Una frase popular versa “la información es poder” y como terapeutas adquirimos ambas y con esto surgen diversos cuestionamientos desde la mirada de la terapia estratégica, ¿es ético ocultar información proveniente del inconsciente del paciente? desde esta perspectiva, la respuesta es sí en el momento en que ocultar esta información sirve para el cambio y mejora del mismo.

Otro dilema ético se plantea en el trabajo con parejas, la información vertida en la terapia puede marcar una línea entre los miembros de la pareja cuando se oculta o dar la idea de ser un solo ente cuando todo se abre, el terapeuta debería mediar entre estas dos posturas ya que la pareja nunca será uno porque conservan cierto grado de individualidad que no necesariamente propicia la separación. (Haley, 1988)

Lo mismo ocurre en el trazado de límites en las familias, donde deben propiciarse hacia los individuos, los subsistemas familiares y la comunidad sin que esto represente aislarlos totalmente. La postura del terapeuta ante los límites debe ser muy clara ya que no es posible realizar terapia del cambio sin manipular al cliente, de tal forma que debe tenerse muy claro cuál objetivo se está persiguiendo y actuar en consecuencia de ello.

El manejo y resguardo de la información, es un tema que atañe al terapeuta debido a que el material que se vierte en las sesiones, generalmente es privado y por lo tanto confidencial y por ello es obligación tratarla de esa manera; aunque sin importar los dilemas morales que provienen del quehacer terapéutico, es importante considerar que hay circunstancias en las que es necesario informar lo que está sucediendo como: al estar en peligro la vida del paciente, de un tercero o del terapeuta mismo, cuando la información es solicitada por un juez.

Todos los terapeutas forman con el tiempo su postura ética aunque en todo momento observando las pautas generales, en México, existe la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. quienes han dictado un código de ética para los terapeutas familiares que observa varios puntos: la responsabilidad con los pacientes, a saber que se colocan en manos de profesionales; confidencialidad en el manejo de información; capacidad e integridad profesional del terapeuta; cuando se desempeñan labores como formador de

profesionales, se adquieren responsabilidades con los estudiantes, supervisados y otros subordinados; como investigadores se adquieren responsabilidades con otros participantes de las investigaciones; responsabilidad a la profesión; responsabilidad en los arreglos financieros y; responsabilidad ante la forma de publicitar los servicios que proporcionamos. Dentro de algunas relaciones específicas destacan las relaciones amorosas o sexuales con pacientes, supervisados, estudiantes o subordinados; el resguardo de información a menos que un juez lo solicite o peligre la vida de alguien; la constante actualización del terapeuta; publicitar exclusivamente aquellas habilidades con las que se cuente, entre otras.

Además de existir códigos que rigen la ética de los terapeutas familiares, es deber de cada uno proclamarse con una postura que mire hacia el cliente sin perderse de vista a sí mismo y la sociedad en la que se desenvuelve.

A manera de conclusión, el enfoque estratégico puede ser criticado por muchas de las estrategias que utiliza porque parecen estar fuera de la ética aunque si se considera que la postura encamina hacia la mejora de las condiciones problemáticas que presentan los pacientes, parece que se permite flexionar un poco la ética.

El enfoque parte de la idea que existe una lucha por el poder y la jerarquía, esto lo coloca en la normalización de las familias y si bien las posturas normalizadoras hoy día existen, es difícil mantenerse ante la diversidad existente, de tal forma que puede pensarse en el modelo estratégico como útil ante ciertos esquemas de intervención terapéutica y bajo ciertas premisas del terapeuta.

### 2.2.2 De la terapia breve centrada en soluciones (TBCS)

La terapia breve centrada en soluciones (TBCS) parte de las ideas de Bateson, Erickson y del grupo del MRI, particularmente porque se centraron en el tratamiento de conductas observables evitando buscar las causas de tales conductas, pensaban que la introducción de un pequeño cambio en el sistema generaría una diferencia en la forma en que las personas percibían los problemas (Lipchik, 2002).

De Erickson, se consideraron sus principios: unirse al paciente en la situación en que se encuentra y establecer rapport con él; modificar las producciones del paciente y controlar la situación; estructurar la situación para que el cambio vaya de acuerdo con los deseos del paciente (De Shazer, 1987). El método de utilización y los supuestos básicos: sensibilidad, actividad del paciente, centrarse en el presente, buena salud natural y flexibilidad (O'Hanlon, 1999) dieron directrices que ayudan a identificar la postura de los terapeutas que trabajan con TBCS.

El método de la utilización se lleva a la terapia breve porque consiste en utilizar *todo* lo que la persona trae a la consulta, esto es un principio que apoya la muerte de la resistencia propuesto posteriormente por De Shazer (1984, 1987) al puntuar que las personas, más allá de resistir a las intervenciones de los terapeutas, tienen formas diferentes de cooperar en la terapia, llamándolas cooperancia.

También se adquirió, proveniente de Bateson, una mirada ecológica de las situaciones por las que cursan las personas (Lipchik, 2002) y se dejó de pensar en los problemas como la parte medular de la terapia cambiando a las soluciones, buscando aquello que ha funcionado y cómo es que esto funciona (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Una diferencia importante con el enfoque del MRI es que la TBCS pregunta por aquellas cosas que las personas desean que sigan ocurriendo, esto abre la perspectiva a nuevas posibilidades de interacción (Lipchik, 2002) ya que deja de mirarse sólo el problema permitiendo que las personas encuentren que también hay puntos positivos que desean rescatar o permanecer en sus interacciones, al hacer esto, se reconoce como una terapia centrada en el aquí y el ahora, esto impulsa a orientarse hacia el futuro, donde no interesa cómo se generaron o mantienen los problemas sino cómo se resolverán (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Desde la mirada epistemológica, Cade y O'Hanlon (1995) proponen que los problemas *“surgen de la reificación de los marcos de creencias, de los modos de ver la realidad, y de las pautas reiteradas de respuesta que se originan en esos marcos.”* (p. 59), de tal forma que si consideramos que estamos inmersos en marcos de referencia acerca de la realidad, los mismos autores proponen que *“nunca creamos lo que creemos”* (p. 60), de esa manera puede ser posible ampliar los marcos de referencia y por tanto las formas de mirar la realidad.

Esta manera de pensar la realidad, invita a una mirada ecológica donde el observador es parte del sistema y es participante de él, siguiendo las ideas de Bateson (en De Shazer, 1987), Maturana y Varela (en Lipchik, 2002), el cambio ocurre de la perturbación en los marcos referenciales de las personas, se introduce información con la esperanza que sea suficientemente diferente para generar una diferencia que haga diferencia y de esa manera se modifiquen los marcos de referencia para interpretar la realidad.

Las intervenciones que propone la TBCS, están diseñadas para perturbar tales marcos de referencia, esto es porque al intervenir, no se puede asegurar que funcione de tal o cual manera, simplemente se puede esperar que la percepción que el cliente le da a cada intervención, sea suficiente para generar perturbación y esa perturbación dirija al cambio.

Pensar que el mapa no es el territorio, libera la forma de actuar de los terapeutas y permite hacer terapia a la medida, tanto del cliente como del terapeuta, donde las intervenciones se viven como guías más que normas a seguir.

Para identificar las intervenciones y la forma de trabajo de la TBCS, es necesario detectar cuáles son las posturas y premisas que guían a los terapeutas, para tal efecto, se reconocen dos visiones dentro de este enfoque, el propuesto por Steve De Shazer y el desarrollado por Bill O'Hanlon.

Por su lado, en la escuela de Milwaukee, representada por De Shazer, propone la muerte de la resistencia y comienza a hablar de cooperancia, considerándose que cada persona que acude a la terapia quiere cambiar, es por eso que una tarea de los terapeutas es identificar esa manera de cooperar de las personas y utilizarla a favor de la terapia y el cambio (De Shazer, 1984; 1987).

La escuela de Milwaukee propone un mapa central que se desarrolló a partir de la sistematización de las sesiones de terapia (Lipchik, 2002; De Shazer, 2004) que puede



utilizarse como un árbol de decisiones o como guía frente al proceso terapéutico que, como advierte De Shazer (2004), “*en todos los casos el terapeuta es responsable de lo que ocurra durante la sesión*” (p. 109).

La primera sesión de terapia se propone seguir las siguientes líneas:

- Unión.

Durante esta fase, O’Hanlon y Weiner-Davis (1989) proponen la unión que consiste en conversar de cualquier cosa que puede considerarse distinta de aquello que llevó a las personas a terapia, en esta etapa puede conocerse el contexto social, cultural y otros en que los clientes están insertos.

- Identificación del modelo de relación terapeuta – cliente (De Shazer, 2004).

Visitantes: se designa a las personas que no aparentan tener motivo de consulta y que están ahí sólo porque alguien les dijo que fueran o porque le llevaron a la consulta, en particular, a estas personas les resulta útil la interacción con el terapeuta que considera ser lo más simpático posible, estar de parte de la persona entrevistada y buscar lo que funciona.

Demandantes: cuando las personas que acuden tienen expectativas de cambio venido desde el exterior y no de ellas, colaborarán adecuadamente con las tareas de observación. Es alguien que tiene un problema.

Compradores: estas personas están dispuestas a realizar cambios directamente en la forma en que se comportan y se viven como parte de la solución. Es alguien que quiere hacer algo respecto del problema.

Independientemente de la forma en que se catalogue la manera en que cooperan las personas, las relaciones cambian y evolucionan en el transcurso de la terapia.

- Establecimiento del problema.

Según De Shazer (2004), para que la terapia comience, debe fijarse un motivo de consulta, sin importar lo vago o preciso que éste sea, si tal situación no ocurre, es imposible iniciar la conversación terapéutica.

O’Hanlon (1999) plantea el principio de incertidumbre en la terapia, que establece que la forma de interpretar los eventos problemáticos está determinada por la manera en que se observan, esto lleva a la negociación para que el cliente coloque el problema de forma que

se pueda resolver, por medio de la proposición de definiciones nuevas y más aprovechables del problema.

Si el problema no se establece, se utilizan los cumplidos que “*se trata de [hacer] afirmaciones acerca de algo que haya dicho el cliente que puede considerarse útil, eficaz, bueno o divertido. Esto ayuda a facilitar la adaptación entre el cliente y el terapeuta y por ende la cooperación [en la sesión y] la tarea que tienen entre manos*” de forma que se pueda abrir la posibilidad para el establecimiento del problema (De Shazer, 2004) considerando que se establece operacionalmente.

- Desarrollo de la adaptación.

Situación que ocurre como un proceso constante donde las personas alcanzarán la confianza suficiente terapeuta – cliente y viceversa para saber que ellas harán lo que les parezca útil y necesario, se ha visto que al ponerse de parte del cliente y buscar excepciones, se logra de forma relativamente sencilla.

- Búsqueda de excepciones.

Pensando que las situaciones no son problemáticas todo el tiempo y que las personas tienen recursos para solucionar las complicaciones de la vida, seguramente en alguna ocasión han logrado controlar aquello que es problemático, de tal forma que deben buscarse esos momentos para amplificarlos y regresar a la persona el poder de solucionar sus conflictos (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Cuando las excepciones se encuentran, se indaga si el cliente las considera deliberadas, donde la persona conscientemente generó una solución al problema que funcionó ó, espontáneas, donde la cliente no reconoce su participación directa en la solución intentada (De Shazer, 2004).

Tanto en las excepciones deliberadas o las espontáneas, se establecen las diferencias entre los momentos en que el problema ha dominado y cuando las soluciones han funcionado.

Para la búsqueda de excepciones, O’Hanlon y Weiner-Davis (1989) sugieren que por medio de preguntas, se observen 1. Diferencias entre lo usual y la excepción; 2. Agencia personal y control sobre la excepción; 3. Cómo modifica la cotidianidad del problema; 4. Quiénes más notaron la excepción, por qué lo hicieron y qué opinaron; 5. Control del problema

(voluntario o no); 6. Diferencias en las conductas realizadas en la excepción y en el problema; 7. Capacidades en otros contextos diferentes al del problema que puedan ser útiles al enfrentarse al mismo; 8. Recursos del pasado que permitan abrir posibilidades y dar agencia personal en el control de las soluciones.

- Cuando no se encuentran excepciones o estas son vagas

Si esto ocurriera, se busca generar soluciones hipotéticas que ayuden a encontrar excepciones hipotéticas y de esta manera, generar diferencias entre las formas de actuar actuales y las hipotéticas. (De Shazer, 2004, 1995)

Cuando las excepciones son vagas o confusas, se pide realizar la tarea de fórmula para la primera sesión (se describirá más adelante).

Si no hay excepciones reconocibles, se amplía la inspección al marco global de la persona, su mapa del mundo, para comenzar la desconstrucción del mismo.

- Deconstrucción

Ahora, si la construcción del problema es tan concreta que impide ver excepciones, se recurre a la desconstrucción del problema. (De Shazer, 2004)

La desconstrucción apunta hacia los marcos de referencia con que las personas cuentan para interpretar su realidad, por medio de ella, se puede generar duda sobre los abstractos marcos de referencia globales que desemboquen en una situación donde el cliente tenga que describir esas abstracciones en conductas específicas, sentimientos y pensamientos que se aparten del marco global (técnica de la confusión), si, por el contrario, el problema estrecha la visión de las excepciones por estar centrado en una situación o momento preciso de la vida de la cliente, se pueden buscar excepciones fuera de los límites del problema tal como la persona lo describe. (De Shazer, 2004)

De Shazer (2004) opina que “el propósito del terapeuta y el cliente [...] consiste en producir un elemento *indecidible*, un punto focal sobre el cual construir una solución.” Continúa definiendo el *indecidible* “como una intervención desorganizadora que socava el marco global del cliente o por lo menos lo agujerea.” (p. 121).

- Establecer objetivos claros.

Ante la definición del problema y el contraste con las excepciones, se establecen objetivos. Deben plantearse en conductas observables, formularse de la manera más clara posible,

considerarse alcanzables y con cierto grado de dificultad que presente un reto para las personas; es de importancia que se cumplan estas características para que tanto cliente como terapeuta, puedan saber cuándo se hayan alcanzado (De Shazer, 2004; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Cade y O'Hanlon (1995), agregan que los objetivos y la terapia misma, deben ir enfocados al futuro, ya que es en aquello en lo que se va a generar una modificación, de hecho, el lenguaje usado en la TBCS, tiene este componente, al hablar, se hace considerando que el cambio ocurrirá de forma inminente, por ejemplo 'la siguiente vez que nos veamos y me digas lo diferente que es...' esto se piensa porque el cambio no sólo es posible, es inevitable (De Shazer, 1995)

- La pausa.

Momento intermedio en el que la terapeuta conversa con el equipo detrás del espejo (cuando es posible contar con él) e intercambia ideas acerca de la dirección del caso (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; De Shazer, 2004).

- Las prescripciones.

Al regresar de la pausa, usualmente los terapeutas realizan elogios (De Shazer, 2004; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989) que destaquen tendencias positivas de los clientes, que ayuden a alcanzar objetivos y que permitan el cumplimiento de las tareas que a continuación se les darán.

Las tareas son prescripciones que ayuden a las personas a tomar control sobre las situaciones; se diseñan en función de las diferencias encontradas entre las excepciones y el problema y apuntan al alcance de los objetivos.

- Supuestos generales que sigue la TBCS.

Lipchik (2002) y O'Hanlon (1999) proponen que la postura del terapeuta centrado en las soluciones considere las siguientes premisas:

1. Cada cliente es único.
2. Los clientes tienen las fortalezas y recursos inherentes para ayudarse a sí mismos.
3. Nada es totalmente negativo.
4. No hay tal cosa como la resistencia.
5. No se pueden cambiar los clientes, sólo pueden cambiarse a sí mismos.

6. La TBCS va despacio.
7. No hay causa y efecto.
8. Las soluciones no necesariamente tienen que ver con el problema.
9. Las emociones son parte de todos los problemas y todas las soluciones.
10. El cambio es constante e inevitable; un pequeño cambio puede conducir a cambios más grandes.
11. No se puede cambiar el pasado así que uno debe concentrarse en el futuro.
12. Para resolver un problema no hace falta conocer su causa ni su función.
13. Es posible provocar cambios o resolver problemas con rapidez.
14. Lo importante es lo que se puede modificar: debemos centrarnos más en las capacidades que en la patología.
15. Es necesario conseguir que el cliente haga algo.
16. Encontrar una tendencia hacia el cambio positivo y estimularla.
  - Intervenciones.

La TBCS propone realizar intervenciones desde la primera sesión con la finalidad de alcanzar los objetivos terapéuticos. Entre las opciones generales están: 1. Hacer más de lo que funciona; 2. Al azar, hacer más de lo que funciona y; 3. Hacer lo más fácil de lo que podría funcionar.

- Intervenciones en la primera sesión.

O'Hanlon (1999) propone como intervención que se realiza desde la primera entrevista, formular la pregunta *“desde la llamada que hizo para concertar cita y hoy, ¿qué cambios ha notado usted en su situación?”* esto permite a las personas iniciar el camino a la resolución del problema y permiten que se centren en tal solución. Otra forma es acceder a las capacidades de las personas y transferirlas a otros contextos, todas las personas tienen recursos de los cuales pueden echar mano, sólo falta ayudarles a conectar esos recursos aparentemente descontextualizados de la situación problemática con ella para encontrar una solución.

El equipo de Milwaukee también propone tareas de fórmula (De Shazer, 2004; O'Hanlon, 1999):

1. Tarea de fórmula de la primera sesión: El terapeuta le dice al cliente (o clientes) “entre ahora y la próxima vez que nos reunamos, me gustaría que observara todo lo que pueda para que la próxima vez me pueda describir qué aspectos de su (familia, vida, matrimonio, relación) desea usted que se sigan manteniendo”.
2. El terapeuta explica que no sabe cuál será la solución, pero que el cliente debe hacer algo, sea lo que sea, distinto a lo que haya hecho antes en relación con el problema.
3. El terapeuta pide al cliente que preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de (atracarse, beber, gritar a sus hijos, deprimirse, etc., cualquiera que fuere el problema planteado).
4. Cuando un cliente está obsesionado con algún suceso desafortunado (por ejemplo, la ruptura de una relación), se le aconseja que los días impares escriba sobre el tema durante una cantidad determinada de tiempo y que los días pares lea lo que ha escrito y lo quemé después. Si los pensamientos obsesivos se presentan en cualquier otro momento, deberá quitárselos de la cabeza hasta que llegue el momento oportuno.
5. A las parejas o familias que se pelean, se les dice que deberían tener una pelea estructurada en la que cada parte pueda decir lo que tenga que decir durante una cantidad determinada de tiempo sin que nadie le interrumpa. El orden de las intervenciones se echará a suerte mediante un dado o algo similar. Si deciden hacer otra ronda, deberán estar en silencio una cierta cantidad de tiempo antes de empezarla.
  - Para la segunda sesión y subsiguientes.

El equipo de Milwaukee propone comenzar preguntando por la mejoría, en caso de haberla, notar y validar las diferencias entre los cambios y el problema, revisar si los objetivos planteados se han cumplido, en caso de haberlo hecho, se puede pensar que la terapia ha terminado, en caso contrario, se pide hacer más de lo mismo, se utilizan las tareas de fórmula bajo el mismo esquema de prescripción explicado anteriormente y en las siguientes sesiones se siguen los chequeos de mejoría y alcance de objetivos. (De Shazer, 2004; O’Hanlon, 1999).

En caso de no haber mejoría, se revisa la realización de la tarea, en caso negativo, se designa una tarea de observación, quizá la persona aún mantiene una postura de demandante. En caso que la tarea se haya realizado, se realiza la desconstrucción del

modelo del problema y se designa una nueva tarea, ya sea del grupo de tareas de fórmula o que se genera una que permita el desbloqueo para alcanzar objetivos.

Enmarcado y desenmarcado: se busca que el cliente salga de sus marcos de referencia habituales y vea que hay otras formas de significar aquello que está viviendo, para esto, es de suma importancia validar las emociones y pensamientos que se ligarán con los componentes conductuales de la experiencia de la persona (O'Hanlon, 1999).

Intervenir en la pauta: significa modificar las interacciones que rodean al problema, para ello, O'Hanlon (1999) propone: a. Cambiar 1) la frecuencia/ritmo del síntoma o la pauta-síntoma (la pauta que lo rodea); 2) la duración del síntoma o la pauta-síntoma; 3) el momento (del día/la semana/el mes/el año) del síntoma o la pauta-síntoma; 4) la ubicación (en el cuerpo o en el mundo) del síntoma o la pauta-síntoma; 5) la intensidad del síntoma o la pauta-síntoma; 6) alguna otra característica o circunstancia propias del síntoma; 7) la secuencia (el orden) de los acontecimientos que rodean al síntoma; b. Crear un cortocircuito en la secuencia (es decir, un salto desde el principio al final); c. Interrumpir la secuencia, o impedirla de otro modo, en todo o en parte (hacer que «descarrile»); d. Añadirle o sustraerle por lo menos un elemento; e. Fragmentar algún elemento antes unitario en elementos más pequeños; f. Hacer que el síntoma se despliegue sin su pauta; g. Hacer que la pauta-síntoma se despliegue con exclusión del síntoma; h. Invertir la pauta; i. Vincular la aparición de la pauta-síntoma con otra pauta -por lo general, una experiencia indeseada, una actividad evitada, o una meta deseable pero difícil de alcanzar-.

El uso de analogías, metáforas, chistes o historias: permiten que las personas realicen asociaciones de lo escuchado con sus vidas, problemas o las soluciones de los mismos que facilitan la resignificación de los acontecimientos.

La paradoja: en el caso de la TBCS tiene un uso empático y apela a la cooperación, es decir, el terapeuta puede adoptar la postura de la familia, particularmente en casos de pesimismo y cooperar de forma que a la familia no le quede otra posibilidad que hablar de las formas en que puede cambiar (O'Hanlon, 1999; De Shazer, 1999).

Las escalas: son una herramienta útil, permiten ubicar rápidamente al cliente en el avance, la definición del problema o cualquier otra situación donde pueda hacerse notar diferencias. Una intervención característica del modelo es la pregunta del milagro que permite al cliente tener una visión hipotética del futuro cuando el problema no exista, de esta forma se

vislumbran las conductas, pensamientos y sentimientos que la cliente presentará cuando todo se resuelva, de esta manera ayuda a desenredar las confusiones propias de la primera sesión con respecto del problema o de las soluciones.

Tanto las escalas como la pregunta del milagro, son intervenciones que pueden utilizarse cuando la definición de objetivos se torna difícil.

Terapia de posibilidades.

La terapia de posibilidades es propuesta por O'Hanlon (1999) como un avance de la TBCS y está fortalecida por la influencia del pensamiento construccionista. Propone que las conversaciones se centren en la cooperación; búsqueda de cambios y diferencias; búsqueda de aptitudes y capacidades; en las posibilidades, búsqueda de objetivos y resultados y en la responsabilidad personal. *“La terapia de posibilidades es un método que permite validar y valorar al cliente como persona, con todas sus experiencias y realidades pasadas y presentes, y que le invita a cambiar mediante la creación conjunta de nuevos relatos y la apertura de nuevas posibilidades de acción. El objetivo final es aumentar la confianza en sí mismo del cliente, recordarle que tiene recursos y capacidades”* (p. 213).

Conclusiones.

Particularmente esta manera de intervención me agrada porque permite tanto a los clientes como a las terapeutas ampliar las posibilidades y tener una visión positiva sin que eso represente la minimización de los problemas que las personas pueden estar experimentando.

Las estrategias de intervención me parecen sencillas y con grado de dificultad elevado en la aplicación, esto es, lo sencillo es más complejo porque no se realiza sin ton ni son, sino que deben tenerse en cuenta varios factores para la utilización de cada una de ellas.

Por otro lado, los supuestos en que se basa la terapia, ayuda a mirar a las clientes como personas con recursos y capacidades que les permiten resolver los problemas sin necesidad de la terapia misma, hacer terapia pensando en esto ayuda a ver a la gente como capaz de valerse por sí misma y así disminuir la duración de la terapia.

Debido a la visión, es posible aplicar en cualquier problemática que las personas presenten en terapia, desde los ámbitos sexuales hasta la violencia y eso es algo que me ha agradado bastante.



## Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

### 3.1. De las habilidades clínicas terapéuticas

Durante la formación como terapeuta familiar, se recibe además de una vasta cantidad de teoría, espacios de importancia para la práctica terapéutica, de tal manera que al finalizar la maestría, se tenga suficiente práctica como terapeutas para tener las herramientas de trabajo en el mundo exterior al académico.

Para tal efecto se trabaja en diversos contextos terapéuticos pertenecientes a la Facultad de Psicología.

#### 3.1.1 De los casos atendidos

Dentro de los contextos de práctica de la Facultad están el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” que depende directamente de la facultad y se encuentra dentro del campus de Ciudad Universitaria. Hay otros centros de atención psicológica que pertenecen a la Facultad de Psicología y que se encuentran fuera de sus instalaciones, donde hice intervenciones terapéuticas son el Centro comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro” en la delegación Coyoacán y el Centro comunitario “Los Volcanes” en la delegación Tlalpan.

Para efectos de colaboración en las supervisiones y co-visiones como terapeutas, se consideraron las modalidades Terapeuta, Coterapeuta y Equipo terapéutico. La primera modalidad significa que sólo hay una persona terapeuta al frente del caso, en varias ocasiones acompañada del equipo terapéutico. La modalidad coterapeuta es cuando dos o más terapeutas están directamente trabajando con las personas en la sala de terapia. Como equipo terapéutico, las demás personas terapeutas se convierten en observadoras para dar retroalimentación a quien esté en la sala frente a las personas, también se responsabilizan de seguir los procesos terapéuticos tanto de las personas como de las demás terapeutas y por último, está la responsabilidad de apoyar en los procesos terapéuticos, bien sea con intervenciones, apoyo emocional o cualquier otro tipo de apoyo en el proceso de formación como terapeutas.

A continuación se presenta un cuadro que representa la cantidad de casos y temas que abordé en la modalidad Terapeuta y Coterapeuta durante el proceso de formación como terapeuta, de el cúmulo de casos atendidos se desprenderán aquellos que ejemplificarán las habilidades clínicas adquiridas.

Cuadro 1 Casos atendidos durante la formación

Caso	Terapeuta/s	Modelo	Sede	Participación	No. sesiones	Motivo de consulta	Supervisora
Familiar	Fabiola Ordaz y Guillermo Preza	Estratégico	C. C. Dr. Julian Mcgregor y Sanchez Navarro	Coterapeuta	8	TDAH	Marha Zamudio
Familiar	Fabiola Ordaz y Guillermo Preza	Estructural-estratégico	C. C. Los Volcanes	Coterapeuta	6	inseguridad e infidelidad	Rosario Muñoz
Pareja	Fabiola Ordaz y Guillermo Preza	Estructural-estratégico	C. C. Los Volcanes	Coterapeuta	6	inseguridad e infidelidad	Rosario Muñoz
Individual	Carolina López y Guillermo Preza	Soluciones	C. C. Los Volcanes	Coterapeuta	7	Depresión y rompimiento de relación de pareja	Rosario Muñoz
Pareja	Guillermo Preza	Integración de modelos	C. C. Los Volcanes	Terapeuta	14	Violencia familiar	Rosario Muñoz
Familiar	Guillermo Preza	Integración de modelos	C. C. Los Volcanes	Terapeuta	10	Duelo familiar por muerte del padre	Rosario Muñoz
Familiar	Guillermo Preza	Integración de modelos	C. C. Los Volcanes	Terapeuta	3	Duelo familiar por muerte de la madre	Rosario Muñoz
Individual	Guillermo Preza	Soluciones	C. C. Los Volcanes	Terapeuta	8	Ajuste familiar y personal	Rosario Muñoz
Familiar	Guillermo Preza	Estratégico	C. C. Los Volcanes	Terapeuta	1	Cutting	Rosario Muñoz
Familiar	Guillermo Preza	Soluciones	C. C. Los Volcanes	Terapeuta	5	Conducta inadecuada del hijo y falta de comunicación en la pareja	Rosario Muñoz
Familiar	Guillermo Preza	Integración de modelos	C. C. Los Volcanes	Terapeuta	2	Consumo de mariguana	Rosario Muñoz
Familiar	Guillermo Preza	Integración de modelos	C. C. Los Volcanes	Terapeuta	6	Separación del grupo familiar de la hija	Rosario Muñoz
Individual	Guillermo Preza	Integración de modelos	C. C. Los Volcanes	Terapeuta	3	Violencia familiar	Rosario Muñoz
Pareja	Victoria Vie y Guillermo Preza	Soluciones	C. C. Los Volcanes	Coterapeuta	6	Depresión	Rosario Muñoz

Cuadro 1 Casos atendidos durante la formación (Continuación)

Familiar	Guillermo Preza	Soluciones	C. C. Los Volcanes	Terapeuta	6	Conducta inadecuada del hijo	Rosario Muñoz
Individual	Fernando Monjardin y Guillermo Preza	Integración de modelos	C. C. Los Volcanes	Coterapeuta	2	Violencia familiar	Rosario Muñoz
Familiar	Anaid Casas y Guillermo Preza	Integración de modelos	C. C. Los Volcanes	Coterapeuta	8	Violencia familiar	Rosario Muñoz
Familiar	Guillermo Preza	Milán	C. S. P. Dr. Guillermo Dávila	Terapeuta	12	Conducta inadecuada del hijo y falta de comunicación en la pareja	Carolina Díaz
Familiar	Guillermo Preza	Narrativa	C. S. P. Dr. Guillermo Dávila	Terapeuta	12	Problemas de adaptación y comunicación en la familia	Nora Rentería
Familiar	Guillermo Preza	Sistémico dialógico	C. S. P. Dr. Guillermo Dávila	Terapeuta	2	Conducta inadecuada del hijo y falta de comunicación en la pareja	Gerardo Resendiz
Familiar	Karla Nohemí y Guillermo Preza	Integración de modelos	C. S. P. Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	10	Violencia familiar	Noemí Díaz
Pareja	Karla Nohemí y Guillermo Preza	Integración de modelos	C. S. P. Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	7	Violencia familiar	Noemí Díaz
Familiar	Ulises Martínez, Paulina Lecanda, Vianey Mendez y Guillermo Preza	Soluciones	C. S. P. Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	6	Divorcio de la pareja y violencia familiar	Miriam Zavala

A manera de introducción.

Como puede notarse en el Cuadro 1 de casos atendidos durante la formación, hay una variedad de temas que pueden utilizarse para la ejemplificación deseada, aún así y por motivos de interés personal, he decidido centrarme en dos casos que tienen que ver con el diagnóstico de TDAH en niños.

El deseo de resaltar tal tema es por la postura personal frente al diagnóstico, especialmente en niños y niñas que está más cercano de las ideas de la antipsiquiatría, en particular considero que los diagnósticos psiquiátricos requieren de un estudio de neuroimagen o perfil de neurotransmisores para justificar el uso (irracional en varios casos) de medicamentos para controlar conductas que, en algunos casos, puede resolverse con cambios en el tipo de relación entre los miembros de la familia.

Por otro lado, en general el diagnóstico psicológico/psiquiátrico está rodeado de significados negativos y estigmatizantes, tanto que coloquialmente se escucha decir a las personas que “quienes van al psicólogo es porque están locos” y esto se hace en tono despectivo, peyorativo y descalificador. Por otro lado, tocaré el uso del lenguaje verbal para deconstruir tales significados y co-construir algunos más útiles, pasando por el uso de los diagnósticos por parte de algunas personas profesionales de la salud mental.

### 3.1.1.1 Del diagnóstico, los significados y el lenguaje.

Si pensamos en la raíz etimológica de la palabra diagnóstico, puede entenderse como un ‘distintivo’, ‘que permite distinguir’, ‘comprender’, ‘darse cuenta’, ‘saber’ y ‘determinar’ la naturaleza de una enfermedad, esto mediante el examen de sus signos y síntomas. (Real Academia Española, 2016 y Camacho, 2006).

Lo anterior nos coloca en la necesidad de ‘descubrir’ y ‘etiquetar’ aquello que está ocurriendo. Para Anderson “los diagnósticos, [...] son significados socialmente construidos dispuestos por la cultura profesional dominante. Un diagnóstico es un acuerdo en el lenguaje que da sentido en alguna forma a algún comportamiento o evento.” (Gergen, Hoffman, Anderson, 2006, p.6).

Desde una visión médica, en psicología y psiquiatría, los diagnósticos se establecen a partir de los signos y síntomas. Por lo general se denomina síntomas a aquellos datos que las personas refieren y no pueden ser observados directamente por otras personas, son las descripciones subjetivas que da el paciente, tal como la sensación de vacío o el desagrado por ejemplo, y signos son aquellas conductas observables que no necesitan del relato de la persona y pueden ser percibidos directamente por otras personas, por ejemplo el llanto o la sudoración excesiva. (Camacho, 2006; Sadock y Sadock, 2010).

Para efecto de diagnosticar, se han realizado manuales que compendian las entidades nosológicas psiquiátricas, los dos utilizados en México son la Clasificación Internacional de Enfermedades en la décima edición (CIE-10) avalado por la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en la quinta edición (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Ambos manuales buscan dar una guía a las profesionales de la salud en el momento de diagnosticar, esto también busca que la comunicación entre personal de la salud sea lo más eficaz posible.

Con respecto de los diagnósticos, hay dos miradas a considerar; la primera que es la perspectiva médica, busca la especialización en el mismo. La mirada de la terapia construccionista propone que los diagnósticos sean una posibilidad más para las personas en la manera de organizar sus mundos.

Desde la postura médica que busca la especialización, desde 1938 Con la publicación del *Manual de Psiquiatría e Higiene Mental* (Rosanoff, 1938 como se cita en Gergen, Hoffman y Anderson, 2006) se reconocieron unos 40 trastornos psicógenos inicia una carrera de manuales de diagnóstico psiquiátrico. En 1952, con la publicación del primer *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1952), se identificaron de 50 a 60 trastornos psicógenos diferentes. En 1987 el manual había tenido tres revisiones. Con la publicación del *DSM-III-R* (APA, 1987) el número de enfermedades reconocidas creció a 200. El *DSM-IV* tiene un listado que ronda 250 (APA, 1994) y en 2013 se publicó el DSM-5 (APA, 2014) con alrededor de 300 diagnósticos mas los problemas de relación que sobrepasan 100.

Puede notarse que los diagnósticos posibles van en aumento, quizá por lo especializado y minucioso del mismo. Debe considerarse que los diagnósticos fungen como una manera de comunicación entre profesionales de la salud, de tal manera que no sea necesario describir

más las características de comportamiento que presentan las personas sino que sólo con la etiqueta diagnóstica puede complementarse el tratamiento a prescribir, cerrándose con esto la posibilidad del consultante de ser partícipe de su diagnóstico.

En México, en diciembre de 2001, dentro del Plan Nacional de Desarrollo dentro de la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*, se desarrolla la Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes. En tal documento se plasman 10 derechos fundamentales, el tercero se lee:

*“Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.*

*La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.” p.10 (Secretaría de Salud, 2001)*

Y el cuarto derecho:

*“Decidir libremente sobre su atención.*

*La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.” p. 11. (Secretaría de Salud, 2001)*

En el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica (2014) indica en los artículos 29 *“Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.”* y 30 *“El responsable del establecimiento estará obligado a proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, cuando lo soliciten, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento.”* p. 9

El artículo 80 del mismo reglamento indica que los prestadores de servicios deben informar a las usuarias con respecto de sus diagnósticos y en un párrafo adicionado en el 2013 indica que *“Una vez que el usuario cuente con un diagnóstico, se expresará de manera clara y precisa el tipo de padecimiento de que se trate y sus posibles tratamientos, riesgos y secuelas.”* p. 14.

Si bien, lo anterior puede interpretarse como una forma de resaltar la relación entre el personal de la salud / consultante / diagnóstico, no se habla de la co-construcción del diagnóstico debido a que sólo mira la salud física. Con respecto de los diagnósticos psiquiátricos / psicológicos no parece marcar una diferencia significativa aún cuando sí la hay.

La terapia construccionista, ve al conocimiento como socialmente creado, de tal forma que conocimiento y conocedores son interdependientes, por ello, tiene sentido incluir al consultante en el proceso diagnóstico. “Esto traslada al diagnóstico desde la esfera del discurso privado a una indagación compartida en la cual el diagnóstico se convierte en un proceso de descubrimiento mutuo.” (Gergen, Hoffman, Anderson, 2006), al compartir el diagnóstico y la construcción del mismo, las consultantes se involucran en la creación de sus propios diagnósticos e ideas respecto del tratamiento.

Anderson (Gergen, Hoffman, Anderson, 2006) piensa que la naturaleza humana que está vinculada a la cultura, nos obliga a querer saber lo que está mal, a tener un nombre para un problema, es decir, un diagnóstico. Gracias a la ayuda de los medios de comunicación, el lenguaje diagnóstico y los tratamientos preferidos han trascendido al dominio público. Los consultantes o las personas cercanas realizan diagnósticos informales, por ejemplo, las educadoras dicen a los padres y madres que su hijo o hija tiene ‘hiperactividad’ o ‘déficit de atención’, también es común que las personas digan a otras que están deprimidas, ansiosas o bipolares.

Bruner (1990; Efran, Lukens y Lukens, 1994) observa que la sociedad es quien da significados a las conductas, tomando las intencionalidades – que se encuentran en el mundo de lo personal – como subyacentes para la interpretación, misma que es realizada por la sociedad circundante, de éste modo, cualesquiera que estos diagnósticos sean, oficiales y no oficiales, a menudo concretizan identidades que limitan a las personas, y forman obstáculos para definiciones del sí mismo más útiles y liberadoras (Anderson, 1992).

En este sentido, Gergen y McNamee (2000; Efran, Lukens y Lukens, 1994) consideran el diagnóstico como una invitación a patrones de estigmatizar, culpar, deteriorar las relaciones y desempoderar a las personas; tal invitación ocurre desde la visión de lo “normal” ya que



alguien a quien se ha etiquetado con un diagnóstico sale del mundo de la “normalidad” e ingresa al mundo de la enfermedad.

La enfermedad tiene calidad de incapacitante y minusvalidadora, de tal forma que al recibir un diagnóstico no solamente se recibe una categorización sino que está acompañada de significados individuales y sociales que “estigmatizan” a las personas (Bruner, 1990).

Al estigmatizarse por la etiqueta diagnóstica, las personas pueden preguntarse qué de malo hay en ellos, cómo es que esto les ocurrió, tratan de dar explicaciones y se aíslan de las relaciones generando así culpa por los comportamientos que además es apoyada por los otros y otras, tal interacción ayuda a que la relación sea distante, culpígena, deteriorada; el deterioro inicia cuando el diagnóstico se coloca dentro de la persona, es ella quien está enferma e ingresa a los programas de tratamiento para liberarla de su mal, mientras que su grupo cercano, es enviado a grupos diferentes, de esta manera se olvida el poder de la comunidad. (Gergen, Hoffman, Anderson, 2006; Gergen y McNamee, 2000; Boscolo y Cecchin, Hoffman y Penn 1989; Bruner, 1990; Efran, Lukens y Lukens, 1994).

Por otro lado, al considerarse “enfermas” algunas personas “se ponen en manos de la profesional de la salud”, esto significa que pierden la capacidad de elección y decisión, esto las desempodera al mismo tiempo que le otorga mucho poder al terapeuta que puede caer en el juego de poder y tomar decisiones que le corresponderían a las personas, tal como aceptar o no el diagnóstico (Gergen y McNamee, 2000; Boscolo y Cecchin, Hoffman y Penn 1989).

Entonces surge la pregunta ¿qué hacer con los diagnósticos? La propuesta de diversos autores (Gergen, Hoffman, Anderson, 2006; Gergen y McNamee, 2000; O’Hanlon, 1999) es que se haga partícipe a las personas consultantes del mismo proceso, dialogándolo y co-construyendo los procesos terapéuticos.

Lo anterior significaría dejar a un lado el efímero poder que se nos otorga por parte de las personas consultantes y tratarlos como expertos en su vida y en lo que les ocurre, en esta línea de ideas Anderson (Gergen, Hoffman, Anderson, 2006) se pregunta si ¿es necesario hacer un diagnóstico?, me sumo a esta pregunta porque al haber co-construido una convención de lo que ocurre y qué hacer, parece innecesario etiquetar y entraríamos más en la posición de actuar.

Si bien los diagnósticos son una forma de comunicación entre profesionales y por ello se convierten en una forma útil dentro de tal contexto, también ha logrado traspasar a otros contextos en los que se utiliza como una etiqueta negativa; en palabras de un consultante cuando conversábamos del diagnóstico que le habían otorgado dijo: “eso que me dijeron me hizo sentir más enfermo y a la vez me dio fuerza para enfrentar lo que me está pasando”.

Desde la posición de la sociedad, se considera que las personas ‘deben tener’ un diagnóstico que les facilite el trato con las personas ‘psicológicamente enfermas’, por ejemplo, es posible leer o escuchar de las y los docentes de educación básica: “...denos recomendaciones para saber cómo tratar a Pedro”; entonces Pedro entra en una categoría distinta de los y las demás compañeras en el colegio que genera, en algunos casos, segregación.

He dicho que los diagnósticos traspasan el campo de lo clínico hacia lo cotidiano-social, de tal manera que puede escucharse a las personas decir “...el hijo de Lupe es bien hiperactivo”, “... le cuestan trabajo las tablas porque tiene un trastorno de atención”, “Eres bien bipolar porque primero te ríes y luego te enojas”; esto último lo comentó una consultante que lo tomó como una ofensa porque para ella eso es una enfermedad que no tiene cura y ella no está enferma.

Todas estas formas de hablar de los diagnósticos y de los significados de los mismos, ayudan a pensar que en terapia tales significados deben deconstruirse ya que, en la mayoría de los casos, el contexto que representa la enfermedad tiene una connotación negativa. Recuerdo el caso de un adolescente que asistió a terapia por riñas en la escuela, en la última sesión comentó “...la orientadora me dijo que ya estoy bien –dirigiéndose a su madre- ¿ves?, ¡ya estoy curado! No necesito venir más”

Entonces, ¿cuál es el papel del lenguaje para la deconstrucción de los significados que se construyen alrededor del diagnóstico?

Si consideramos lo que el equipo de Palo Alto, California informó con respecto de la comunicación, podemos entender el lenguaje en dos niveles, analógico y digital (Watzlawick, 1989) donde en el analógico encontramos el contexto del mensaje y el digital es el texto del mensaje.

Esta distinción es útil si consideramos que los significados se construyen en contexto social en que se desenvuelven las personas (Bruner, 1990) de tal manera que, para deconstruir y reencuadrar los significados, puede pensarse útil modificar o ampliar el contexto cultural del mismo.

Aún cuando la deconstrucción del significado que se otorga al diagnóstico puede realizarse de diversas maneras, yo he elegido el uso del lenguaje que propone la Terapia Breve Centrada en Soluciones ya que me parece posibilitador y facilitador del cambio.

El lenguaje en esta mirada de la terapia es llamado presuposicional ya que considera que el cambio es un hecho y que las personas han realizado y/o están realizando “algo” para realizarlo (DeShazer, 1987). Con esta idea como brújula, es común realizar preguntas o intervenciones del tipo “...desde que hizo la llamada hasta el día de hoy, ¿qué ha cambiado?” (DeShazer, 1987; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989), “La siguiente sesión, ¿qué avances nos dirás que tuviste?”, “en el momento en que el problema no exista más, ¿cómo te estarás comportando?, ¿qué cosas diferentes estarás haciendo?”, “...imagina que te digo que su diagnóstico es TDAH, ¿qué harás al llegar a casa? ¿cómo te comportarás con él?” entre un conjunto de preguntas que van dirigidas a hacer notar que el cambio a mejor es inminente.

Ahora, se ha dicho que el lenguaje construye realidades, si es así, ¿cuáles significados y realidades se co-construyen en torno a los diagnósticos cuando se utiliza el lenguaje presuposicional?

Para responder esta pregunta, cabe mencionar dos aspectos importantes de la terapia. lo primero es aquello que dictaba Erickson “el inconsciente es sabio” refiriéndose que las personas contamos con un filtro para elegir qué nos es útil y qué no; por lo tanto, todo lo que se diga en terapia será filtrado de esta manera y ocurrirá considerando los marcos contextuales de referencia que cada persona trae consigo (O’Hanlon y Weinwe-Davis, 1989) y que permite dar significados en su propio contexto.

El segundo aspecto es que, en la relación terapéutica, todas las personas incluidas en ella son responsables de lo que ocurre en tal relación; si pensamos que en la mayoría de los casos la terapia es dialógica (Bertrando, 2011; Anderson, 1997; White, 2007) entonces cada persona es responsable de lo que pone tanto analógica como digitalmente en el contexto terapéutico.

Esta responsabilidad se asume en lo que se dice y cómo se dice, sin embargo, hay que explorar la forma en cómo las otras personas lo entienden y significan (Efran, Lukens y Lukens, 1994). Si cada parte del sistema terapéutico asume sus responsabilidades, la probabilidad de éxito es elevada, aquí es útil la postura colaborativa que propone Anderson (1997) donde la terapia es un encuentro entre personas expertas, por un lado el o la terapeuta quien es experta en las conversaciones y las preguntas y por otro, las personas consultantes quienes son expertas en sus vidas.

Así, de las conversaciones ocurridas en la terapia, se deconstruyen, se amoldan y amasan para al final co-construir las ideas, significados y marcos de referencia tanto de las personas consultantes como de las personas terapeutas. ¿Desde dónde pensamos lo que pensamos? ¿quiénes estarían de acuerdo o en desacuerdo con esas ideas? ¿cuál ha sido la utilidad de ellas? ¿en cuáles contextos? ¿siguen siendo útiles actualmente? ¿cuáles partes sí y cuáles no? ¿en dónde ya no es útil? ¿cuáles alternativas hay para hacer algo distinto? ¿desde cuál lugar cultural/social se puede situar ahora? ¿cuáles son las formas de estar diferente que permite esta nueva postura? ¿qué se hará diferente de ahora en adelante? Todas esas preguntas y muchas más son invitaciones a co-construir nuevas realidades y significados, para White y Epston (1993), O'Hanlon (1999) y DeShazer (2004) significa generar nuevas narraciones, más posibilidades y momentos en que se activan las opciones opuestas de definirse.

En este punto, retomamos la pregunta previa ¿cuáles significados y realidades se co-construyen en torno a los diagnósticos cuando se utiliza el lenguaje presuposicional?

En caso que un diagnóstico exista previamente y tenga significados negativos, la deconstrucción de los mismos se torna de mayor importancia para el avance en el proceso terapéutico. Si el diagnóstico es algo que las personas consultantes solicitan, al margen de alguna institución o situación de riesgo, vale tomarse el tiempo para establecer la utilidad y los significados que esas personas están colocando en el mismo, en tal caso, como proponen Gergen, Hoffman y Anderson (2006), se puede co-construir el diagnóstico considerando a las personas como partícipes.

Si no hay diagnóstico y tampoco es necesario puede decidirse en conjunto con las personas consultantes, evitar la etiqueta diagnóstica, pensando desde las ideas que se han ido desarrollando, puede decirse entonces que tales etiquetas pueden ser de lo menos

importante en esta modalidad de terapia ya que la atención se centra en las situaciones que están funcionando para que las personas vayan a mejor.

Así, al dejar de mirar los diagnósticos como el único camino viable para la realización de la terapia, es posible abrir las posibilidades de mejora de las situaciones que se han construido como problemáticas en el contexto de las familias o personas consultantes.



desobediente” de Isra. Ambas eligieron trabajar lo sucedido con el gato aunque no era clara la manera en que eso ocurriría, adicionalmente Mari dijo que también le era importante trabajar la forma de poner reglas y límites con sus hijos. Siendo ésta última una problemática que puede solucionarse, se fijó como meta terapéutica ‘poner límites y reglas claras y congruentes con Isra, para lograr de esa manera que les obedezca a ambas’.

Siguiendo a Haley (1988). La problemática presentada debe examinarse en función de la jerarquía y secuencia vigentes que hacen que los individuos se comporten de la manera en que lo hacen. La familia debe organizarse jerárquicamente elaborando reglas sobre quiénes tendrán más estatus y poder y quiénes ocuparán un nivel secundario. La manifestación de síntomas por parte de Isra podría ser señal de que la organización en que vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso.

Hay una secuencia trigeracional, en donde intervienen la abuela (Lulú), la madre (Mari) y el paciente identificado (Isra). Aparentemente la abuela y la madre se encuentran en una lucha por el poder jerárquico que les da ser madres, ambas definen a la otra y a sí mismas como gritonas, regañonas y poco pacientes.

Mari es definida por Lulú como una madre ocupada con el trabajo, que no le presta suficiente atención y cuidado a sus hijos y que utiliza castigos que no cumple. A la vez, Mari mira a Lulú como consentidora de los niños, que le suele llevar la contraria, exagerada y descalificadora. Al corroborarse mutuamente estas posturas, es fácil para ellas descalificar los intentos individuales que hacen para solucionar el problema.

Las soluciones que ambas han aprendido e intentado son: regañar, gritar, pegar, castigar quitando juguetes y hablar con él. Refieren que ninguna ha funcionado porque la mayoría de las veces ellas terminan peleando porque no les parece la forma en que lo hace la otra. Cuando intentan hablar entre ellas, terminan peleando y prefieren distanciarse sin resolver el problema.

Entonces, el ciclo que retroalimenta el problema se puede puntuar de la siguiente manera: Isra rompe una regla, Mari o Lulú le gritan o regañan entonces la otra comienza una discusión con la primera porque no le parece que le grite o regañe de esa manera a Isra (todo esto frente a él), entonces Isra se cobija bajo la protección de la segunda que ha descalificado a la primera, posteriormente la discusión continúa entre ambas mujeres que ahora se enfrascan en una lucha por tener la razón dejando de lado la conducta de Isra quien

finalmente queda libre de consecuencias por sus actos y las mujeres terminan distanciándose hasta el siguiente llamado de atención.

Ante esto, Isra ha encontrado cobertura en las descalificaciones constantes logrando “siempre salirse con la suya”, por lo anterior, la problemática familiar que involucra a Isra, se ha de abordar considerándola una metáfora de la relación entre la abuela y la madre (Madanes, 1982).

Así como propone Haley (1988 y Minuchin y Fishman 1994) se revisó el funcionamiento familiar desde la mirada de las jerarquías, considerando las generaciones y las interacciones entre ellas, en particular las coaliciones transgeneracionales, aparentemente cristalizadas en esta familia con una abuela/madre y una madre/hija en conflicto por tomar el papel de madre frente a Isra y su hermano. Para romper tal pauta, la intervención (Haley, 1988) tenderá a generar una estructura familiar de funcionamiento defectuoso para que posteriormente se acepte una de funcionamiento útil para la familia.

Lo anterior pone en claro que se debe trabajar con la relación entre ellas para fortalecerlas como un bloque jerárquico ante los niños, especialmente con Isra. Para tal efecto, se diseñaron tareas que construyeran habilidades, especialmente comunicacionales y de crianza.

Algunas tareas solicitadas para tal efecto fueron: las peleas entre Mari y Lulú tenían que ser por escrito; permanecer en silencio aún cuando no estuvieran de acuerdo con la forma de educar de la otra para que después, sólo entre ellas, dijeran sus puntos de vista y escribieran acuerdos; validarse en las situaciones en que estuvieran de acuerdo, especialmente esta tarea fue ampliación de algo que comenzaron a realizar durante esa semana y les funcionó.

Ante la tarea ‘pelear por escrito’, comentaron que habían intentado dejar de gritar pero que no lo habían logrado del todo aunque no habían peleado, en discusión entre los terapeutas se hipotetizó que la tarea “pelear por escrito” inició como una tarea para generar habilidades aunque aparentemente la función fue de ordalía (Haley, 1985), eligieron no pelear para evitar hacerlo por escrito. Más adelante comentaron que validarse una a otra permitió que Isra reaccionara de forma distinta y que obedeciera más, aceptaron que esta estrategia funciona.

Cuando los cambios comenzaron, se puntuaron y ampliaron, sí como una estrategia terapéutica y también como una invitación a mirar los avances que la familia estaba



teniendo, esto en ocasiones se tornaba complicado porque Lulú cada vez llegaba con una queja de lo mal que estaban las cosas con su hija y su nieto. Esto puede entenderse porque en general las personas tienen la idea que acudir a terapia significa hablar de lo malo que ocurre, el asunto es que en la vida todo el tiempo habrá dificultades que resolver y si sólo se mira eso, las familias se estancan en los problemas.

Cuando las diferencias entre lo que ocurría previo a la terapia y lo que vivían en el momento actual, Lulú siguió esforzándose por mantener los cambios, comentó en varias ocasiones que para ella era muy difícil dejar de gritar, de decir groserías, permanecer calmada, respetar la opinión de otros y ser prudente pero que es algo que la acerca a la relación que quiere con su nieto y, en el trasfondo, con su hija. Se amplió y connotó positivamente cada cambio realizado y en reiteradas ocasiones, se le dijo que nadie empieza siendo experto y que mientras más practique, será cada vez más fácil y mejor.

Una metáfora que le fue muy útil fue la de cocinar arroz. Recuerdo que le pregunté si ella hacía arroz, contestó que sí. ¿Qué tal le queda? Y dijo que muy bueno, esponjoso y que a todos les gusta. ¿Y siempre le ha quedado así, cómo fue la primera vez que hizo arroz? Entre risas contestó que la primera vez se le había batido y que su mamá la había regañado pero que ahora ya no le pasaba. ¿Y cómo es que se hizo tan experta? Pues haciéndolo, replicó. ¿Eso quiere decir que practicando se puede llegar a ser experta? Y dijo que sí. Tal metáfora tuvo todo el sentido para ella porque lleva muchos años cocinando arroz y recordó que las primeras veces no le salía pero se esforzó hasta que lo logró con práctica.

Para mí fue sencillo ofrecer la metáfora del arroz porque en ese momento me parecía un guisado sumamente complejo porque yo no lo sabía ni me atrevía a guisar, que sólo personas expertas podían guisarlo. Aún ahora que ya guiso arroz me sigue pareciendo muy complejo y a veces queda y otras no.

En este caso, la resonancia<sup>1</sup> como la describe Elkaim (1994) de la pericia, que según yo y mi abuela materna, se requiere para hacer arroz no se obtiene de la noche a la mañana, esto me evocó escuchar a Lulú decir que era buena cocinera. Ir al terreno de la expertez de Lulú me permitió ofrecer una metáfora que tenía sentido para ella y que permitió apuntalar la idea de cambio logrado y duradero.

---

<sup>1</sup> Las resonancias son los ecos interiores del terapeuta, en relación con las interacciones y contenidos de las sesiones.

Para Mari, el inicio de la terapia fue difícil ya que no alcanzaba a notar cuál era su participación en el problema, el punto medular para la apertura del conflicto en la relación con su madre fue cuando mencionó que no se le estaba validando en lo positivo que aporta a la familia, tanto económicamente como en la crianza. A partir de este momento, participó con las directivas del y la terapeuta y notó que colaborar con su madre permitía que sus hijos las vieran como un bloque de autoridad, situación que llevó a que obedecieran más.

Durante el proceso Mari mencionó que deseaba que su hijo no se equivocara, que fuera perfecto y que la mamá debe imponerse a los hijos y tener la razón a toda costa. Esta construcción no le permitía, igual que a su propia madre, observar lo positivo que sus hijos estaban realizando, reconoció que la idea de perfección puede generar que se descalifique o se invisibilicen los puntos positivos de las personas.

Aparentemente para ambas fue complicado lidiar con las ideas que dominan su discurso, aún así, se esforzaron e interesaron en seguir aprendiendo para mejorar la educación de los niños. Dejaron a un lado las ideas de perfección de los hijos y omnipotencia de las madres para dar paso a una cantidad mayor de posibilidades, incluyendo fallar en la tarea.

A partir de los cambios instrumentados por Mari y Lulú, Isra ha modificado su conducta, ha obedecido más, ha recibido felicitaciones en la escuela y parece que a partir de este momento tendrá la oportunidad de expresarse de formas distintas.

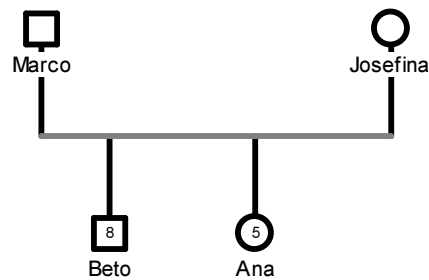
En la última sesión, Mari quedó inquieta por lo que ocurriría después del alta del caso, ante esto, se le indicó que las recaídas son esperadas y que no hay nada perfecto, que ellas ahora cuentan con herramientas que deben mejorar mediante la práctica, que la familia ha echado a andar nuevas formas de interacción que permitirán la solución de conflictos de maneras más útiles a las previas.

En este caso, el diagnóstico de TDAH que parecía ser uno de los factores que mantenían la pauta, se dejó de lado y al hacerlo, se pudieron ampliar las posibilidades terapéuticas e interrelacionales. Así como Madanes (1982) y Haley (1988) hacen notar, se trató al síntoma como una metáfora de la relación entre las figuras de autoridad. Se quitó el foco del diagnóstico y de las expresiones sintomáticas para abordar la relación madre-hija / abuela-madre.

### 3.1.1.3 De cómo ser una buena madre y recuperar las relaciones en el intento.

La familia B está conformada por la pareja parental, un hijo mayor y una hija menor, a terapia asiste la madre con su hijo y en ocasiones les acompaña la hija.

Acuden al servicio debido a que la conducta del hijo mayor es incontrolable. El caso fue abordado desde las ideas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones realizado en seis sesiones.



Familiograma Familia 2<sup>2</sup>

Desde esta perspectiva, el terapeuta se centra en encontrar aquellas situaciones que funcionan en la solución de los problemas que las personas refieren, tales situaciones pueden encontrarse en soluciones directamente sobre el problema o en momentos y lugares distantes de él como el futuro de las personas.

Ocurre entre Josefina y su hijo Beto de 8 años, llegan al servicio porque Beto tiene un comportamiento muy inquieto, a veces hace caso a las instrucciones que se le dan y en otras - la mayoría - no lo hace y ella no se explica el porqué, en ocasiones lo describe como “incontrolable”. Comenta que anteriormente había llevado a Beto a un grupo terapéutico de niños pero terminaron las sesiones y no había asistido más, en su momento le ayudó pero ella quería saber que “tenía” su hijo. Ahora regresaba para obtener un diagnóstico de él ya que anteriormente en la escuela le habían dicho que lo hiciera y no lo había realizado hasta ahora

---

<sup>2</sup> La TBCS no solicita el diseño de familogramas o genogramas, sin embargo, por la naturaleza y características del presente documento, se ha incluido en el presente caso.

Estableciendo el problema y el objetivo terapéutico,

El problema que ella expresó es que Beto por lo general está activo, en todo momento trata de encontrar algún objeto con el cual jugar, no presta atención a las indicaciones de mamá, se pone en riesgo constante subiendo a los muebles para alcanzar objetos y brincando de ellos para bajarse.

Josefina tiene estudios en pedagogía y recordaba que en la universidad hablaron del TDAH, para ella, el comportamiento que presenta Beto es muy similar a las características de tal trastorno por lo que cree que él puede “tener eso”, además que la maestra de Beto, después de conversar con ella, le sugirió que buscara un diagnóstico psicológico.

Justo en este punto, el contexto al que hace referencia Bruner (1990) está colocado para la construcción de la realidad diagnóstica, al encontrarse con una conducta aparentemente desbordada, se buscan explicaciones para comprender la situación.

La primera sesión se utilizó para establecer el problema y el objetivo terapéutico, donde debe tener la solución incluida (DeShazer, 1995). Josefina enmarcó la terapia en la búsqueda por cambiar la conducta de Beto para que pudiera estar tranquilo y ella entender qué pasaba con su hijo y si es que ella tenía la culpa de esto.

Búsqueda de excepciones,

Las primeras intervenciones desde el modelo de TBCS (DeShazer 1987; O’Hanlon y Wiener-Davis, 1989), radicarón en mirar los puntos positivos tanto de Beto como de Josefina y de la relación entre ambos, a ella le parecía que los puntos positivos eran mínimos y no ayudaban a que la conducta de su hijo cambiara.

Para ella no existían excepciones a la conducta de Beto, de hecho, cada ocasión encontraba más puntos que afianzaban la idea de enfermedad en Beto y en ella la idea de ser una “madre incompetente”.

Desconstrucción,

Para Josefina, tener un hijo que no siguiera reglas ni conociera límites la ponía en desventaja frente a otras mamás de su entorno y su marido; para ella, una “buena madre” es quien controla y educa a sus hijos para que sean aceptados por las demás personas y para que esto ocurra, tienen que ser tranquilos y obedientes, idea que viene desde su abuela que

fue quien la crió mientras su madre trabajaba. Ella recuerda haber sido una niña muy tranquila, justo como su otra hija (hermana menor de Beto), ella no logra entender cómo es que Beto no puede comportarse. Como identifica Bruner (1990), el significado se ha construido en el contexto.

Por otro lado, se encuentra Marco, su esposo, quien trabaja alrededor de doce horas al día y en sumadas ocasiones tiene que salir de la ciudad para ejercer su labor. Al regresar él a casa, Josefina trata que sus hijos estén calmados para que Marco pueda descansar pero no logra que Beto lo haga, en algunas ocasiones, su esposo le ha dicho que no entiende cómo es que estando ella todo el día a cargo de los hijos no pueda hacer que Beto entienda, él cae en desesperación y prefiere aislarse dejando que Josefina se haga cargo totalmente de la crianza y educación de Beto y su hermana.

Parece que Marco tiene la idea que Josefina tiene que hacerse cargo de todo lo referente a su hija e hijo por ser la madre, idea acuñada, quizá, en las ideas culturales tradicionalistas machistas de cómo ser madre/mujer/esposa y él adopta el papel de proveedor apuntalando el significado que en ella se ha forjado de una “buena madre”.

En la escuela, Beto se comporta tranquilo, la única queja de la maestra es que no entrega tareas o las entrega incompletas, situación que ocurre porque él juega mucho por las tardes y no sigue las indicaciones de Josefina cuando le pide que haga sus tareas escolares.

Los factores anteriores, afianzan en Josefina la idea de ser una “madre incompetente”.

Ante tales presiones socioculturales, puede ser comprensible que ella no sepa qué hacer, finalmente el comportamiento de su hijo le significa que ella no es apta para realizar el trabajo como madre de Beto, situación que contrasta con su hija Ana quien, a decir de Josefina, “es muy tranquila y obediente”, cuando se interroga sobre cómo se explica que Ana se comporte así, ella lo atribuye a que así es su carácter y que quizá “sacó su parte tranquila”. A Josefina le cuesta mirar cuál es su participación en el comportamiento de su hija.

Teniendo la construcción del mapa del mundo de Josefina de cómo es ser una “madre incompetente” y una “buena madre”, hay que deconstruir tales significados para co-construir nuevos que permitan mayores posibilidades de acción.

La forma en que ha tratado de cumplir con las expectativas de la “buena madre” ha sido regañando la mayor parte del tiempo, por supuesto, sin grandes éxitos. Debido a que para

Josefina no hay excepciones dentro del problema, entonces hay que buscarlas fuera de él (De Shazer, 2004) y la pregunta ¿cómo te comportas con Luisa? es una manera de hacerlo.

“Con Ana, ella es más tranquila, rara es la vez que le grito o regaño, trato de decirle las cosas para que las entienda porque está chiquita todavía”, le indica las cosas claras y una sola vez, por ejemplo “le digo haz la tarea y ella rápido saca sus cuadernos y empieza, no tengo que estar detrás de ella”. Indica que al sentirse más tranquila, su tono de voz es diferente y “las cosas me salen más claras”. Cosa que con Beto no ocurre. Se le pidió que actuara de esta manera con Beto y viera qué sucede.

Ésta intervención está pensada desde la idea que si algo funciona, en un contexto similar, puede funcionar en el contexto del problema.

Construyendo el elemento *indecidible*.

La siguiente sesión Josefina llegó muy desilusionada y más demandante con respecto del diagnóstico. Dijo que había intentado comportarse con Beto justo como lo hace con Ana pero no había funcionado, ella había perdido el control porque fue justo el tiempo de descanso de papá y ella no logró que su hijo se mantuviera quieto. Regañó a Beto (con un gran sermón), lo amenazó con darle cinturonzos si no se calmaba (amenaza que funcionó unos minutos), pero nada funcionó y ella ya no sabía qué hacer.

Josefina está segura que Beto tiene algo mal que no le permitía obedecer y necesitaba que se le diera un diagnóstico. Apelando a la utilización, le pregunté (nuevamente) ¿qué pensaba ella que Beto tenía? Contestó sin pensar mucho que para ella su hijo tenía TDAH. Entonces indagué cuáles significados estaban puestos en el diagnóstico.

“Tener un diagnóstico que dijera que Beto tiene un problema me ayudaría a entender cómo tratarlo y qué hacer” dijo Josefina. - ¡Claro! Que Beto tenga un diagnóstico como éste, ayuda a Josefina a salir de su definición de madre incompetente porque entonces ella no es la que falla sino “la enfermedad” de Beto, finalmente el diagnóstico sería la herramienta que la desbloqueara - pensé.

Entonces vino una intervención basada en el principio de utilización. “Hagamos como si yo te dijera que Beto tiene TDAH, considera que no lo estoy diciendo, sólo hagamos como si ocurriera, ¿qué harás hoy al llegar a casa? – pregunté. Josefina de inmediato dijo “buscaría

información sobre cómo tratar a los niños con TDA, me informaría sobre cómo ayudar a mi hijo”. - ¡Eureka! -.

“Pues eso harás”, dije, “tu tarea de esta semana será buscar la mayor cantidad de información de cómo ayudar a niños con TDAH, busca en internet, en libros y revistas especializadas, especialmente aquellos sitios donde haya experiencias de padres y madres que tienen hijos diagnosticados con TDAH”.

Hasta este punto de la terapia, en cada sesión Beto caminaba de un lado a otro del consultorio, se subía a las sillas para alcanzar juguetes que estuvieran fuera de su alcance, jugaba con lo que le llamaba la atención, cambiaba constantemente de juguetes y cuando realizaba algo, lo mostraba a mamá e intentaba que le hiciera caso. Cuando Josefina le pedía que se calmara, dejara de hacer ruido o evitara interrumpir, iniciaba diciendo “en qué quedamos, vete a jugar para allá” y continuaba diciendo algo o simplemente no hacía más caso a Beto, en ocasiones él se iba “para allá” y en otras continuaba llamando la atención de mamá.

A la siguiente sesión, Josefina llegó muy animada y Beto se comportaba diferente. Ella informó que había encontrado una serie de blogs de padres que tienen hijos con diagnóstico de TDAH y había hallado un listado de recomendaciones muy puntuales que incluían ‘hablarles claramente’, ‘dar una indicación a la vez’, ‘evitar sermonear’, ‘mantener la calma’. ¡Todo lo que Josefina hacía con Ana!

Dijo que después de encontrar esa lista, había aplicado algunas recomendaciones y había funcionado. Reconoció que aún le faltaba camino por recorrer, le pedí que siguiera aplicando las recomendaciones que encontró y se diera cuenta cuáles funcionaban mejor y si ella podría agregar nuevas formas de hacerlo. Tarea diseñada bajo el principio “si funciona, sigue haciéndolo”

Quince días después, Josefina tenía una relación muy diferente con Beto y el comportamiento de él también lo era. Josefina le hablaba de manera calmada y clara a Beto y él atendía las indicaciones que ella le daba, también ella se involucraba con su hijo para alcanzar metas como poner los juguetes en su lugar y dejar limpio y ordenado el consultorio, permitiendo que él realizara la mayor parte de la tarea.

Al preguntar por los avances realizados durante ese tiempo, Josefina indicó que había aplicado las estrategias con Beto y Ana y se dio cuenta que algunas ya las estaba aplicando

previamente con su hija y funcionaban pero su desesperación con Beto no la ayudaba a aplicarlas con él. Que ahora que se mantenía en calma, no había necesidad de explotar, que aún le faltaba trabajar más en su calma pero que se había dado cuenta que mientras ella estuviera tranquila, Beto también lo estaba.

Este punto ilustra la forma en que Josefina utilizó recursos propios que funcionaban y que no lo había notado claramente hasta ponerlos en práctica.

Dijo sentirse como una mamá que podía controlar a su hijo manteniendo ella el control, que “ahora me siento como una buena mamá”.

Cuando le pregunté ¿qué tenía que ocurrir para que ella y Beto regresaran al comportamiento que tenían cuando llegaron a terapia? ella respondió que ella tenía que perder la calma y sentir que no podía controlar a sus hijos pero que esperaba que eso no pasara de nuevo porque ahora se siente mucho mejor y puede ver a su hijo como un niño que le gusta jugar como al resto de los niños de su edad.

Para Josefina, darse cuenta que podía mantener el control sobre sí misma y que esto ayudaba a que Beto se mantuviera a su vez en control, la hizo resignificarse a sí misma como una “buena madre” y al hacerlo, le permitió desbloquearse de la postura de “madre incompetente” en que se había colocado.

Al reencuadrar la situación, se alcanzó un cambio en los significados de las acciones que permitieron visibilizar aquellos momentos en que ella lograba estar en el punto deseado, si bien se utilizó la suposición de un diagnóstico, éste quedó de lado cuando ella reconoce que Beto se comporta como la mayoría de los niños de su edad y que la liberación viene cuando alcanza su expectativa de “buena madre”. También se alcanza la resignificación de la “buena madre”, cuando ella incluye “estar tranquila” se abren nuevas posibilidades de interacción con sus hijos.

En este caso, el diagnóstico fue una forma de cooperar con la consultante y en la resolución del conflicto presentado, tuvo foco momentáneo y permitió el movimiento hacia la mejora, tal vez la participación en la co-construcción del diagnóstico como lo proponen Gergen, Hoffman, Anderson (2006); Gergen y McNamee (2000) y O’Hanlon (1999). Finalmente el diagnóstico fue transitorio y se evitó la etiquetación de Beto.



#### 3.1.1.4 De la discusión de los casos.

Los casos anteriores están realizados dentro del marco de las terapias breves estratégicas. Aún cuando el enfoque utilizado en la TBCS se acerca a los modelos posmodernos de la terapia, puede ubicarse entre las ideas constructivistas y construccionistas de la misma.

En ambos casos pueden mirarse problemáticas construidas alrededor del comportamiento de los hijos mayores, la idea de la etiqueta diagnóstica de TDAH y los significados otorgados a cómo ser madres que les encaminaban a vivir realidades que no estaban siendo funcionales.

En ambos casos, el significado de cómo ser madre se centraba en el control sobre los hijos, idea que culturalmente se cultiva ya que cuando un niño o niña comienza a hacer los que todos los niños y niñas hacen, que es jugar, las personas adultas (generalmente) solicitan a sus madres o padres que se “les controle”.

Según las ideas de Runkel (2011), sólo es posible controlarse a sí misma, cuando estas madres se mantuvieron en calma y control, sus hijos comenzaron a permanecer más tranquilos, según el mismo autor, la propia calma es la base de la calma de los hijos.

Otro aspecto a considerar con respecto de ser madre es la expectativa social, en ambos casos habían “voces” que indicaban cómo se supone que tienen que ser madres, en el caso de la familia M, la abuela siendo una “madre experta” imponía con su expertez como madre y cuando su hija-madre se acercaba un poco, la descalificaba, en reacción a esto, la hija se revelaba y de todas maneras, quedaba fuera de los estándares. En el caso de la familia B, la figura de la “buena madre” co-construida a partir de las voces de la propia abuela y de la pareja, quienes apelaban al control sobre los demás única forma de serlo generaban la sensación de ser una “madre incompetente” por no poder controlar a su hijo llevándola a perder el control de ella misma, ayudando al descontrol del hijo. Paradójicamente, la necesidad de alcanzar el estatus de madre experta o buena madre, les llevaba a ubicarse en el polo opuesto a estos ideales.

Mirando desde la perspectiva de género y de las violencias hacia las mujeres, ambas, Mari y Josefina, estaban viviendo situaciones violentas ya que ambas estaban siendo descalificadas y minimizadas en su labor como madres por las personas cercanas a ellas, esto, siendo más visible con Josefina ya que su esposo es quien dejaba totalmente en sus manos la crianza y educación de los hijos reclamando si no era similar a la que él pensaba

como adecuada. La violencia es un punto que no se tocó abiertamente en ninguno de los casos, aún así, las intervenciones diseñadas para la familia M buscaban disminuirla y acercar más a las mujeres involucradas; en la familia B, posteriormente a la solución de la situación con el hijo menor, se tuvieron un par de sesiones de terapia con la pareja y la violencia disminuyó.

Con respecto de los diagnósticos, para la familia M, parecía ser un impedimento para relacionarse de formas diferentes con el hijo mayor y para la familia B, era necesario para reafirmar, en la madre, la confianza para realizar algo diferente que permitiera una nueva relación con su hijo mayor y alcanzar su ideal de buena madre.

Los significados deconstruidos y posteriormente co-construidos alrededor del diagnóstico, pueden dirigirse en dos sentidos, en la familia M, al sacarlo del foco de la terapia, se disminuyeron los efectos de la etiquetación ya que en el inicio, era la explicación que la familia se daba del porqué el hijo no entendía las indicaciones y se ponía en riesgo.

Para la familia B, el uso de un “supuesto” diagnóstico permitió a la madre sacudirse el peso que los significados de ser “buena madre” le habían colgado, ya que el TDAH estaba fuera de su responsabilidad y podría actuar en consecuencia de un factor externo como una enfermedad psicológica.

Entonces, ¿el diagnóstico es útil o no? La respuesta es, “dependiendo el caso”. Cuando el dictamen diagnóstico posibilita que las familias y personas generen nuevas y mejores narraciones de sí mismas, el diagnóstico es útil y, en el caso en que se viva como un estigma, carga o impedimento para continuar adelante y tener las relaciones que desean tener, con otras personas y consigo mismas, el diagnóstico es inútil.

Antes de lanzar etiquetas diagnósticas sin ton ni son, es responsabilidad como terapeutas y profesionales de la salud, indagar en los significados que las personas consultantes han otorgado a las mismas y cuál será la utilidad para ellas, especialmente cuando los diagnósticos se colocan en niños y niñas. Ahora, en caso de ser necesario u obligatorio diagnosticar por efectos institucionales u otros similares, encuentro de suma importancia co-construir el diagnóstico con las personas consultantes, primeramente deconstruyendo los significados referentes a los diagnósticos en general para después co-construir significados útiles para mejora a partir de las etiquetas diagnósticas.

Tal co-construcción se hace en el lenguaje, cuando las personas utilizan expresiones como “soy una madre incompetente”, “es un desastre”, “es un niño TDAH”, “...¿te refieres a la depresiva de la semana pasada?” comienzan formarse un significado de inmovilidad, como si las características mencionadas fueran estáticas, aún así, cuando se les pide a las personas que definan las características, generalmente lo hacen en contraposición de algo (DeShazer, 2004) por lo tanto, es posible también hablar de lo contrario, ¿cómo es cuando no “es depresiva”? ¿cómo es ser una “buena madre en contraposición a una “madre incompetente”? ¿cómo se comporta cuando no se activa el TDAH?

Para que el uso de lenguaje sea útil para la co-construcción de nuevos significados, es necesario que la persona terapeuta también crea que las personas no son los problemas, es decir, los problemas son los problemas y las personas son las personas, de otro modo, estamos predestinados a ayudar en la generación de significados de enfermedad y minusvalía.

En cualquiera de los casos, es importante invitar a las personas a la co-construcción del diagnóstico mismo como lo proponen Gergen, Hoffman y Anderson (2006), asumiendo la responsabilidad que nos corresponde como parte del sistema terapéutico y considerando la visión de Noemí Díaz (2017) quien indica que “no se usan los diagnósticos para etiquetar sino para ayudar a comprender lo que pasa” y así abrir posibilidades de mejora.

Sheila McNamee (2015 junio 18) comentó en un curso y parafraseo, tal vez hemos olvidado que somos seres humanos, viviendo en este mundo moderno de sobre profesionalización y expertez, tratamos a las personas como si fuesen cosas - o diagnósticos o problemas<sup>3</sup> -, entonces nos colocamos en el lugar de expertos y creemos que “debemos” tomar decisiones por las otras personas cuando la solución es simplemente preguntarles.

---

<sup>3</sup> Nota del autor.

## 3.2 Habilidades de investigación

Durante la formación como terapeuta también se hace hincapié en el desarrollo de habilidades de investigación, para tal efecto, se realizaron investigaciones con corte cuantitativo y cualitativo. Además, se realizaron dos talleres como productos tecnológicos.

### 3.2.1 Reporte de investigación cuantitativa

Bienestar Subjetivo, Funcionamiento Familiar y Estilos de Negociación del Conflicto de pareja de los padres en personas adultas-jóvenes mexicanas.

#### Resumen

La calidad de la vida familiar es un factor que se relaciona con el bienestar experimentado por las personas. (Cuadra y Florenzano, 2003; Diaz, 2001; Luna, 2012; Luna, Laca y Mejía, 2011). El funcionamiento familiar se ve afectado a su vez por la forma en que se solucionan los conflictos.

El presente estudio verificó la relación existente entre el funcionamiento familiar, la felicidad subjetiva y los estilos de negociación del conflicto en la diada parental de jóvenes adultos en una muestra de 305 sujetos.

Los resultados mostraron que la colaboración y la acomodación del padre se correlacionan con una mayor comunicación y flexibilidad familiar, así como un menor vacío existencial, sentido de injusticia y mayor satisfacción con la vida. Al aplicar un modelo de regresión lineal se encontró además que la satisfacción con la vida es predicha por la comunicación y la flexibilidad familiar.

La felicidad se define como la satisfacción, placer o gozo experimentada subjetivamente por una persona, es un estado afectivo que surge cuando se posee un bien anhelado. Este bien puede ser de naturaleza variada (material, ético, psicológico, social) y se vuelve importante cuando la persona le da una valencia positiva. En las investigaciones de psicología social Felicidad y Bienestar Subjetivo suelen considerarse equivalentes (Alarcón, 2006).

El Bienestar Subjetivo depende de factores individuales, micro y macro sociales, entre los que se encuentran la calidad de las relaciones interpersonales y por lo tanto de la vida familiar. El funcionamiento familiar suele estar relacionado con la felicidad percibida por las personas (Cuadra y Florenzano, 2003; Diaz, 2001; Luna, 2012; Luna, Laca y Mejía, 2011).

El funcionamiento familiar, según Olson y Gorall (2006) tiene tres dimensiones principales: la comunicación, la flexibilidad y la cohesión. La cohesión se define como el nexo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, la flexibilidad es tanto la expresión clara como la calidad del liderazgo y la organización dentro de la familia, de las relaciones guiadas por los roles familiares y de las reglas que rigen estas relaciones entre los miembros de la familia. La comunicación se refiere a las habilidades comunicativas positivas que se utilizan dentro del sistema familiar y en la pareja, esta dimensión se considera un apoyo que ayuda a las familias a modificar sus niveles de cohesión y flexibilidad. La hipótesis principal del modelo circunflejo de Olson es que niveles intermedios de cohesión y flexibilidad se relacionan con un funcionamiento familiar sano, mientras que niveles muy altos o muy bajos de estas dos dimensiones se asocian con un funcionamiento problemático en la familia.

Los conflictos forman parte de la vida cotidiana de las familias y las parejas. Un conflicto se genera cuando hay un choque de intereses o necesidades entre dos o más personas y además existe una diferencia incompatible en lo que ambas quieren, piensan o desean (Gamboa, Lecanda y Valenzuela, 2011). En el caso de la relación de pareja, la forma de enfrentar y resolver los conflictos impactará en la calidad y la satisfacción que se tenga con la relación (Rivera, Diaz-Loving, Cruz del Castillo y Vidal, 2004). Para Lederer y Jackson (1968), los matrimonios estables y satisfactorios se caracterizan por una relación basada en la colaboración y la confianza mutua, existe un reconocimiento y aceptación de las diferencias, lo que permite el crecimiento de cada miembro sin poner en riesgo la pertenencia. En estas relaciones, los conflictos se miran como oportunidades para generar cambios pertinentes y acordes a las demandas de la etapa de ciclo vital en la que se encuentran. Aunque los miembros de la pareja no siempre están de acuerdo, aceptan las diferencias y buscan una solución en equipo.

En la pareja las fuentes más comunes de conflictos son el aspecto financiero, la crianza de las hijas e hijos, las relaciones con la familia extensa, las diferencias en principios, valores y filosofía de vida, las expectativas sobre la relación y filosofías de vida, los usos del tiempo libre, la repartición de tareas en el hogar y la relaciones con amistades (Flores, 2004).

El funcionamiento familiar no se ve afectado necesariamente con la presencia de conflictos, sino con la manera de solucionarlos. Cascón (2001) propone mirar a los conflictos como algo positivo. Un conflicto surge cuando una de las partes está inconforme, por lo que enfrentarlo nos abre la puerta al cambio y a generar formas de vida con mayor bienestar. El conflicto es una oportunidad para aprender y para conocer mejor a las personas con las que nos relacionamos. Las actitudes que se toman frente a un conflicto dependerán de qué tan importantes son los objetivos y la relación para cada una de las partes. En varias investigaciones y desarrollos teóricos (Cascón, 2001; Flores, Díaz-Loving y Rivera, 2004; Rivera y Díaz-Loving, 2002), se reconocen cuatro posibles actitudes o estrategias para solucionar un conflicto: acomodación, evitación, competencia y cooperación.

1. Competencia. Cuando los objetivos son muy importantes y las relaciones son muy poco importantes. En la sociedad es común pensar que en un conflicto alguien tiene que ganar. Quienes actúan así, harán todo lo necesario para ganar y demostrar que tienen más fuerza, más poder y más conocimientos, para derrocar a la otra parte. La persona que utiliza esta estrategia se preocupa poco por escuchar los puntos de vista, las necesidades y los sentimientos de la otra parte. Cuando hay una diferencia importante de poder, la competencia se convierte en imposición.

2. Acomodación. Cuando los objetivos no son lo importante, sino lo que importa es conservar las relaciones, se toma una postura en la que “la otra parte gana y yo pierdo”. Con tal de no confrontar a la otra parte no se hacen valer ni se plantean los propios objetivos. Se asume una actitud de resignación o bien de acomodación, aún cuando haya sentimientos de tristeza, enojo y coraje, no se expresan, y las condiciones planteadas por quien gana se aceptan de manera incondicional, o bien quien pierde trata de acomodarse ante la situación. Se da cuando una persona, no tiene la capacidad o el poder para hacer valer sus puntos de vista, sus opiniones, sus deseos e incluso sus derechos. Esto provoca frustración, malestar, pérdida total de iniciativas y puede ser muy destructivo para esa persona. La acomodación tiene una arista, la sumisión, que es la contraparte de la imposición en relaciones desequilibradas de poder.

3. Evasión. Cuando ni los objetivos ni las relaciones son importantes, ambas partes pierden, entonces el conflicto no se enfrenta y se evade. Dicho conflicto queda

oculto, no se resuelve e incluso puede ser que nunca se abra. En las familias se suele utilizar esta estrategia cuando los objetivos en realidad si son importantes pero no se les reconoce ni enfrenta, esto hace que el conflicto permanezca latente e irresuelto, acarreando problemas posteriores en la relación y en el entorno familiar.

4. Cooperación. Cuando las dos partes ganan en aquello que para ambas partes es más importante, se toman en cuenta tanto los objetivos como las relaciones. Se intenta solucionar el conflicto de manera pacífica. Llegar a una cooperación plena es muy difícil, así que se plantea una negociación en la que ambas partes ganan en lo fundamental y ceden en lo que no les es tan importante. Aquí también ganan ambas partes en cuanto a los objetivos y se conserva la relación. Esta estrategia requiere de varias competencias psicosociales (Gamboa et al, 2011) como escuchar y reconocer las necesidades de la otra persona, comunicar asertivamente los propios objetivos, ser capaz de ceder y encontrar soluciones creativas y satisfactorias a los conflictos y no utilizar el poder para imponerse en la solución.

La estrategia utilizada para resolver un conflicto dependerá también del poder y la jerarquía familiar (Rivera y Díaz Loving, 2002).

La jerarquía es un elemento estructural de cualquier sistema familiar. Sin embargo, cuando esta es demasiado rígida puede surgir malestar (Minuchin, 1979).

El poder se considera un atributo de la relación, no una característica de un individuo. En la interacción social, el poder no es determinado por las acciones de un individuo, pero sí por las acciones en conjunto que se dan en las transacciones entre las personas. El modelo tradicional de familia nuclear aún persiste en nuestro imaginario cultural, a pesar de que las familias mexicanas cada vez se vuelven más diversas (Ordaz, Monroy y López, 2010). Esta familia está compuesta por una pareja heterosexual, que a su vez constituye la díada parental, que cohabita y tiene descendencia, en la que los roles de género están fuertemente marcados. (Fruggeri, 2005).

En nuestro país la madre es enaltecida, por ser la encargada de proporcionar amor a los miembros de la familia y se le asocia con el auto sacrificio y la abnegación, mientras que el padre es relacionado con supremacía y poder (Díaz Guerrero, 2003; Rocha y Díaz-Loving, 2005)

Las relaciones de poder se establecen mediante una serie de normas culturales que trascienden a los sujetos. En la familia tradicional el padre se considera el proveedor y a quien se asigna el poder adquisitivo y la autoridad principal sobre la madre y los hijos/as; la madre es quien se encarga del bienestar físico y emocional de las hijas/os y la familia en general (Alberdi y Matas, 2002). En este modelo cada una de las figuras parentales tendría un espacio para el ejercicio del poder, que en apariencia es equitativo, pero que en realidad coarta las posibilidades de expresión de los afectos y el ejercicio de las potencialidades de ambos miembros, haciendo rígidos sus roles de género (Lagarde, 1997). Por tanto el conflicto inherente en las relaciones humanas se hace presente en las familias mexicanas relacionándose con los roles y las funciones de sus integrantes.

#### Método

##### *Participantes*

La muestra se compuso de 305 sujetos cuya edad comprendía de los 19 a los 35 años. El 81.2% de los participantes eran mujeres y el 18.8% eran hombres. El 43.3% de los sujetos procedían de una universidad pública y el 56.7% de una privada. Con respecto al estado civil, 72.4% eran solteros, 22.4% casados y 4.6% divorciados. El tipo de familia de origen en el que crecieron los sujetos se conformó por nuclear biparental 38.4%, extendida 43.6%, nuclear monoparental 10.5% y no familiares 7.5%. Y en el que vivían los sujetos al momento de su participación se clasificó en nuclear biparental 27.9%, nuclear monoparental 16.1%, nuclear 21%, extensa 22.6% y no familiares 12.5%.

##### *Instrumentos*

Para medir los estilos de negociación del conflicto que tienen los padres se aplicó una versión modificada del Inventario de Negociación del Conflicto publicada originalmente por Levinger y Pietromonaco y validada en México por Flores, Díaz-Loving y Rivera Aragón (2004). Este instrumento consta de cuatro dimensiones: competencia, evitación, acomodación y colaboración-equidad. En total consta de 31 reactivos. La redacción de los reactivos de la escala se modificó para evaluar la percepción que tienen los sujetos sobre los estilos de negociación de sus padres ante los conflictos de pareja.

Para el funcionamiento familiar se aplicó la Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad Familiar II (Braverman, 1986), que es una versión de 27 reactivos en español, validada con personas jóvenes-adultas mexicanas del, FACES II, diseñada por



Olson, Bell y Poitner (1982). Esta escala tiene dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, originalmente mide la percepción de la familia actual y la de la familia ideal. Sin embargo, en este estudio sólo se utilizaron los reactivos para conocer la valoración que los participantes hacen de su familia actual y se modificaron a tiempo por lo que hacen referencia a la familia de origen de los participantes.

En el caso de Bienestar Subjetivo se aplicó la Escala de Felicidad (Alarcón, 2006) que consta de 27 reactivos, cuyas dimensiones son sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir.

#### *Procedimiento*

Se aplicó el instrumento mediante dos medios, impreso y digital. La primera aplicación se realizó en forma grupal en aulas de clases, se les dieron instrucciones a los alumnos y alumnas en donde se les explicó la forma de respuestas y la confidencialidad de sus datos. En la aplicación digital, se elaboró el instrumento mediante un formato de encuesta digital y se le solicitó a las personas que cumplían con los criterios de inclusión de la muestra que contestarán el instrumento.

#### Resultados

##### *Análisis factorial de las escalas*

El instrumento Funcionamiento Familiar se compone de 16 reactivos divididos en tres subescalas: Dispersión (7 reactivos,  $M=1.84$ ,  $SD=.637$ ), comunicación (4 reactivos,  $M=2.89$ ,  $SD=.68$ ) y flexibilidad (5 reactivos,  $M=2.35$ ,  $SD=.789$ ). Contiene un varianza explicada V.E. de 53.974 y un índice de fiabilidad de  $\alpha=.882$ .

Tabla 1

#### Instrumento funcionamiento familiar

Subescalas, cargas factoriales, índices psicométricos y estadísticos descriptivos

Reactivos	Subescalas		
	Dispersión	Comunicación	Flexibilidad
B17. Los miembros de mi familia se sentían más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia.	.710		
B3. Era más fácil discutir problemas con gente de fuera de mi familia que con los miembros de la misma familia.	.695		
B26. En mi familia se formaban alianzas en vez de actuar como familia unida.	.661		
B22. Los miembros de mi familia se evitaban unos a otros cuando estaban	.654		

en la casa.				
B13. Teníamos dificultades cuando pensábamos en hacer actividades como familia.	.625			
B1. Los miembros de mi familia se apoyaban unos a otros en momentos difíciles.	.530			
B25. Los miembros de mi familia tenían expresar sus pensamientos, decir lo que pensaban.	.479			
<hr/>				
B6. En mi familia, los niños tenían voz y voto en cuanto a su propia disciplina.	.880			
B14. Cuando había que resolver problemas, se aceptaban las sugerencias de los niños.	.856			
B8. En mi familia discutíamos los problemas y lográbamos encontrar una solución.	.593			
B12. Los miembros de mi familia decían lo que necesitaban.	.534			
<hr/>				
B24. Aprobábamos a los amigos de cada quien.				.748
B10. Era difícil saber cuáles eran las reglas que se seguían en nuestra familia.				.626
B21. Los miembros de mi familia acostumbrábamos estar juntos en nuestro tiempo libre.				.597
B20. En nuestra familia, todos compartíamos responsabilidades.				.587
B19. Los miembros de la familia aceptaban lo que la familia decidía hacer.				.581
<hr/>				
	Total			
No. Reactivos	16	7	4	5
% Varianza explicada	53.974	21.554	16.684	15.735
Alpha de Cronbach	.882	.797	.804	.748
<hr/>				
Correlaciones interfactor				
Dispersión		1		
Comunicación		-.625(**)	1	
Flexibilidad		-.500(**)	.552(**)	1

\*p<.000

La Escala Resolución de Conflictos en los padres se dividió en dos subescalas. La primera se compone por el factor *colaboración* que cuenta con 11 reactivos, M=2.612, SD=.802. Contiene una varianza explicada V.E. de 64.222% y fiabilidad de  $\alpha=.943$ . A continuación en la *tabla 2.1* se explican los reactivos que contiene esta escala.

Tabla 2.1  
Instrumento de resolución de conflictos  
Subescalas, cargas factoriales, índices psicométricos y estadísticos descriptivos

Reactivos	Subescala Colaboración
C27. Mis padres colaboraban entre sí para resolver sus diferencias.	.874
C6. Mis padres buscaban la ayuda mutua para lograr una solución satisfactoria para los dos.	.864
C1. Mis padres buscaban soluciones equitativas cuando tenían un conflicto entre ellos.	.863
C17. Mi padre proponía soluciones equitativas para los conflictos entre ellos.	.855
C29. Mis padres trataban de equilibrar su relación.	.851
C25. Mi padre trataba de encontrar una solución de acuerdo mutuo con mi madre.	.844
C2. Mis padres compartían los problemas entre sí para buscar una solución juntos.	.839
C13. Mi padre ponía de su parte para resolver los problemas que tenía con mi madre	.786
C21. Mi padre buscaba un arreglo con mi madre en el que cada quien lograra algunas metas y cediera en otras.	.749
C15. Mi madre trataba de llegar a acuerdos compartidos con mi padre.	.668
C34. Para mi madre era fácil llegar a un acuerdo en el que cada quién cediera en algunas cosas y ganara en otras.	.560
Total	
No. Reactivos	11
% Varianza explicada	64.222
Alpha de Cronbach	.943
Media (Media teórica = 2.5)	2.612
Desviación estándar.	.802

\*p<.000

La segunda subescala de Resolución de Conflictos se compone por 16 reactivos compuestos por tres factores denominados: imposición de la madre, acomodación del padre y acomodación de la madre, los cuales contienen una Varianza Explicada (V. E.) de

58.25%, y una fiabilidad de  $\alpha = .76$ . En la *tabla 2.2* se especifican los reactivos que componen esta subescala así como sus medias y desviación estándar.

Tabla 2.2  
Instrumento de resolución de conflictos  
Subescalas, cargas factoriales, índices psicométricos y estadísticos descriptivos

Reactivos	Componente		
	Imposición de la madre	Acomodación del padre	Acomodación de la madre
C20. Mi madre se esforzaba por salirse con la suya.	.870		
C14. La meta de mi madre era convencer a mi padre de sus ideas.	.806		
C35. Mi madre imponía lo que ella creía a mi padre.	.804		
C10. Mi madre era muy insistente al argumentar su punto de vista.	.705		
C33. Mi padre terminaba aceptando las ideas de mi madre cuando ella estaba muy convencida de su posición	.655		
C36. Mi padre cambiaba su forma de pensar con tal de prevenir una pelea con mi madre.	.610		
C9. Mi padre finalmente se adaptaba a los deseos de mi madre cuando había un conflicto entre ellos.	.579		
C18. Mi padre se adaptaba fácilmente a la forma de ser de mi madre.		.738	
C30. Mi padre hacía todo lo posible para evitar la tensión.		.736	
C7. Mi padre trataba imponer su posición a mi madre. (-)		.683	
C3. Mi padre trataba de salirse con la suya cada vez que podía. (-)		.661	
C4. Mi padre evitaba decir cosas que podrían causar desacuerdo.		.602	

C12. Mi padre aceptaba fácilmente lo que mi madre decía para acabar con el conflicto			.588	
C32. Mi padre insistía en su forma de pensar. (-)			.579	
C5. Mis padres evitaban discutir sobre temas que podían provocar un conflicto.			.568	
<hr/>				
C22. Mi madre se adaptaba a los deseos de mi padre aunque inicialmente estuviera en desacuerdo.			.753	
C26. Mi madre se adecuaba a la forma de ser de mi padre.			.745	
C16. Cuando mi padre estaba convencido de su posición, mi madre se resignaba.			.735	
C28. Mi madre cambiaba su posición con tal de prevenir conflictos.			.727	
C8. Cuando había un desacuerdo, mi madre adaptaba su punto de vista al de mi padre.			.688	
C24. Mi padre imponía lo que él creía.			.608	
C23. Mi madre posponía hablar con mi padre acerca de un tema sobre el cual ella estaba en desacuerdo.			.534	
<hr/>				
	Total			
No. Reactivos	16	7	8	7
% Varianza explicada	58.253	19.891	19.833	18.528
Alpha de Cronbach	.758	.873	.825	.829
<hr/>				
Correlaciones interfactor				
Imposición de la madre		1		
Acomodación del padre		.413(**)	1	
Acomodación de la madre		-.122(*)	-.350(**)	1
<hr/>				
Media (Media teórica = 2.5)		2.233	2.45	2.253
Desviación estándar.		.776	.704	.719
<hr/>				

\*p<.000

La escala Felicidad Subjetiva se compone por 24 reactivos que se dividen en los factores: satisfacción con la vida, vacío existencial y el indicador sentido de injusticia. El total de varianza explicada V.E. es de 56.19% y el índice de fiabilidad  $\alpha = .942$

Tabla 3  
Instrumento de felicidad subjetiva  
Subescalas, cargas factoriales, índices psicométricos y estadísticos descriptivos

Reactivos	Dimensiones		
	Satisfacción con la vida	Vacío existencial	Sentido de injusticia
D6. Me siento satisfecho(a) con lo que soy.	.751		
D11. La mayoría del tiempo me siento feliz.	.728		
D4. Estoy satisfecho(a) con mi vida.	.723		
D3. Las condiciones de mi vida son excelentes.	.708		
D10. Estoy donde quiero estar.	.694		
D13. Por lo general me siento bien.	.692		
D25. Mi vida transcurre plácidamente.	.652		
D21. Estoy satisfecho(a) con lo que hasta ahora he alcanzado.	.649		
D27. Creo que no me falta nada.	.637		
D24. Me considero una persona realizada.	.627		
D1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.	.621		
D12. Es maravilloso vivir.	.609		
D8. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes.	.596		
D15. Soy una persona optimista.	.587		
D5. La vida ha sido buena conmigo.	.585		
D23. Para mí, la vida es una cadena de sufrimientos.		.766	
D20. La felicidad es para algunas personas, no para mí.		.729	
D22. Me siento triste por lo que soy.		.678	
D26. Mi existencia carece de sentido.		.677	
D7. Pienso que nunca seré feliz.		.632	
D2. Siento que mi vida está vacía.		.591	
D9. Si volviera a nacer, cambiaría casi todo de mi vida.		.480	

D18. Mis graves problemas me quitan mi tranquilidad.				.742
D17. La vida ha sido injusta conmigo.				.695
	Total			
No. Reactivos	24	15	7	2
% Varianza explicada	56.619	29.53	18.212	8.877
Alpha de Cronbach	.942	.935	.842	.646
Correlaciones interfactor				
Satisfacción con la vida		1		
Vacío existencial		-.679(**)	1	
Sentido de injusticia		-.495(**)	.499(**)	1
Media (Media teórica = 2.5)		3.112	1.372	1.829
Desviación estándar.		.556	.756	.483

\*p<.000

En la subescala colaboración se encontró que los padres casados o quienes viven en unión libre colaboran más que los que nunca vivieron juntos. En cuanto al factor de acomodación del padre, quienes están casados se acomodan más que lo que nunca vivieron juntos. En la *tabla 6* se muestran las medias de estos grupos.

Tabla 6.

Diferencias estadísticamente significativas en la relación actual de los padres y las subescalas de resolución de conflictos y funcionamiento familiar.

		Familia de origen		
Colaboración	Casados/Unión libre	2.810(0.721)	F(3,266)	Cas – Div: p= .000
	Divorciados/Separados	2.262(0.788)	=15.312	NVJ – Cas: p= .000
	Separación por muerte	2.645(0.804)	p=.000	NVJ – Div: p= .019
	Nunca vivieron juntos	1.303(0.313)		NVJ – Sep: p= .000
Acomodación del padre	Casados/Unión libre	2.624(0.649)	F(3, 269)	Cas – Div: p=.000
	Divorciados/Separados	2.092(0.668)	=11.970	Div – Sep: p=.021
	Separación por muerte	2.496(0.724)	p=.000	Cas – NVJ: p=.052
	Nunca vivieron juntos	1.964(0.728)		

\*p<.000

### *Análisis de correlaciones*

Al relacionarse las tres escalas se encontró que cuando la colaboración de los padres es positiva disminuye la dispersión en la familia. Cuando la madre impone o se acomoda la dispersión familiar aumenta pasa lo contrario cuando el padre es el que se acomoda disminuyendo la dispersión familiar. En la Escala de Felicidad Subjetiva entre mayor satisfacción con la vida presentaron los participantes aumentó también la comunicación y flexibilidad, a la inversa, la dispersión familiar disminuyó. En la tabla 7, se reportan los datos estadísticos de estas correlaciones.

Tabla 7.

Correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de las escalas de funcionamiento familiar, felicidad subjetiva y resolución de conflictos.

		Funcionamiento familiar			Resolución de conflictos			
		Dispersión	Comunicación	Flexibilidad	Colaboración	Imposición de la madre	Acomodación del padre	Acomodación de la madre
Resolución de conflictos	Colaboración	-.487(**)	.525(**)	.515(**)				
	Imposición de la madre	.241(**)	-0.094	-0.116				
	Acomodación del padre	-.275(**)	.357(**)	.348(**)				
	Acomodación de la madre	.171(**)	-.206(**)	-.296(**)				
Felicidad subjetiva	Satisfacción con la vida	-.277(**)	.350(**)	.337(**)	.331(**)	-0.11	.188(**)	-0.084
	Vacío existencial	.277(**)	-.334(**)	-.271(**)	-.281(**)	0.073	-.205(**)	.142(*)
	Sentido de injusticia	.163(**)	-.234(**)	-.227(**)	-.241(**)	.134(*)	-.126(*)	.143(*)

\*\*p<.01, \*p<.05

### *Análisis de regresión lineal*



Se realizó un modelo de regresión lineal en donde se buscaron variables que explicarían la satisfacción con la vida y se encontró que la combinación entre comunicación y flexibilidad lo hacen. En la *tabla 8* se describen estos resultados.

Tabla 8.  
Modelo de Regresión lineal.  
VD: Satisfacción con la vida. VI: Comunicación y Flexibilidad

R	R cuadrada	B	Sig.
0.388	0.15	2.212	0

### Discusión

En el presente estudio se realizó la validación de tres escalas modificadas. La escala de Funcionamiento familiar arrojó tres factores: dispersión, que es la percepción de lejanía entre los miembros de la familia; comunicación, está relacionada con la percepción de ser escuchado y flexibilidad que es entendida como la aceptación de actividades y decisiones entre los miembros de la familia. Entre los factores, se halló que la dispersión se relaciona negativamente con los otros dos factores, esto es coherente con lo propuesto por Olson y Gorall (2006).

Siguiendo con las relaciones encontradas, las personas de la muestra indican que la colaboración es mayor en las relaciones donde sus padres actualmente siguen casados en contraposición con las parejas de padres que están divorciadas y quienes nunca vivieron juntos, este resultado era esperado.

La escala de resolución de conflictos se dividió en dos subescalas, la primera que mide la percepción que tienen las personas de la colaboración entre sus padres y la segunda con tres factores: imposición de la madre donde se reportan los esfuerzos que ésta hacía por tener la razón sobre del padre; acomodación del padre, se relaciona con la percepción que se tiene del padre mientras evitaba desacuerdos o discusiones con la madre y acomodación de la madre, aquí quien cedía para evitar conflictos es la madre.

Las relaciones encontradas entre los factores de esta escala son coherentes donde la imposición de la madre y la acomodación del padre se perciben buscando el mismo fin, no

así con la imposición de la madre. Con respecto de la configuración familiar, se opina que los padres se acomodan en mayor medida dentro de parejas casadas actualmente que los divorciados o que nunca vivieron juntos, existe también diferencia entre quienes están separados por muerte de algún miembro de la pareja y las parejas divorciadas.

Un punto de análisis posterior en la relación entre las parejas separadas por muerte y las divorciadas sería observar el mito de la madre o padre “bueno” que puede hallarse en algunas familias con tal pérdida.

Cabe mencionar que la escala de resolución de conflictos se ha utilizado para que las personas respondan cómo resuelven conflictos con su pareja y esta es la primera vez que se aplica para que las personas hablen de la forma en cómo resolvían conflictos sus padres, de tal manera que se está utilizando la percepción de un tercero.

Por último, la escala de felicidad subjetiva arrojó dos factores y un indicador: satisfacción con la vida, entendida como la percepción de bienestar subjetivo con la vida que tiene cada persona; vacío existencial, relacionado con tristeza y la falta de plenitud en la vida y, sentido de injusticia como indicador que se refiere al malestar causado por los problemas de la vida cotidiana.

Los resultados reflejaron relaciones entre la forma en que funcionan las familias de origen, la forma en cómo los padres resolvían conflictos y la felicidad subjetiva actual de las personas.

Mientras mayor sea la dispersión percibida en la familia, menor colaboración existe entre los padres, menor acomodación del padre y la satisfacción con la vida es menor.

La teoría habla que dentro de los estilos de resolución de conflictos, la acomodación es una forma poco deseable de hacer frente a las situaciones de la vida cotidiana, ante esto, la población observó la acomodación del padre como un estilo positivo de resolver dificultades en la pareja ya que permite el funcionamiento familiar positivo, también fue relacionada con la colaboración en la pareja, aparentemente, que el padre se acomode se observa como una forma de colaborar. Aparentemente al ocurrir esta acomodación, las personas se sienten más satisfechas con la vida y perciben en mayor medida las características positivas del funcionamiento familiar.

Si la madre se acomoda o se impone, existe menor satisfacción con la vida, mayor sentido de injusticia y vacío existencial y resaltan las características negativas del funcionamiento familiar.

Debido a los roles de género y las relaciones de poder en las parejas y familias, aparentemente los resultados se ven matizados por el mayor contacto con la madre, ya que se observan en mayor medida las conductas de ésta que las del padre, por tal motivo, se puede pensar que ante una pregunta de relación entre los padres, las personas tomen como referente para sus respuestas la conducta de la madre.

La cultura es un factor importante a analizar en futuras investigaciones que sigan esta línea ya que podría pensarse que la imposición del padre y la acomodación de la madre serían lo más visto, caso contrario en este estudio, la acomodación del padre va acompañada de características positivas tanto de funcionamiento familiar como de bienestar personal en hijos de esas familias, de ahí que pueda comprenderse que personas más satisfechas con la vida pueden provenir de familias donde la flexibilidad y comunicación son la forma predominante de funcionar.

Esta investigación permite mirar a través de la cortina de las interacciones ya que muestra la forma en que los conflictos eran solucionados entre los padres a partir de la mirada de las hijas(os) en interacción con la forma en que funciona la familia y a su vez, refleja la influencia de estos factores en la satisfacción con la vida de cada participante.

Para usos clínicos, la batería aquí presentada, además de permitir la observación de las interacciones puede ofrecer una mirada distinta para el abordaje terapéutico.

### 3.2.2 Reporte investigación cualitativa

#### Reescribir la historia: La construcción biográfica colectiva como un elemento del proceso de duelo

Esta investigación nació con un objetivo doble. Comenzar a reconstruir la biografía de una persona que falleció recientemente y observar el efecto que tiene en las personas que participan en este proceso de construcción.

En la terapia narrativa se cuestiona la metáfora dominante en los discursos de las teorías y modelos de enfrentamiento del duelo: la del “*decir adiós*” a un ser querido que muere, abriendo paso a una nueva metáfora: la del “*decir hola*” (o “*decir hola de nuevo*”) para poder elaborar esta pérdida más fácilmente (Nell, 2009).

Según la metáfora del *decir hola* (White, 1988, citado en Nell, 2009) la pérdida de un ser querido no tiene que ser un punto final en la relación, aunque se dé una pérdida de la presencia física, en otros niveles de influencia, los recuerdos y el legado de quien fallece siguen ejerciendo influencia en las personas que se quedan. Estas memorias y palabras de sabiduría pueden continuar siendo una fuente de fuerza, consuelo e inspiración en el futuro. Esta metáfora invita a las personas a reconocer, valorar, celebrar y honrar la relación que tuvieron con quien murió.

De lo anterior, surgieron diversos cuestionamientos: *¿Qué elementos discursivos sociales, familiares y personales están incluidos al narrar la historia de un ser querido y la historia de su muerte? ¿Qué implicaciones tiene en el proceso de duelo la utilización de la metáfora del “decir hola” o del “decir adiós”? Participar en la construcción colectiva de la biografía de un ser querido que falleció ¿tiene un efecto terapéutico? ¿Qué impacto tiene el proceso en los distintos investigadores, según sea su posición dentro del fenómeno, ya sea como observador del fenómeno o como participante del fenómeno?*

Para contestar esta última pregunta es necesario hacer referencia a la particularidad de nuestro sistema de investigación, que hemos conceptualizado como un sistema observante desde la cibernética de segundo orden donde se afirma que el observador es parte del sistema por lo que necesariamente afecta y es afectado por lo que observa, en decir, toda descripción que se hace de lo que se observa y toda descripción de modelos es necesariamente una descripción acerca de quién genera esa descripción (Foerster, 1974).

Cada cultura tiene sus propias maneras de manejar la muerte y a su vez cada persona posee su propio concepto de la muerte, construido e incorporado a partir de su propia vivencia personal, contexto social y momento histórico.

En la civilización maya, la vida y la muerte formaban una combinación armónica (De la Garza, 1999: 40). Para los pueblos mexico-tenochca la vida era un sueño y sólo la muerte podría hacer que se sintieran plenamente despiertos. Durante el mes de agosto, organizaban rituales en los que se veneraba a Mictecacihuatl, En estos rituales anuales, las calaveras simbolizaban la muerte y el renacimiento y servían para honrar a los muertos, que ellos creían que regresaban a este mundo para visitarles (Alberro, 2004: 4).

La religión católica contempla a la muerte como la separación del alma del cuerpo. En esta definición filosófica se tiene en cuenta una constitución corporal y espiritual del ser humano y encuentra sus bases tanto en la Biblia como en la tradición teológica cristiana (Küng, 2000: 43; Küng, 1996: 380-394).

El proceso de duelo en la cultura mexicana

El luto es la parte más o menos formalizada de expresar el duelo y la pena por la persona que ha fallecido. A través de estos ritos, la muerte pretende ser incorporada a la vida mediante símbolos en las sociedades secularizadas contemporáneas. De esta manera se constituye un fenómeno al que se le pone distancia, ya sea banalizándolo en el contorno de lo cotidiano, ya sea suponiéndolo, en el ámbito médico, como un accidente al que hay que combatir por medio de la biotecnología actual (Rovaletti, 2002: 1).

Posiblemente más que cualquier otro rito mexicano, el Día de Muertos ha alcanzado la reputación de ser tanto un resabio indígena precolombino con un barniz católico europeo, como una fusión de prácticas ceremoniales prehispánicas y católicas (Brandes, 2000: 11).

En México, esta práctica ha adquirido matices singularmente distintivos. Para comenzar el nombre “Día de muertos” es un término específicamente mexicano, y constituye una secuencia de días que abarca desde el 28 de octubre y termina los primeros dos días de noviembre (Brandes, 2000: 8).

Con el objetivo de celebrar que los familiares difuntos vendrán de una manera espiritual a visitarles, en algunos lugares la fiesta es un acto social, en el que se reúnen los miembros de una comunidad en los cementerios locales para colocar flores en las tumbas, ofrendas de comida y bebida como la intención de compartirlas con sus familiares difuntos. También se

colocan velas con la intención de iluminar el camino de los muertos para llegar hasta su tumba (Ramos, 1987, citado en Alberro, 2004: 5).

Brandes (2000: 10) describe tres características de estas festividades que considera únicas de nuestro país: 1) el nombre de Día de muertos; 2) la variedad y abundancia de figuras en el pan dulce y velas; 3) el humor y la alegría que están presente a lo largo de toda la festividad.

El luto implica ciertos rituales específicos a cada cultura y religión, que contempla la ropa, la sepultura, los sufragios, etc. En la idea del luto esta la señal del respeto, las solidaridad o el homenaje por la persona que ha fallecido. En cambio, el duelo es una experiencia más personal, implica el sentimiento experimentado por la pérdida (Caycedo, 2007: 333).

Entre las diversas perspectivas teóricas en la elaboración del duelo se encuentran trabajadas desde la teoría psicodinámica, la teoría del apego, la teoría cognitiva, la de los constructos, la teoría del estrés, la perspectiva funcional, el modelo de proceso dual y el modelo médico. Todas estas teorías se caracterizan por percibir el duelo como una serie de etapas las cuales contienen tareas a superar. Por otro lado en los últimos años esta concepción de duelo está siendo cuestionada por autores como White (1988) en donde propone la metáfora de decir hola nuevamente, por otro lado, Wortman y Silver (1989), Exline, Dorrity y Wortman (1996) y Avia y Vázquez (1999, en Celeiro, Golobardes y Yuste, 2008) desestiman que exista una normatividad al seguir la secuencia del duelo para una resolución del mismo y puntúan que al estandarizar el duelo en etapas, con tareas específicas se puede impedir un adecuado afrontamiento del mismo.

En la teoría psicológica y social el proceso de duelo se ha descrito como un camino con varias etapas que normalmente son secuenciales y deben atravesarse para superar la pérdida de un ser querido.

Lindeman (1944), Parkes (1970) y Moss (1976) plantean que el proceso de duelo se desarrolla a partir de tres etapas (citados en Espina, Gago y Pérez, 1993). 1. Etapa de negación, en donde se vive una separación emocional de la realidad de la muerte. 2. Sobresalen sentimientos relacionados con la pérdida: como ira, depresión y desorganización. 3. Hay una aceptación gradual de la pérdida y hay un rompimiento del vínculo con la persona fallecida para poder darle importancia a nuevas relaciones.

Bowly (1980 y 1983; citado en Espina, Gago y Pérez, 1993) propone cuatro fases de duelo. 1. Fase de embotamiento de la sensibilidad en donde a la persona le cuesta trabajo aceptar la realidad por lo que se siente aturdida(o). 2. Fase del anhelo y búsqueda del objeto perdido. Se muestran expresiones de ira, llanto entre otras. 3. Fase de desorganización y desesperanza se caracteriza por desesperanza y depresión. 4. Fase de reorganización, donde la pérdida conlleva una redefinición del sí mismo y de la situación, posibilitando el desempeño de papeles y habilidades nuevas.

#### Intervenciones propuestas desde la terapia familiar

Cuando se pierde a un miembro de la familia todo el sistema familiar requiere de una reacomodación y reorganización. Walsh y McGoldric (1988; citado en Espina, Gago y Pérez, 1993) proponen que existen cuatro tareas que la familia requiere hacer. La primera tiene que ver con un reconocimiento compartido de la realidad de la muerte del ser querido, esta tarea se puede beneficiar a través de funerales y entierros. La segunda tiene que ver con la experiencia compartida del dolor por la pena del ser querido, en la que se expresan los sentimientos asociados a la pérdida. La tercer tarea es la reorganización del sistema familiar en donde se reparten y asumen los roles y funciones del familiar fallecido. La última tarea tiene que ver con el establecimiento de nuevas relaciones y metas de vida, en donde puede haber dificultades debido a la lealtad que se le tiene al difunto o por el temor a nuevas pérdidas.

Una propuesta de intervención viene desde el modelo ecosistémico en donde se realiza una evaluación de todo el contexto alrededor de la pérdida, Slaikeu (1984, en Espina, Gago y Pérez, 1993) considera a la persona como un sistema alrededor del cual se incluyen cinco subsistemas: el conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo, otros sistemas influyendo son: la familia nuclear, la extensa, el contexto comunitario, la subcultura (raza, clase social y religión) y la cultura (incluye medio, región y país). Se hace una evaluación de todos estos sistemas y subsistemas para determinar con qué apoyos se puede contar y en dónde se ubican los factores estresantes.

El objetivo es superar la crisis, por lo que Slaikeu (1984, en Espina, Gago y Pérez, 1993) propone cumplir con cuatro tareas: supervivencia física, expresión de sentimientos en relación con la crisis, dominio cognoscitivo de la experiencia y adaptaciones conductuales e interpersonales. Cuando hay un duelo incompleto en alguna familia se puede trabajar

mostrando como se ha organizado la familia y si hay áreas a trabajar en cuanto roles y funciones.

En el enfoque de terapia narrativa se ve a “la vida como un relato o narrativa”. Los seres humanos somos seres interpretantes, interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas. Necesitamos un marco de inteligibilidad que contextualiza nuestra experiencia y nos posibilita atribuirle significado. Los procesos de interpretación no son neutrales y tienen una influencia en lo que hacemos y en lo que decidimos (White, 2002).

Los relatos que tenemos sobre nuestra vida nos proporcionan el marco que nos hace posible interpretar nuestras experiencias, y estos actos de interpretación constituyen logros en los que nosotros somos parte activa. No existe relato que esté libre de ambigüedad y contradicción, y que además pueda manejar todas las contingencias de la vida. Hay experiencias que amenazan con dejarnos desconcertados, a las que no es fácil darles sentido por medio de los relatos dominantes que tenemos, por lo que tenemos que invocar algunos de los subrelatos de nuestras vidas, historias alternativas (White, 2002).

Nuestros relatos de vida son negociados y distribuidos dentro de comunidades de personas. Es importante que un público autentifique nuestras afirmaciones preferidas y los relatos alternativos de vida que vamos construyendo. En la terapia narrativa se retoma esta idea y se busca el público que autentificará las afirmaciones preferidas que surgen en el proceso terapéutico (White, 2002).

El duelo desde el enfoque de la terapia narrativa

Desde el enfoque narrativo, cuando alguien muere la relación que se tiene con esa persona continúa. Las historias y la conexión pueden seguir creciendo (Hedtke, 2000). Michael White (1998) lo expresa mediante la metáfora “saying hello again” o “decir hola de nuevo”, que invita a las personas a tener conversaciones que incluyen la relación con el ser querido ausente, contribuyendo a acercar a esta persona e incluso a experimentar su presencia y su voz.

Se recupera la voz de quien fallece, preguntando qué diría en estos momentos sobre la forma en la que el deudo está enfrentando la muerte. Con esto, se busca que esta voz siga sirviendo de guía y apoyo. Se realiza una práctica de re-integración, donde la voz de la persona fallecida puede seguir siendo reconocida en la definición de la propia identidad y la



persona siente que la historia de su vida sigue estando conectada a la historia de la persona fallecida, teniendo una experiencia más completa de esta figura, aunque ya no esté materialmente presente. Esto permite que visualicemos nuestra vida con más riqueza y tengamos nuevas posibilidades para la acción en el mundo. También hace menos vulnerables a las personas al sentimiento de soledad frente a la adversidad (White, 2001).

Nell (2009) propone varias maneras para trabajar la metáfora del “decir hola de nuevo” además de las conversaciones terapéuticas. Entre ellas están:

- El uso de cartas, ya sea que el terapeuta escriba una carta al cliente, que el cliente escriba una carta a quien falleció o que el cliente se escriba una carta a sí misma o sí mismo recuperando la voz de su ser querido.
- Usando la imaginación para decir hola de nuevo. Teniendo conversaciones con la persona fallecida, lo que normalmente se ve como signo de que el duelo no ha sido superado, en este enfoque se retoma como algo que ayuda a seguir adelante.
- El uso de símbolos, amuletos y fotografías para restablecer la relación perdida. En lugar de insistir a las personas para que se deshagan de las pertenencias, los muebles y otros objetos de quien falleció, estos pueden funcionar para reactivar los recuerdos que ayudan.
- Hacer tiempo para recordar a la persona que falleció.

Metodología.

Como método de investigación cualitativo se realizó una biografía, para alcanzar dicho fin y contestar nuestras preguntas tuvimos que generar el proceso de construcción colectiva de la biografía y evaluar el efecto terapéutico de esta experiencia. Las acciones que realizamos fueron las siguientes:

1. Convocatoria. Convocar a familiares y amistades de la persona fallecida y explicarles en qué consistiría su participación. A la fecha en que se cerró esta investigación se convocó a la esposa e hija de la persona fallecida. La convocatoria y la explicación consistió en lo siguiente “el objetivo es recopilar información y recuerdos acerca de [la persona fallecida] para a la larga escribir una biografía o memorias de él. Además queremos ver qué efecto tiene en cada uno de nosotros el contar esta historia y participar en este proyecto. La entrevista la realizaremos yo y otro de mis compañeros y será videograbada para que

después podamos transcribirla y revisarla cuando queramos”. Todas las personas convocadas aceptaron participar.

2. Recolección de información acerca de la persona fallecida. En esta etapa se realizaron entrevistas. Se hizo una entrevista a la hija y otra a la esposa.

3. Recolección de información acerca del efecto del proceso de construcción de la biografía en las personas participantes. Durante las mismas entrevistas se hicieron preguntas acerca del efecto que tenía en cada persona la conversación, sobre todo en lo referente al proceso de duelo.

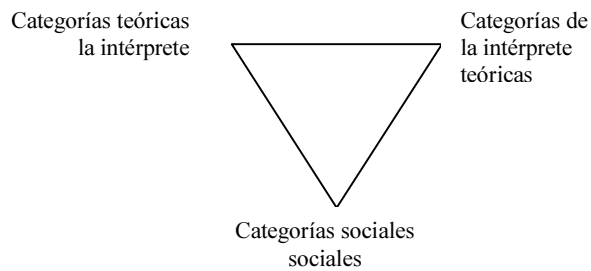
Desde el inicio de la investigación, se llevó un diario para llevar un registro de su experiencia y del efecto terapéutico del proceso. Cada integrante del equipo a su vez utilizó un diario de campo para registrar las experiencias de las entrevistas realizadas. Estos datos se presentan en la discusión.

4. Análisis de las entrevistas. Para analizar los datos se hizo una adaptación del procedimiento de etnografía educativa utilizado por Lecanda (2010). En este procedimiento se generan varios documentos con los que se va profundizando en el análisis de la información.

El primer documento es el registro de observación, en donde se inscriben las acciones sociales de los y las participantes (Clifford Geertz, 1991). Las acciones se van inscribiendo en un formato que tiene dos columnas: una de inscripción y una de interpretación. En la primera se anota la acción social significativa y la segunda se deja en blanco, en ésta se hará una primera interpretación de lo inscrito.

En el segundo documento se hacen las primeras interpretaciones, conjeturas e inferencias, subrayando aquello que resalta o parece significativo de la acción social inscrita y de la interpretación. Este segundo documento es el que permite identificar los patrones emergentes y los casos que parecen excepcionales, para después elaborar las categorías de análisis.

En el tercer documento se debe establecer una relación entre las categorías sociales (aquellas registradas en la inscripción), las categorías de la intérprete (las que se identifican en el segundo y tercer documento) y las categorías teóricas (los hallazgos y conceptos producidos por otras autoras o autores). Estas tres categorías permiten la triangulación teórica.



Esta triangulación teórica da luz al texto interpretativo, en el que se exponen los hallazgos de la investigación. En este caso este texto interpretativo se presenta en el análisis de resultados.

Resultados.

Se hicieron dos entrevistas, una a la hija y la otra a la esposa. Las entrevistas tuvieron una duración de dos horas aproximadamente cada una.

El análisis de las entrevistas nos arrojó las siguientes categorías:

Nombre de la categoría	Ejemplo
Historia personal	<p>“Algo que también a lo mejor él me dejó... digo, yo también soy un poco así, pero... tratar de alguna forma ayudar a la gente, hacerle algún bien, el mínimo que sea. Por ejemplo, ahorita que estoy trabajando en la tienda con los clientes, con la mayoría me llevo bien y siento que me estiman mucho, entonces con los niños trato de ayudarlos. Él lo hacía de otra forma, aconsejándolos, en la tienda también lo hacía, trataba de ayudar. Si alguien le platicaba que estaba enfermo le recomendaba el doctor, incluso una persona estaba enferma y las medicinas se las traíamos. Yo trato de ser así ayudar a la gente en ese sentido. Es algo que aprendí de tu papá, me dejó esas cosas buenas. Tratar de ser feliz eso es lo mejor, que siempre tu papá me lo dijo”</p>
Historia sobre la muerte del Ser Querido	<p>“Siento que mi papá de alguna u otra forma sabía lo que iba a pasar...mi homeópata, que cree en los chakras y esas cosas, me dijo que las personas tomamos esa decisión, de</p>

cuándo te vas a morir. O sea, no eres consciente de eso pero cuando llegas al mundo, tú ya tomaste esa decisión en algún momento, ¿no?, antes de nacer ya tenemos también la decisión de cuándo vamos a morir. Me dijo “tu papá lo decidió así”, porque yo justo le decía esto “es bien raro, yo siento como si él lo hubiera preparado todo, a pesar de que fue muy sorpresivo”. Porque fue un infarto fulminante, o sea, sin ningún síntoma previo ni nada. Yo siento que cerró un buen de cosas, siento que en el momento en que se fue, estaba con mucha paz, con todas las deudas y todos los pendientes arreglados, viviendo un momento super armonioso con mi mamá. A nosotras ya nos había encarrilado, entonces, ya no tenía que preocuparse por eso. Los últimos ¿qué serán?, como tres o cuatro años, se dedicó a disfrutar la vida y sí trabajaba y todo pero no estaba ni estresado ni nada, ¿no?, entonces es eso, siento que él de alguna forma cerró antes de morir.”

Historia del Ser Querido

“...él siempre quiso, cualquier persona con la que platicara, si sabía que tenía un problema o lo que fuera, él trataba de alguna forma de ayudarlo, de aconsejarlo, siempre estuvo con los chavos. Yo creo que también era su principal, pues no meta, idea de que los chavos siempre salieran adelante, que lucharan por ser alguien, siempre los aconsejaba, los jalaba, incluso a algunos de mis sobrinos les llegó a dar trabajo en su taller y todo.”

Historia de la relación con el ser querido

“Porque se me hace que es algo bonito, algo que a lo mejor ya en un tiempo dices, que alguien, tus nietos o tus hijos o alguien de la familia te pregunte, bueno, y “¿cómo era tu papá?, ¿cómo era tu esposo? O ¿cómo era mi abuelo?” Y digas “mira, pues tu abuelo era así, incluso se llegó a hacer esto de él, ¿quieres verlo, quieres leerlo?” Para que sepas

Proceso	<p>qué persona era, conocer cómo era. Siento eso, que es algo padre.”</p> <p>“Cuando murió curiosamente, piensas no es el momento, si me enoje y dije no existe Dios, porque si existiera no lo hubiera permitido, luego empecé a leer empecé a entender muchas cosas.”</p> <p>“Esto sí es una lección que... yo creo que si aprendo de todo esto es que, nada es tan grave. Este era mi miedo más grande. Y ya pasó y aquí estoy ¿no? Entonces... nada es... tan grave”</p>
Discursos sociales (Metáfora de “Decir hola de nuevo”)	<p>“Para mí hace mucho más sentido el seguir hablando de la persona, el celebrar la vida que tuvo, el honrar eso, esas memorias, que el intentar el “ok, ya, adiós””</p> <p>“Sí se fue físicamente, pero esa parte ahí va estar y va a estar físicamente en un libro”</p>
Discursos sociales (Metáfora de “Decir adiós”)	<p>“Fue un cambio muy chistoso porque, digo, los primeros días son etapas diferentes, el primer día no lo crees ¿no?, o sea, yo veía todo lo que había pasado y ni siquiera lloraba casi porque lo no crees, no te duele en ese momento. Luego, cuando pasaron los días fueron sentimientos diferentes, incluso con Paulina y Mariana lo llegué a comentar, la primer semana me sentía muy tranquila, una paz bien chistosa, luego conforme fueron pasando los días fueron etapas diferentes, me sentía enojada, me sentía a veces culpable y cosas así, pero con todo lo que he leído es normal que te pase esto.”</p> <p>“Yo creo que sacar emociones y despedirse de la persona, el ejercicio que hicimos de despedirte, para serles sincera no lo sentí real, porque lo haces con otra persona y hay más personas entonces me sentí rara, no fue tan real, y cuando acabo el primer nivel me sentí rara y ya en el segundo nivel</p>

me sentí bien y bien, dije “si me sirvió bastante” y a partir de ahí me sentí cada día mejor”

#### Discusión.

Para realizar esta discusión tomamos como guía las preguntas de investigación que nos planteamos desde el inicio. Comenzaremos con la argumentación para responder a nuestra primer pregunta: *Participar en la construcción colectiva de la biografía de un ser querido que falleció ¿tiene un efecto terapéutico?*

La muerte, desde nuestro punto de vista, es el fenómeno que con más fuerza rompe con la cotidianidad, es el evento extraordinario por excelencia. Incluso amenaza la legitimidad de nuestros universos simbólicos (Berger y Luckmann, 2003). La muerte, en sentido abstracto, ha querido ser explicada por las sociedades humanas desde que se tiene conocimiento de su existencia. En las vivencias particulares, cuando nos enfrentamos a la muerte, también le buscamos explicaciones. La narramos para comprenderla, para aceptarla, para volverla parte de nuestra cotidianidad y tener la posibilidad de seguir funcionando en el mundo.

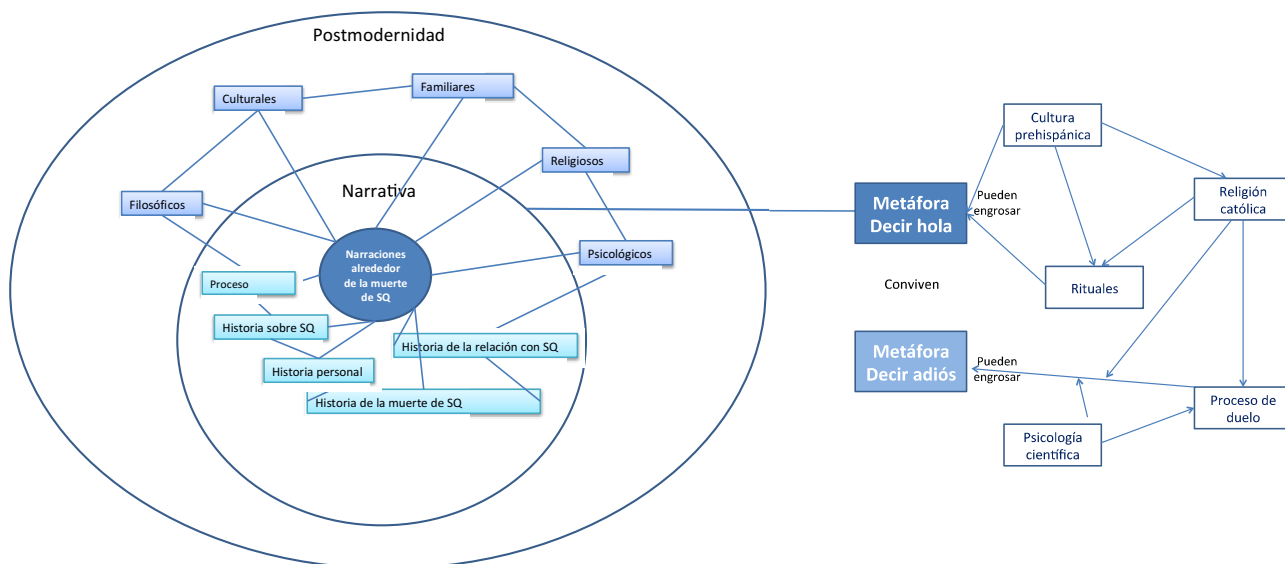
La metáfora de “decir hola de nuevo” se enfoca en recuperar aquellos aspectos de la relación que la persona que sufrió la pérdida añora, porque son una guía para su vida, una pieza clave para comprenderse a sí misma o al mundo que le rodea, o simplemente porque no se imagina la cotidianidad sin esos elementos. Esta recuperación se hace casi siempre mediante la conversación, formulando preguntas que promuevan una reconexión con lo que se quiere rescatar de la relación. Nuestra propuesta es hacerlo mediante la generación de una conversación que tenga además un documento, un libro.

Esto se refleja en las entrevistas: hablar sobre la persona que falleció ayuda, no se trata sólo de hablar, hay que ir más allá, compartir lo que aprendimos, honrar la vida, los esfuerzos, las anécdotas, los valores de quien fallece. Hacerlo en colectivo le da un toque extra, ya que es mediante las conversaciones que estamos creando esto y las conversaciones nos ayudan a elaborar la pérdida, no solo por el efecto que ya tiene la narración, sino porque en la conversación tenemos una audiencia, testigos (White, 2002) que le dan más fuerza a nuestros relatos. El mismo proceso de creación de la biografía puede tener un efecto terapéutico, en este caso lo tuvo.

La segunda pregunta es *¿Qué elementos discursivos sociales, familiares y personales están incluidos al narrar la historia de un ser querido y la historia de su muerte?*

Ahora, si nos enfocamos en el discurso, en el análisis de los relatos y las historias que fueron contadas en las entrevistas, vemos que casi invariablemente se respetan los elementos de una narración descritos por Bruner (1988, 2000) y de una biografía enumerados por Denzin (1989). Las participantes hacen referencia al panorama de la acción y de la conciencia cuando cuentan una historia; las anécdotas que escogen narrar tienen por lo menos un aspecto problemático que se da entre dos de los cinco elementos propuestos por Burke (Acción, Actor, Meta, Instrumento y Escenario); hay referencias al mundo interior (corriente fenomenológica) y al mundo exterior (corriente interaccional). Todo esto le da verosimilitud a las narraciones, cada historia es válida no porque lo que se cuenta esté apegado a los “sucesos reales”, sino porque cumple con los elementos que la acercan a las experiencias de vida.

Cuando el evento extraordinario que se quiere explicar es la muerte de un ser querido, el proceso de acercamiento a lo ordinario es lo que llamamos proceso de duelo. En las entrevistas nos dimos cuenta de que las narraciones tuvieron la siguiente estructura:



Y además, notamos que en el proceso de elaboración de la muerte de un ser querido, las dos metáforas, del decir hola y decir adiós, conviven:

La forma en la que conviven ambas metáforas se describe en nuestra respuesta a otra de las preguntas iniciales: *¿Qué implicaciones tiene en el proceso de duelo la utilización de la metáfora del “decir hola” o del “decir adiós”?*

Las metáforas que estuvimos utilizando desde el comienzo de la investigación fueron “la metáfora del decir hola de nuevo” (White, 1998 y 2001) y los enfoques trabajados desde la teoría psicodinámica, la teoría del apego, la teoría cognitiva, la de los constructos, la teoría del estrés, la perspectiva funcional, el modelo de proceso dual y el modelo médico; en donde hay diferentes etapas que se tienen que resolver y que implican un dejar ir, lo cual White denominó como “la metáfora de decir adiós”.

Partiendo de estos sustentos teóricos pensamos en hacer claramente una división, la hipótesis inicial era que las personas a las que íbamos a entrevistar se encontrarían en un proceso en donde una metáfora era la narración dominante y esa narración de alguna manera estaría contribuyendo en su proceso. Después de realizar las entrevistas y de una discusión y análisis de las mismas, la separación propiamente teórica comenzó a diluirse, entonces la pregunta que nos hicimos era *¿Qué implicaciones tiene en el proceso de duelo la utilización de ambas metáforas?* Fue ponerlas en un nivel de convivencia no de exclusión total.

Para ambas entrevistadas, la metáfora de decir hola de nuevo es su favorita, lo manifestaron en diversas ocasiones de las entrevistas al comentarnos que esta metáfora les ha ayudado a sentirse mejor. En el caso de la esposa, mirar que si ella se encuentra bien donde quiera que esté, su marido también lo estará y que si ella está mal su marido también está mal, es una idea que le ha resultado muy útil y que le ayuda a sentirse tranquila. Esto no se contrapone con la idea de que ha pasado por una serie de etapas y momentos, lo explica a través de cómo se dio cuenta por los libros que ha leído, que son normales las emociones y sentimientos que ha tenido, fueron etapas las cuales le han dado una idea de que sentir coraje es normal, la han llevado a no sentirse tan extrañada de sus propios sentimientos, pues la muerte representa un evento extraordinario. Para la hija, la idea que más sentido le hizo es la metáfora de decir hola de nuevo. Su acercamiento con esta metáfora se ha dado tanto en lecturas, como encontrando nuevas formas de relación con su papá, por ejemplo, aprendió a tocar guitarra y fue a un congreso a Cuba. La metáfora del decir hola de nuevo se encuentra presente en su proceso, pero tampoco le ha impedido aceptar que hay



momentos en se percibe a si misma avanzando, sintiéndose mejor o extrañando mucho a su papá, lo que corresponde a la metáfora del decir adiós.

La aceptación de que ambas metáforas les han ayudado en su proceso de duelo, podría ser una conclusión, la cual implica hasta cuestionar a las mismas teorías en donde se hacen separaciones para tratar de legitimar una teoría y descalificar a la otra. En nuestra investigación el mismo proceso de las entrevistas y sus análisis nos llevó a acoger ambas metáforas. También reconocemos que haber propuesto la metáfora de decir hola de nuevo fue un desafío a algunas ideas dominantes propias de los discursos culturales y académicos, al final podemos decir que ambas metáforas conviven y una pregunta que nos queda pendiente es, ¿En un proceso de duelo la convivencia de ambas metáforas resulta más terapéutico que el solo acoger una y no querer ver lo que pasa con la otra?

Finalmente, recuperamos la experiencia de los investigadores para contestar la última pregunta: *¿Qué impacto tiene el proceso en los distintos investigadores, según sea su posición dentro del fenómeno, ya sea como observador del fenómeno o como participante del fenómeno?*

En general, la realización de la investigación, condujo a las investigadoras a generar un proceso reflexivo con respecto de las posturas académicas, culturales y religiosas que cada una tiene frente a la muerte de un ser querido.

También ayudó a mirar las relaciones con las personas significativas en la vida de cada una, de modo que cuidarlas se ha vuelto aún más importante. Por otro lado, también llevó al proceso de reflexión sobre el quehacer terapéutico.

Finalmente vale la pena decir que este proceso no está terminado, aún falta entrevistar a otras personas y realizar el objetivo a partir del cual nació esta investigación: escribir la biografía del ser querido.

Lo que hemos encontrado en esta investigación nos da luz sobre el proceso de duelo y nos hace preguntarnos como terapeutas de qué maneras podemos guiar las conversaciones en cada sesión para incorporar ambas metáforas y generar narraciones que ayuden a nuestros consultantes a elaborar sus pérdidas de una manera que les permita seguir con su vida de la manera que prefieren.

Una pregunta que queda sin contestar es si conviene seguir llamando “duelo” a la construcción de narraciones que siguen a la muerte de un ser querido. Como profesionales

debemos de reflexionar sobre las palabras que usamos, en cuestión de su utilidad y de la ideología que representan. Quizá la palabra duelo no es la más útil, esta investigación nos invita a pensar en otras con mayor utilidad.

### 3.2.3 Productos tecnológicos

En este rubro, realice dos talleres, el primero presentado en el marco de las actividades de bienvenida y preparación para el ingreso a la maestría de la generación 14 de dicho posgrado. El taller fue llamado “Taller de bienvenida a la maestría en terapia familiar” dirigido a los alumnos y alumnas de nuevo ingreso a la maestría en Terapia que se llevó a cabo del 28 de julio a 1 de agosto de 2014 contando con la participación de 10 personas que representan el total de la generación. Taller realizado en conjunto con Fabiola Ordaz, Ulises Martínez y Nara Pérez.

El segundo, un taller llamado “Taller de genograma” dirigido a los alumnos y alumnas usuarias del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, UNAM que se llevó a cabo del 5 al 19 de marzo de 2015 y contó con la participación de 30 personas.

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

Otras habilidades que se refuerzan en la formación durante la maestría van dirigidas a la aplicación, difusión y construcción de conocimientos para beneficio de la comunidad. De tal forma que se consideran en este apartado aquéllas actividades realizadas con dicha finalidad.

#### 3.3.1 Programas de intervención comunitaria

Para aplicar los conocimientos en la comunidad, se realizó el “Taller de resolución de conflictos en las relaciones con las figuras parentales” con duración de 9 horas realizado los días 22 y 26 de mayo de 2015 contando con la participación de 20 personas adolescentes pertenecientes a la población de una preparatoria.

Dicho taller tuvo como finalidad que los y las participantes practicasen estrategias de resolución de conflictos que favorezcan las relaciones con sus figuras parentales. Tal objetivo se alcanzó y las personas participantes calificaron de útil la información recibida y práctica realizada durante el evento.

### 3.3.2 Reporte de asistencia y participación en eventos académicos

Una manera más de compartir y construir conocimientos es la asistencia a eventos académicos en calidad de participante y/o ponente.

Algunas de las participaciones realizadas fueron:

XI Jornadas Internacionais RELATES. “Diálogos Interculturais: construindo a terapia de casal e de família” realizadas en Sao Paulo, Brasil los días 24, 25, 26 y 27 de junio de 2015. Con la ponencia “Deixar que as ondas cheguem à beira do mar: um caso de Terapia Breve Centrada em Soluções / Dejar que las olas te regresen a la orilla: un caso de Terapia Breve Centrada en Soluciones” en co-autoría con la Lic. en Psic. Carolina López Hernández.

5º Congreso de Alumnos de Posgrado de la UNAM, realizado del 23 al 25 de marzo de 2015 en Ciudad Universitaria, UNAM, Distrito Federal, México. Con la ponencia “Etiquetas diagnósticas ¿impulso u obstáculo?”

También participé en el 4º Congreso internacional Terapia breve y familiar: MRI ayer y hoy. Realizado en San Andrés Cholula, Puebla del 24 al 26 de octubre de 2014.

### 3.4 De las habilidades de compromiso y ética profesional

Durante la práctica profesional podemos encontrarnos con situaciones y casos que pongan a prueba las posturas profesional, ética, epistemológica, teórica y política con las cuales hacemos terapia y nos conducimos en el mundo. Ocasionalmente tendremos dudas sobre qué se puede hacer y qué no durante la praxis, en esos momentos, podemos acudir a ciertas pautas guías, en primer lugar, en la práctica profesional, está el Código Ético del Psicólogo en México que marca las pautas de la forma en cómo conducimos y la calidad del servicio durante la práctica profesional (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Por otro lado, tenemos el código ético de la terapia familiar (Asociación Mexicana de Terapia Familiar, recurso en línea) que habla de las formas de conducirse de terapeutas familiares y de pareja, da puntos relativos a la responsabilidad con las personas consultantes, la confidencialidad, la capacidad e integridad profesional, la responsabilidad con personas a cargo, con las personas participantes en investigaciones en las que se participe, responsabilidad a la profesión, los arreglos financieros y la publicidad. Temas de importancia y relevancia en la práctica.

También considero valiosa la observación de otras éticas, por ejemplo, la ética relacional como lo comprende McNamee y Gergen (1999) y Gergen (2007) y McNamee (2015 junio 18) donde, más que hablar de qué no hacer o qué hacer, habla de cómo lo hacemos, nos invita a mirar de forma reflexiva lo que hacemos, buscar y facilitar la multivocalidad, hacernos co-responsables de las construcciones sucedidas en las conversaciones terapéuticas.

Por último, la ética desde los derechos humanos, las personas tenemos derechos universales que tienen que vigilarse y respetarse en todos los contextos.

Así, como postura personal, hay que observar y poner en tela de juicio nuestras posturas para evitar caer en abusos de poder.

## Consideraciones finales

### 4.1 De las habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Durante la formación, adquirí una gran cantidad de herramientas para el ejercicio terapéutico, técnicas diversas encaminadas a apoyar el alcance de metas de las personas consultantes. Y más que nada, he adquirido la postura terapéutica que me gusta por el momento, la forma de desenvolverse en el espacio terapéutico, pensar en la epistemología que tomo como guía, en las bases teóricas y mi postura política actual.

Por otro lado, ahora tengo sensibilidad ante temas que antes de la formación no alcanzaba a notar, especialmente, lo relacionado con las violencias de género y las formas culturales que las facilitan, agradezco enormemente que la formación tenga la mirada feminista de las personas que participan como docentes, sin ella, sería sólo un cúmulo de tareas a realizar.

Investigar como parte del proceso de formación, me ayudó a adquirir mayor disciplina en la metodología y realización de las mismas, el análisis de resultados y la publicación de los mismos para darlos a conocer. En esto último, comprendí la importancia que tanto la forma como el contenido tienen para las revistas en las cuales se desee publicar.

Si bien las publicaciones tienen un peso importante en la adquisición de estatus como investigador, hay otras formas que también permiten compartir y co-construir conocimientos con otras personas colegas de profesión, personas con otras profesiones y público en general, de tal forma que la asistencia a foros de conversación locales, nacionales, internacionales, interdisciplinarios. Y los conocimientos serían vacíos si no se llevan a la práctica y se utilizan para beneficio de las comunidades, siendo la realización de talleres una manera eficaz de lograrlo.

Todo lo anterior, en un marco de ética y profesionalismo que se refleja en el respeto (sistémico) por las demás personas.

### 4.2 De la experiencia en la formación.

Fue en sumo enriquecedora en todos los ámbitos de mi vida, me puso a prueba en varios momentos y en algunos más me ayudó a pensar que no tenía sentido lo que estaba realizando, aún así, las relaciones con mis hermanas y hermano de maestría, sumadas a las relaciones con algunas y algunos docentes, ayudaban a levantar el ánimo y seguir adelante.

Considero que en ocasiones la carga de trabajo no parecía tener sentido, hasta puedo asegurar que no tenía sentido, aún así, cumplía con lo solicitado, algunas ocasiones me sentí defraudado y frustrado por los estilos de docencia que al menos para mí no funcionaban del todo.

Finalmente creo que el equilibrio entre excelentes experiencias y algunas otras no tan gratas, es lo que ayuda a que se disfruten los momentos de aprendizajes, renovación, aprehensión y descanso.

#### 4.3 De las implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

Si bien en el principio fue complicado el movimiento epistemológico, venir de la tradición positivista de las visiones psicodinámica y cognitivo conductual donde las cosas “son” y hay un plan específico para que sigan “siendo”, donde la patología es lo que hay que ver para curarla (postura con la que nunca me sentí cómodo) y donde la causalidad lineal es la explicación a todos los fenómenos para entrar en las ideas de la posmodernidad donde la relativización salta a la vista, donde las certezas no tienen cabida y se vive en la incertidumbre y las ideas sistémicas donde la circularidad, el cuestionamiento irreverente y dejar de lado el “poder” que nos otorgan las personas para relacionarme de forma horizontal con los consultantes, fue un viaje vertiginoso, pero, ¿cuál viaje no lo es?

Reitero la adquisición de la mirada crítica e irreverente que permea varios aspectos de mi vida actual, finalmente, poder elegir una postura ante el contexto y expresar de forma que puede ser útil, me alegra.

Mirar a las personas como personas y no como problemas, es un reto de cada día, relativizar y dejar de hacerme la vida imposible por aquellas situaciones o cosas que antaño me llevaban al enfado o a reacciones que tendían a la descalificación, hoy día todo es posible y tiene una razón de ser, como dijo Gerardo Resendiz en alguna sesión, las personas tienen buenas razones para hacer lo que hacen, no se justifica con esto sus acciones porque generalmente hay más de una opción para responder, pero sí podemos mirar las intenciones que hay detrás.

Por otro lado, afianzar la idea que lo que hago cambia el mundo, me ayuda a buscar esas diferencias que hacen diferencia, no sólo en el ejercicio profesional, sino en la vida misma

porque, como Miriam Zavala y Nora Rentería dijeron, las ideas que se llevan a la terapia marcan una forma de ver el mundo, son una postura de vida.

Por todo esto y más, creo que vale el esfuerzo, tiempo, renunciaciones, sacrificios, deseos, expectativas, desveladas, sudores, risas y experiencias que se dieron cita, a veces todas a la vez, durante el proceso.

## Referencias.

- Aceves, J. (1998). La Historia oral y de vida: del recurso técnico a la experiencia de investigación. En J. G. (Compilador), *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (págs. 207-273). México: Pearson.
- Alarcón, R. (2006) Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, 1, 99-106.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). La violencia doméstica: informe sobre los malos tratos a mujeres en España. España: Fundación “La Caixa”, versión electrónica recuperado desde [www.estudios.lacaixa.es](http://www.estudios.lacaixa.es)
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar. (1997). *Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C.* Recuperado de <http://amtfac.wixsite.com/amtf/codigo-tico> el día 20 de enero de 2017.
- Bartra, R. (2005). *La jaula de la melancolía*. México: Debolsillo.
- Berger, P. L. Y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bertely, M. (2007). *Conociendo nuestras escuelas: Un acercamiento etnográfico a la cultura escolar*. México: Paidós.
- Bertrando, P. (2011). *El terapeuta dialógico. El diálogo que conmueve y transforma*. México: Pax.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.



Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán: diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Braverman, R. (1986) *Tipología familiar relacionada con aspectos psico-socio-pedagógicos*. Tesis de doctorado en psicología clínica. México: Facultad de Psicología. UNAM.

Bruner, J. (1988). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.

Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. España: Alianza Editorial.

Bruner, J. (2000). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza editorial.

Cade, B. y O'Hanlon, H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós.

Camacho, J. M. (2006). *Los diagnósticos y el DSM-IV*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo15.pdf> el día 26 de abril de 2016.

Cascón, P. (2001) *Educación en y para el conflicto*. Escola de Cultura de Pau: UNESCO.

Celeiro, S., Golobardes, M. y Yuste, R. (2008). *El peso semántico del duelo en la narración terapéutica*. Escuela de terapia familiar de Sant Pau, versión electrónica disponible en <http://www.etfsantpau.com/mediapool/67/674939/data/duelo-08.pdf>

Cuadra, H y Florenzano, R. (2003) El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13, 1, 83-96.

Davies, Brownyn y Harré, R. (2007). Posicionamiento: La producción discursiva de la identidad. Traducción de César Cisnero. *Athenea Digital*, 12, 242-259. Disponible en <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/f>.

De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23(1), 11-17.

De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. España: Paidós.

- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1999). *En su origen las palabras eran magia*. España: Gedisa.
- De Shazer, S. (2004). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. España: Gedisa.
- Denzin, N. (1989). Interpretive biography, *Qualitative Research Methods*, v. 17, Newbury Park: Sage.
- Díaz Guerrero, R. (2003). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Díaz, G. (2001) El bienestar subjetivo: actualidad y perspectivas. *Revista Cubana Med Ger Intgr*, 17, 6, 572-579.
- Díaz, M. N. (Enero de 2017). Atención psicológica en mujeres que sufren violencia de pareja. En A. Hernández y V. Gutiérrez (Organizadoras), Simposio “Violencia y género”. Simposio llevado a cabo en Ciudad de México, México.
- Efran, J., Lukens, M. y Lukens, R. (1994). *Lenguaje, estructura y cambio. La estructuración del sentido en psicoterapia*. España: Gedisa.
- El nuevo diario (2007). *Primer matrimonio gay en México*. Managua: viernes 16 de marzo del 2007, recuperado de <http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2007/03/16/ultimahora/2868> el día 7 de octubre de 2013.
- Elkaïm, M. (1994). *Notas sobre la autorreferencia y la terapia familiar*. En Elkaïm, M. (ed.). (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.
- Espina, A., Gajo, J., Pérez, M. (1993). Sobre la elaboración del proceso de duelo en terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, 4, 13,77-88.
- Flores, M. Diaz-Loving, R y Rivera, S. (2004) Validación psicométrica del inventario de negociación del conflicto en parejas de una subcultura tradicional. *Revista iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación psicológica*, 17, 39-75.

Flores, M., Díaz Loving, R., Rivera, S. y Chi, A. (2005). Poder y negociación del conflicto en diferentes tipos de matrimonio. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10, 2, 337-353.

Fruggeri, L. (2005). *Diverse normalita: psicología delle relazioni familiari*. Roma: Carocci editore.

Gamboa, M., Lecanda, P. y Valenzuela, M. (2011) *Manual de negociación y mediación de conflictos*. México: Grupo de Educación Popular con Mujeres A. C.

García M. (2007). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. Miguel Ángel Porrúa. México, D.F.

Geertz, Clifford (1991). *Descripción Densa: Hacia una Teoría Interpretativa de la Cultura*. En Clifford Geertz, *La Interpretación de las Culturas*, Barcelona: GEDISA.

Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Ediciones Uniandes

Gergen, K. (1991) *El yo saturado*. Barcelona: Paidós.

Gómez, A. (2004). *Diversidad familiar y homoparentalidad*. *Revista pediatría de atención primaria*, (6) (23) pp 361 – 365. Recuperado desde en línea el día 6 de octubre de 2013.

González, C. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En: L. Eguiluz (ed) *Terapia Familiar*. (p 29-47). México: Pax-Mex.

Gutierrez, N. J. (2015). *Psicología comunitaria: el adulto mayor y su pertenencia a un grupo de pares*. (Tesis de especialidad). Facultad de Psicología, UNAM, México.

Haley, J. (1983). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1985). *Terapia de Ordalia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Haley, J. (1988). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.

Heath, J. (2012). *Lo que indican los indicadores: cómo utilizar la información estadística para entender la realidad económica de México*. México: INEGI. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/indicacion\\_indi/indica\\_v25iv12.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/indicacion_indi/indica_v25iv12.pdf) el día 5 de marzo de 2016.

Hedtke, L. (2000) Dancing with dead. *Gecko: A Journal of Deconstruction and Narrative Ideas in Therapeutic Practice*, no 2.

INEGI. (2011). *Panorama sociodemográfico del Distrito*. México: INEGI. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora\\_socio/df/panorama\\_df.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/df/panorama_df.pdf) el día 5 de marzo de 2016.

Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.

Lecanda, P. (2010). *La inclusión de la perspectiva de género en educación primaria: de la sociedad y las políticas públicas a la comunidad educativa y el aula*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.

Lederer, W. y Jackson, D. (1968). *Mirages of Marriage: A Profoundly Original Look at the Marital Relationship with No-Nonsense procedures to help solve its problems*. USA: W.W. Norton & co.

Lederer, W. y Jackson, D. (1968). *The mirage of marriage*. New York: Norton.

Ledezma, A. (2012). *Las historias más comentadas durante el 2011*. CNN México. Recuperado de <http://mexico.cnn.com/tecnologia/2012/01/02/el-primer-matrimonio-gay-en-adoptar-en-mexico> el día 7 de octubre de 2013.

León, M. (s/f) *Identidad étnica y familia, análisis antropológico de un estudio de caso*. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/7.pdf> el 1 de octubre de 2013.

*Ley de sociedad de convivencia para el Distrito Federal*. (2006). Recuperado de [http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/legislacion/ley\\_de\\_sociedad\\_de\\_convivencia\\_para\\_el\\_distrito\\_federal.pdf](http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/legislacion/ley_de_sociedad_de_convivencia_para_el_distrito_federal.pdf) el día 5 de octubre de 2013.

- Lipchik, E. (2002, dec). Uncovering MRI roots in solution-focused therapy. *Ratkes*.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Luna, A. (2012) Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres. *Acta Colombiana de Psicología*, 15, 1. 77-85.
- Luna, A., Laca, F. Y Mejía, J. (2011) Bienestar subjetivo y satisfacción con la vida de familia en adolescentes mexicanos de bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, 19, 2 17-26.
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McNamee, S. [Cesar Vasques]. (2015 junio 18). Sheila McNamee sobre ética relacional 1 ISI 2015 18 06 2015 [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=wkEjhfFuq9w>
- McNamee, S. [Cesar Vasques]. (2015 junio 18). Sheila McNamee sobre ética relacional 2 ISI 2015 18 06 2015 [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=aOWTrSELYSA>
- McNamee, S., Gergen, K., (eds.). (1999). *Relational responsibility. Resources for sustainable dialogue*. London: SAGE Publications.
- McNamee, Sh. Y Gergen, K. (1998) *Relational responsibility. Resources for sustainable dialogue*. Nueva York: Sage Publications.
- Medina, H., A. (2007). Pueblos antiguos, ciudad diversa. Una definición etnográfica de los pueblos originarios de la Ciudad de México An. Antrop., 41-II (2007), 9-52, ISSN: 0185-1225 Recuperado de [http://revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/15042/pdf\\_507](http://revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/15042/pdf_507)
- Minuchin, S. (1979) *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Monroy, L. (septiembre, 2013). *Familias y diversidad sexual*. Ponencia Facultad de psicología.
- Nell, W. (2009). The saying hallo methaphor as alternative approach to death-related counselling. En *Dying, Assisted Death an Mourning*, Asa Kasher (ed). Nueva York: Editions Rodopi. Disponible en línea en: <http://www.interdisciplinary.net/ptb/mso/dd/dd3/nell%20paper.pdf>
- O'Hanlon, H. (1999). *Desarrollar posibilidades*. España: Paidós.
- O'Hanlon, H. (2004). *Creecer a partir de las crisis*. México: Paidós.
- O'Hanlon, H. y Hudson, P. (1995). *Amor es amar cada día*. España: Paidós.
- O'Hanlon, H. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. España: Paidós.
- Ochoa, A. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Olson D. Y Gorall, D. (2006). *Faces IV and the Circumplex Model*. ST. Paul: University of Minnesota.
- Olson D., Bell, R. y Poitner, J (1982). *Faces II. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II*. Family Social Science: University of Minnesota.
- Ordaz, B. (septiembre, 2013) *Familias y contexto, continuidad, cambio y transformaciones*. Ponencia Facultad de psicología: UNAM
- Ordaz, B., Monroy L. y López, L. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. Incidesocial: México
- Ordaz, G. Monroy, L y López M. (2010) *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. México: INCIDE social A. C.
- Real Academia Española. (2016). Diccionario online. Recuperado desde <http://dle.rae.es/?id=De7qNYD> el día 26 de abril de 2016.

Rivera A., S. Díaz-Loving, R., Cruz del Castillo, C y Vidal G., L. (2004) Negociación del conflicto y satisfacción en la pareja. *La psicología social en México*, 10, 135-140.

Rivera, L. (septiembre, 2013). *Diversidad cultural en México*. Ponencia Facultad de psicología: UNAM.

Rivera, S y Díaz-Loving, R (2002). La cultura de poder en la pareja. México: UNAM, Facultad de psicología/ M. A. Porrúa.

Rocha, T., Díaz Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21, 42-49.

Runkel, H. E. (2011). *Paternidad libre de gritos*. Mexico: Trillas.

Schütz, A. y Luckmann, T. (1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Secretaría de Salud. (2001). *Carta de los derechos generales de las pacientes y los pacientes*. Documento en línea recuperado desde <http://bvs.insp.mx/local/File/CARTA%20DER.%20G.%20PACIENTES.pdf> el día 11 de diciembre de 2016.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

Villaloz, C. G. (2015). *Detección de conductas autolesivas mediante un modelo de atención clínico comunitario*. (Informe profesional de servicio social). Facultad de psicología, UNAM, México.

Von Foerster, H. (Ed.) (1974). *Cybernetics of Cybernetics*. Urbana: Biological Computer Laboratory, University of Illinois.

Watzlawick, Beavin y Jackson, (1989) *Teoría de la comunicación humana. Interacciones patológicas y paradojas*. Barcelona: Herder.

White, M. (1998) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2001) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y Ensayos*. Barcelona: Gedisa

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. E.U.A.: W.W. Norton & Company.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Wodds, P (1987). *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós.