



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

La responsabilidad como concepción ontológica de los
dialogantes en terapia

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE : MAESTRA EN PSICOLOGÍA P R E S E N T A :

Luis Darío Villela Soto

Director del reporte: Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez
Facultad de Psicología

Revisor del reporte: Mtro. Jorge Molina Avilés
Facultad de Psicología

Miembros del comité: Dra. María Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Facultad de Psicología
Mtra. Nora Claudia Rentería Cobos
Facultad de Psicología
Mtro. Flavio Sifuentes Martínez
Facultad de Psicología



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.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
CAPÍTULO I	
EL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA TERAPIA FAMILIAR	11
1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE LA TERAPIA FAMILIAR	11
1.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL	11
1.2.1 PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LAS FAMILIAS EN MÉXICO Y EN EL MUNDO	13
1.3.1 LA TERAPIA SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA FAMILIAR	17
2. CARACTERÍSTICAS DE LAS SEDES CLÍNICAS DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO	24
1.2.1 CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”	24
1.2.2 CENTRO COMUNITARIO “SAN LORENZO”	25
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	27
1. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN LA TERAPIA SISTÉMICA Y POSMODERNA QUE SUSTENTAN LOS CASOS PRESENTADOS	27
2.1 MODELO MRI	28
2.2 MODELO ESTRUCTURAL	42
2.3 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS TEMAS QUE SUSTENTAN LOS CASOS PRESENTADOS	
<i>LA RESPONSABILIDAD COMO BASE ONTOLÓGICA DE LA CONSTRUCCIÓN DIALÓGICA</i>	53
CAPÍTULO III	
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	73
1. HABILIDADES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS	74
3.1.1 CASOS ATENDIDOS	74
3.1.2 CASO A. FAMILIA MARCO	77
3.1.3 CASO B. FAMILIA ZAMORANO	93
3.1.4 REFLEXIÓN SOBRE LA INTEGRACIÓN DEL MARCO TEÓRICO Y LOS CASOS PRESENTADOS	104
2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN	112
3.2.1 REPORTES DE INVESTIGACIÓN	112

3.2.2	METODOLOGÍA CUANTITATIVA	113
	RELACIÓN ENTRE LA MANIFESTACIÓN DE CELOS E IMPULSIVIDAD Y SUS CONSECUENCIAS EN EL BIENESTAR SUBJETIVO	
3.2.3	METODOLOGÍA CUALITATIVA	127
	MODELO DE AFRONTAMIENTO Y MANEJO DE LA SEXUALIDAD EN HIJOS ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL	128
3.	HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA	144
3.3.1	PRODUCTOS TECNOLÓGICOS	144
	PRESENTACIÓN DEL TALLER DE INDUCCIÓN PARA ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO A LA RESIDENCIA DE TERAPIA FAMILIAR	144
	ELABORACIÓN DEL MANUAL PARA TRABAJAR LOS FORMULARIOS DE GOOGLE	146
3.3.2	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	147
3.3.2.1	TALLER DE MANEJO DE EMOCIONES	147
3.3.3	PRESENTACIÓN EN FOROS ACADÉMICOS	149
4.	HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL	150
3.4.1	CONSIDERACIONES ÉTICAS QUE EMERGEN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	150
CAPÍTULO IV		
CONSIDERACIONES FINALES		159
4.1	RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIA PROFESIONALES ADQUIRIDAS	159
4.2	REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	161
4.3	IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO.	163
REFERENCIAS		166

RESUMEN

La complejidad de las estructuras sociales contemporáneas se ven reflejadas en las múltiples problemáticas que se observan tanto de manera directa (en la vida cotidiana incluyendo la terapia) como de forma indirecta (a través de investigación y estudios de caso por ejemplo), evidenciando la imposibilidad de encuadrar dicha complejidad en una concepción de la realidad desde la perspectiva del modernismo no por invalidar las aportaciones teóricas que se desprenden de esta perspectiva de concebir los fenómenos del mundo, sino por la necesidad de incluir dichas aportaciones en un contexto más amplio e inclusivo desde donde se posibilite una manera más efectiva de plantear soluciones y formas de intervención donde estas puedan tener un impacto en la vida de las personas. Situaciones tales como la sobrepoblación, pobreza, violencia intrafamiliar y social, adicciones etc... no pueden enfrentarse desde la perspectiva de una solución general que se corresponda con una realidad unívoca sino desde una mirada que considere los aspectos y factores generales y específicos que configuran cada una de las conflictivas que conllevan sufrimiento a las personas desde la inteligencia que cada problemática es una situación vital que se ha construido desde significados diferentes de lo que para quienes viven dicho conflicto es una realidad. Las terapias familiares y más en específico las posmodernas permiten visualizar como las personas dan sentido a sus experiencias vitales en tanto procesos relacionales más que en lo referente a sus contenidos discursivos lo que permite un entendimiento más profundo de cómo se ha estructurado aquella realidad que posibilita los conflictos que aquejan a la gente (acuda o no por ayuda). El objetivo pues de este reporte es presentar los resultados obtenidos a través del proceso de formación como terapeuta familiar desde la perspectiva posmoderna. Se presentan los análisis psicosociales que encuadran el trabajo realizado durante la residencia y que dan cuenta de la necesidad de intervenciones multidisciplinarias y multinivel, también se incluyen tanto los fundamentos teóricos que sustentan las prácticas clínicas como dos de los casos que se trabajaron en supervisión, así como las diferentes investigaciones que dan luz a la complejidad de las problemáticas que enfrentan tanto las personas como las familias y demás grupos sociales mencionadas más arriba. De igual manera se plantean las consideraciones éticas que guían todo el proceso de formación poniendo especial énfasis en aquellas que encuadran el trabajo clínico ponderando la responsabilidad que como terapeuta en formación se debe observar durante los procesos clínicos. Palabras clave: terapeuta, realidad, complejidad, posmoderno, responsabilidad

ABSTRACT

The complexity of contemporary social structures is reflected in the many problems that are observed both directly (in everyday life including therapy) and indirectly (through research and case studies for example), demonstrating the impossibility of fitting this complexity in a conception of reality from the perspective of modernism not by invalidating the theoretical contributions that come from this perspective of conceiving the phenomena of the world, but by the need to include such contributions in a broader and inclusive context from where a more effective way of setting solutions and ways of intervention is possible and also where they can have an impact on people's lives. Situations such as overpopulation, poverty, intrafamily and social violence, addictions, etc. cannot be faced from the perspective of a general solution that corresponds to an univocal reality but from a look that considers the general and specific aspects and factors that set up each one of the conflicts that bring suffering to people from the intelligence that each problem is a vital situation that has been constructed from different meanings to what for those living the conflict is a reality. Family therapies and more specifically, the postmodern ones allow us to visualize how people give meaning to their life experiences as relational processes rather than their discursive contents, which allows a deeper understanding of how the reality that has made the conflicts that afflict people (whether or not for help). The objective of this report is to present the results obtained through the process of training as a family therapist from the postmodern perspective. We present psychosocial analyzes that fit the work performed during the residency and which report the need for multidisciplinary and multilevel interventions. Theoretical foundations that support the clinical practices included, as well as two cases that were worked under supervision. As the different investigations that give light to the complexity of the problems that face the people as well as the families and other social groups mentioned above. Likewise, the ethical considerations that guide the entire training process are presented, placing special emphasis on those that fit the clinical work, pondering the responsibility that as a therapist in formation, one must be observed during clinical processes.

Key words: therapist, reality, complexity, postmodern, responsibility

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Una de las situaciones en que las terapias familiares y posmodernas más ha aportado, tanto en encuadres teóricos como en formas de intervención es el trabajo con la violencia destacando en esto la perspectiva de género. La relevancia de esto es determinante ya que las investigaciones arrojan resultados alarmantes sobre como el hecho de ser de uno u otro género parece condicionar unívocamente la posibilidad de ser víctima de los diversas manifestaciones de la violencia y de responsabilizar a quien sufre la vejación como culpable de este ejercicio, siendo la mujer quien se encuentra mucho más expuesta a esta situación y el hombre quien por lo general funge como perpetrador del acto violento. Tan solo en México el INEGI (2015) reporta que el 47.7 % de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja mientras que Pérez (2010) afirma que las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF) informan que en han atendido un total de 23, 126 personas durante 2009 de las cuales 19, 340 fueron mujeres y 3, 786 hombres; las mujeres reportaron ser receptoras de violencia en un 62 % de los casos, generadoras en un 2% y solo por orientación el restante 36 %, respecto a los hombres el 50 % declaró ser generador de violencia, 9 % dijo ser receptor y el restante 41% acudió por información u orientación. Esto hace visualizar la urgencia con que el tema de la violencia debe ser trabajado desde diferentes perspectivas, ya sean legales, pedagógicas, médicas y psicológicas. Es en este último punto donde la intervención terapéutica requiere necesariamente la visión de género para poder establecer condiciones para detener el ejercicio de la violencia.

Una de las situaciones que más pueden afectar la manera en que se afronta este tipo de problemas es la visión de quien funge como terapeuta respecto a quien está recibiendo la ayuda, ya que la posibilidad de conceptualizar moralmente a la mujer como víctima inválida y al hombre como perpetrador perverso puede desdibujar una intervención terapéutica efectiva. Si bien es cierto que las personas desde el sentido común buscan explicaciones sobre el porqué hacen lo que hacen y porqué les sucede lo que les sucede, es responsabilidad del terapeuta conceptualizar sus situaciones vitales desde una perspectiva diferente ya que por lo general quienes se hayan involucrados en situaciones conflictivas (violentas o de otra índole) tratan de entender sus vicisitudes desde la explicación proveniente de un discurso que se ha normalizado, lo que provoca un dinámica recursiva respecto a la dificultad que intentan resolver. En este sentido los terapeutas utilizan las herramientas teóricas de que dispongan para trascender este tipo

de explicaciones y de esta manera poder romper esta recursividad y lograr un cambio favorable para las personas. Aunque es cierto que los terapeutas no escapan de la influencia de los discursos normalizados es su responsabilidad ética lograr vislumbrar por medio del rigor metodológico que guía su praxis si las herramientas teóricas de que disponen son útiles o no para el tipo de conflicto por el que se acude a su consulta. Algunas de las herramientas teóricas que han provocado un cambio paradigmático en el trabajo con situaciones de violencia han sido las aportaciones de Foucault y el desarrollo de la perspectiva de género. El autor francés proporciona una amplia explicación acerca de cómo la realidad no es producto de una lectura objetiva de lo que sucede en el mundo sino una normalización de un discurso socialmente construido donde un sector de la sociedad ejerce el poder sobre otros (CAVIDA, 2012), mientras que la perspectiva de género focaliza esta idea y permite comprender que la manera en que se configuran las relaciones entre hombres y mujeres no se deben a una correspondencia con el mundo natural sino con una construcción social donde por medio de un determinado discurso que se ha normalizado los hombres ejercen el poder sobre las mujeres, lo que permite (en el caso de la violencia) que aquellos deleguen las responsabilidad de sus actos en ellas. Desde esta perspectiva la terapia busca que se logren visualizar los elementos constitutivos del discurso machista-patriarcal (en ellas y ellos) para así lograr generar un cambio en la manera de relacionarse al reconstruir los significados acerca de que es ser hombre o mujer. Esto implica entonces dos perspectivas igualmente trascendentes: por una parte el tratamiento para las mujeres que son víctimas de esta situación y por otra la intervención con los hombres que la ejercen; es sobre esta última instancia que se revisan algunas ideas a continuación.

En una breve revisión documental del trabajo terapéutico tanto del Centro de Atención a la Violencia Domestica (CAVIDA) como de Celia Jaes Falicov se pueden destacar dos situaciones: por un lado el interés que se ha puesto en lograr que los hombres tomen responsabilidad sobre sus acciones desde la comprensión de lo que sus actos generan más allá del contenido del discurso y por otro que sus propuestas de trabajo, al ser pensadas desde los planteamientos posmodernos, se sostienen por las ideas provenientes de las concepciones teóricas desarrolladas por Foucault encuadradas en la perspectiva de género.

En el CAVIDA (CAVIDA, 2012) el trabajo se centra en el diálogo deconstructivo de las ideas que llevan a actuar de manera violenta a los hombres, esta deconstrucción busca

establecer la responsabilidad que los hombres tienen sobre sus actos más allá de las ideas que sostienen el acto violento al proponer un cambio en los significados de lo masculino, visibilizando que las concepciones previas no son resultado de una lectura objetiva de la realidad (determinada, universal, atemporal e inmodificable) sino una construcción social susceptible de cambiar. La doctora Falicov (Falicov, 2010) trabaja también sobre el desarrollo del sentido de responsabilidad de las consecuencias de los actos violentos al cuestionar los diversos tipos de valores que sostienen la identidad masculina, y apunta que estos valores provienen necesariamente de un discurso que se ha normalizado.

La autora considera, sin embargo, que si bien es cierto los discursos presentes en el ejercicio de la violencia están contenidos en la concepción de “qué es ser un hombre” y que este ejercicio junto con las ideas que lo justifican configuran una narrativa machista, sería un error suponer que toda descripción discursiva de las ideas sobre lo masculino se lean desde la perspectiva del machismo-patriarcado. La autora señala que de establecerse una visión única “del ser hombre” encuadrada en las ideas machistas – patriarcales se daría pie a establecer un metadiscurso de esta cuestión, lo que llevaría a una idea de la masculinidad pensada como totalidad (una idea cerrada que no admite cuestionamientos (Finemann, 2009)). En cambio, la autora propone un análisis detallado de cómo es que se ha construido el concepto de que lo significa ser varón en cada contexto social en particular ya que según sus investigaciones no existe una manera única de construir la masculinidad sino son múltiples y en ellas se encierran tanto los valores que conducen al ejercicio de la violencia como aquellos que son considerados como deseables para las familias de las que forman partes los hombres (tales como cuidar, proveer o preocuparse por el futuro de los hijos).

Siguiendo con esta última idea se puede cambiar de nivel lógico y llevar la propuesta de esta autora del nivel de la comunidad al nivel particular, en el sentido de que cada individuo construye su propia identidad en cuanto a la idea de que es “ser hombre”, es decir, aunque los discursos dominantes se encuentran (por definición) normalizados, estos generan diferentes lecturas que depende de los contextos socioculturales donde impactan y esto también aplica para la contextualización que se hace de dichos discursos dependiendo del tipo de familia y de la manera en que cada persona en particular decide sobre sí misma, es decir, sobre su propia existencia. Es en esta decisión donde el presente trabajo pone el foco.

Cómo ya se señaló, en los autores revisados se establece de manera explícita la propuesta de Foucault como base epistemológica de su praxis terapéutica, para ahondar en este tema es necesario señalar brevemente que se entiende por epistemología; para Ceberio y Watzlawick (1998), este término deriva del griego episteme que significa conocimiento y es una rama de la filosofía que estudia cómo se adquiere, cuales son los métodos, límites, fundamentos y métodos de un cuerpo teórico determinado; completando esta definición Jaramillo (2003) dice que la epistemología es una rama de la filosofía que se refiere a la búsqueda de una teoría que explique cómo se ha constituido tal o cual cuerpo de conocimientos que pretenda establecerse como científico (no en el sentido moderno del término pero si en cuanto al rigor metodológico) desde la comprensión de los contextos en que dicho conocimiento se ha ido desarrollando. Estas ideas significan que las bases epistemológicas de determinada teoría se refieren a conocimientos previos y más generales sintetizados en la propuesta de que se trate, contextualizados según su momento socio histórico, a este conocimiento previo, validado para la construcción teórica, se le denomina premisa. En el caso de las ideas del autor francés la idea de lo humano explicado a través del estudio de su historia como un ente dominado por estructuras de poder es una condición necesaria (su premisa) para poder dar sentido a toda su propuesta teórica, es decir, el humano así pensado es la concepción ontológica que da sentido a toda construcción epistemológica (terapéutica o no) basada en el paradigma desarrollado en torno a las ideas de Foucault.

Sin embargo, al poner el foco (como ya se mencionó) en la forma en que las personas deciden sobre los discursos normalizados y no en el discurso en sí, se vuelve evidente la necesidad de una concepción ontológica diferente de lo humano, ya que de considerar a las personas como producto necesario de un discurso se corre el riesgo de excluir a las personas de la responsabilidad que tienen sobre sí mismas.

En los casos revisados en este reporte se expone la situación de dos hombres que aunque encuadrados en el mismo tipo de discurso machista-patriarcal no pueden ser explicados solo por dicho discurso, ya que durante los procesos terapéuticos se evidenciaba que su manera de relacionarse con las mujeres de su familia no siempre concordaba con lo esperado desde la lectura del discurso, estos hombres tomaban responsabilidad de sus actos en algunas situaciones donde por lo general los hombres la delegan en las mujeres, esto lleva al planteamiento de la interrogante sobre cómo es que estas personas han tomado esta responsabilidad ya que anteriormente no habían estado

en proceso terapéutico alguno ni tenían elementos teóricos de la perspectiva de género que explicaran esta situación. Si bien es factible (como intento de explicación) una propuesta de investigación acerca de cómo las diferentes propuestas discursivas (como el feminismo) han impactado en la sociedad y han generado cambios en el mundo de los significados de las personas, esto sigue evadiendo la cuestión de la responsabilidad que cada quien tiene sobre sí, dicho de otro modo: para concebir una explicación acerca de cómo una persona puede relacionarse con su entorno de manera diferente a la explicada por el discurso dominante sin recurrir a otro discurso (lo cual es una tautología) se requiere una concepción ontológica diferente.

Es entonces este el objetivo del desarrollo del encuadre teórico incluido en este reporte: proponer una concepción ontológica alternativa a las planteadas por los autores revisados durante la residencia, esto derivado del análisis de los dos casos comentados más arriba a la luz de las teorías posmodernas; aunque los modelos con los que se trabajaron estos casos no son posmodernos ni el problema convenido fue la violencia, la mencionada coincidencia sobre el tipo de significados expresados en las relaciones de ambos hombres exigieron una revisión de dichos casos desde una perspectiva diferente. El resultado fue entonces la idea de que si bien los discursos encuadran la vida de las personas no las determinan ya que cada quien es libre de decidir, lo que hace que la responsabilidad sobre las propias decisiones sea ineludible (Telfener, 2014). Así, se configura la propuesta de un sujeto libre y por lo tanto responsable de sí mismo como concepción ontológica que guía la praxis terapéutica.

CAPÍTULO I

EL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA TERAPIA FAMILIAR

1. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide la terapia familiar

1.1.1 investigación del campo psicosocial

Con el propósito de entender de manera adecuada como se puede aplicar y los alcances de la Terapia Familiar es de vital importancia conocer las características generales de la población así como el contexto en el que se relacionan, de esta manera se puede tener una visión más exacta de los problemas que enfrentan los individuos y sus familias.

La familia como elemento natural en el que los individuos nacen y se desarrollan, constituye un engranaje fundamental de la sociedad, ya que en ella las personas adquieren y reproducen normas así como comportamientos sociales, es por esto que la necesidad de entender no solo los diversos tipos de familia de los que se compone la sociedad mexicana contemporánea, sino también los datos cuantitativos que se recogen por medio de la investigación estadística acerca de estas es una condición sin qua non para la labor terapéutica.

Si bien hogar no es sinónimo de familia, es posible aproximarse a la situación que acontece en el ámbito de la vida cotidiana de la familia, debido a que en los censos y encuestas se registra el vínculo que tiene cada uno de los miembros del hogar con el jefe (ya sea consanguíneo, conyugal, de afinidad, adopción o costumbre), y con ello distinguir los diversos arreglos residenciales que se dan en cada caso pues hay que considerar que tradicionalmente se ha utilizado el concepto de hogar como aproximación de familia, ya que por cuestiones operativas los ejercicios para la generación de información estadística básica usan el hogar como unidad de recolección y análisis de datos.

Para la realización del Censo de Población y Vivienda 2010, los hogares se clasificaron en familiares y no familiares; un hogar familiar es aquel en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar, este tipo de hogar se divide a su vez

en hogares nucleares, ampliados y compuestos. El hogar no familiar es en donde ninguno de los integrantes tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar, se divide en hogar unipersonal y corresidente.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el censo de 2010 informó que los datos señalan que en México, el 64 % de los hogares son nucleares, formados por el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos; una pareja que vive junta y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear, el 24 % son ampliados o extensos y están formados por un hogar nuclear más otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, etcétera), mientras que solo el 1% es compuesto, es decir, constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar; el resto de la población (9%) vive en hogares unipersonales.

En este mismo censo el INEGI informa que el 77.7% del total de los hogares familiares tienen como jefe de familia a un hombre y 22.3 % a una mujer, y la estructura por edad de los jefes en hogares familiares muestra que los hombres son más jóvenes que las féminas.

De acuerdo con las estadísticas tres de cada 10 mujeres que dirigen un hogar familiar son viudas y una proporción similar están separadas o divorciadas, y sólo en 28.7 % la jefa se encuentra unida (casada o en unión libre).

En términos generales, 78.4 % de los casos en los que las féminas dirige a la familia el cónyuge está ausente, en contraparte el porcentaje de hombres que llevan la batuta del hogar familiar es alto y equivale a un 94.4 %.

De acuerdo con los datos censales de 2010 la participación económica de las féminas que dirigen un hogar familiar es de 49.7 %, tendencia que se profundiza en el rango de edades que van de los 30 a los 49 años donde la tasa supera el 66 %.

Las cifras también indican que 64.7 % de los hogares familiares hay al menos un niño de 0 a 14 años, en 64.9 % al menos un joven de 15 a 29, en 82.7 % un integrante de 30 a 59 años y en 24.5 % un adulto mayor de 60 años y más.

En cuanto a las características de las viviendas que ocupan las familias, 88.3 % tiene agua potable dentro de la misma, mientras que el 90.5 % cuenta con drenaje.

1.1.2 Principales problemas que presentan las familias

Las familias en México enfrentan grandes problemas de salud tanto en la parte médica como en la parte psicológica y social, situaciones tales como la inseguridad, la económica, el poco o nulo acceso a la seguridad social entre otras muchas y complejas situaciones, hacen que la población en general se vea afectada por una problemática multifactorial que impacta directamente en la estabilidad familiar y con esto se provocan o agravan los elementos que afectan la salud de los miembros del hogar. Aunque ya se mencionó que son diversos los problemas que afectan a las familias y sus etiologías son también de diferente orden es posible visualizar un panorama general de la situación en que se encuentran algunos de los problemas más importantes que viven las familias en México.

- Trastornos mentales

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2013), coordinada por la doctora María Elena Medina Mora, los trastornos más frecuentes identificados en nuestro país fueron los de ansiedad, con una prevalencia de 14.3% alguna vez en la vida de las personas, seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos 9.1%. Los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres 30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente. Sin embargo, en el corto plazo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno, pues en los últimos 12 meses se registraron porcentajes de 14.8% de mujeres que han tenido algún trastorno en los últimos 12 meses previos a la encuesta; mientras que para los hombres el porcentaje fue de 12.9%.

Los tipos de trastorno más comunes en México son: las fobias específicas pues 7.1% de la población manifiesta haber presentado alguna a lo largo de su vida; le siguen los trastornos de la conducta con una prevalencia de 6.1%, la dependencia al alcohol con 5.9%, la fobia social con 4.7%, así como el episodio depresivo mayor con una presencia de 3.3% entre la población nacional.

De acuerdo con Mora en México menos de 20% de quienes presentan algún trastorno afectivo acude a un médico para buscar tratamiento. Y quienes sí lo hacen, pueden tardar hasta 14 años antes de acudir en búsqueda de algún tratamiento.

Dentro de los decesos por trastornos mentales, prácticamente 70% de ellos se ubican en la categoría de decesos por consumo de sustancias psicoactivas, lo cual establece una muy alta asociación entre el consumo de drogas y la mortalidad asociada de manera directa con las alteraciones de la salud mental.

- Adicciones

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) establece que el consumo de la marihuana pasó de 0.8 por ciento a 1.5%, es de la mayor uso. Seguida por la cocaína con 0.5%, pero en los menores la anfetaminas, inhalables y estimulantes, resultan de mayor consumo. Se registró también que a edad de consumo de la marihuana se redujo en 1.8 años, al pasar de 20.6 años en el 2002 a 18.8 años en el 2011, aunque si se considera únicamente a los hombres, se observa un importante incremento en el consumo de esa droga al pasar de 1.7% a 2.2%; la siguiente sustancia de mayor prevalencia es la cocaína con un 0.5%.

Según la ENA, la droga de mayor preferencia en el país es la marihuana ya que se tienen registrados 5.7 millones consumidores, de los cuales, 550 mil son catalogados dependientes a la misma

Según el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA) en el Distrito Federal 32% de la población bebe alcohol, 30% fuma tabaco y 8% consume drogas ilegales; los inhalables son la droga preferida antes de los 14 años, sobre todo por las mujeres; se observó también que en las secundarias 23% de los alumnos abusó del alcohol en el último mes, y en el mismo lapso 16% fumó tabaco, 8% inhaló psicoactivos volátiles y 9% consumió drogas ilegales.

- Sida y VIH

Según los datos que aparecen en el Resumen de la Vigilancia Epidemiológica del Registro Nacional de Casos SIDA al Tercer Trimestre de 2014 (CENSIDA 2014), se registraron 172,254 casos de infección entre 1983 y 2014 de los cuales 116,936 se encuentran vivos, 65,584 con VIH y 51,352 con SIDA. Solo en 2013 se registraron 10,536 casos nuevos, 5,449 con SIDA Y 5,087. Durante 2014 los datos preliminares arrojan un total de 5,679 casos nuevos, 2,785 con SIDA y 2,894 con VIH. Por último el Resumen

menciona que los hombres representan el 82% de casos de SIDA y el 77% en VIH por solo 18% en SIDA y 23% en VIH del género femenino

- Enfermedades médicas

La Secretaría de Salud por medio de su Anuario de Morbilidad (2016) reporta que durante 2015 se reportaron los siguientes porcentajes en cuanto a las afecciones médicas más comunes en el país, es importante aclarar que solo se toman en cuenta los pacientes atendidos en unidades hospitalarias: infecciones respiratorias agudas 19.6%, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas 4%, infección de vías urinarias 3.3%, úlceras, gastritis y duodenitis 1.2%, gingivitis y enfermedad periodontal 0.9%, vulvovaginitis aguda 0.7%, hipertensión arterial 0.5%, otitis media aguda 0.5%, diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II) 0.3%, obesidad 0.3%, asma y estado asmático 0.2%, amebiasis intestinal 0.2%. Respecto al cáncer, el mismo organismo reporta en la Base de egresos hospitalarios 2013 (2013) que durante ese año del total de defunciones de la población de 20 años y más, 13.6 % se debieron a algún tumor y de estas, 93.6% a los tumores malignos, por sexo, del total de defunciones por cáncer, 48.8% ocurren en varones y 51.2%, en mujeres. Del total de tumores malignos en la población de 20 años y más, los de órganos digestivos son la primera causa de mortalidad entre esta población con 32.52 casos por cada 100 mil habitantes. Entre los hombre se reportan 8 defunciones por cada 100 mil habitantes debido a tumores en el aparato reproductor, mientras que en las mujeres el cáncer de mama provoca 14 defunciones por cada 100 mil habitantes, con esto se confirma que las muertes por tumores malignos muestran un comportamiento diferenciado por sexo.

- Discapacidad

El INEGI a través del Censo de Población y Vivienda de 2010 reporta que el porcentaje de personas que sufren alguna discapacidad es del 5.1% a diferencia del Censo de 2000 donde esta cifra correspondía al 1.8%, este aumento se explica porque en el Censo del 2000 solamente se consideró a las personas con discapacidad moderada y severa, mientras que en el último conteo se consideró un universo mucho mayor de población ya que se incluye a las personas que están en riesgo que enfrentar limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

- Violencia

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INMUJERES, 2013) en México 47 % de las mujeres de 15 años y más sufrió algún incidente de violencia por parte de su pareja (esposo o pareja, ex-esposo o ex-pareja, o novio) durante su última relación.

Los tipos de violencia que se consideran en la encuesta son: emocional, económica, física y sexual. Los resultados de la ENDIREH muestran lo siguiente en cuanto a estos rubros:

- Violencia emocional. 4 de cada 10 mujeres en México (43.1%) han sido humilladas, menospreciadas, encerradas, les han destruido sus cosas o del hogar, vigiladas, amenazadas con irse la pareja, correrlas de la casa o quitarle a sus hijos, amenazadas con algún arma o con matarlas o matarse la pareja.
- Violencia económica. 2 de cada 10 mujeres en México (24.5%) han recibido reclamos por parte de su pareja por la forma en que gastan el dinero, les han prohibido trabajar o estudiar, o les han quitado dinero o bienes (terrenos, propiedades, etc.).
- Violencia física. A 14 de cada 100 mujeres en México (14.0%) su pareja la ha golpeado, amarrado, pateado, tratado de ahorcar o asfixiar, o agredido con un arma.
- Violencia sexual. A 7 de cada 100 (7.3%) les han exigido o las han obligado a tener relaciones sexuales sus propias parejas, sin que ellas quieran, o las han obligado a hacer cosas que no les gustan.

La Encuesta revela que sólo casi dos de cada diez mujeres que vivieron violencia en su relación se acercaron a una autoridad a pedir ayuda (13.6%). De ellas, 32.6% lo hizo a un ministerio público para levantar una denuncia, otra proporción importante recurrió al DIF (32%), y en menor medida a otras autoridades como son la policía (20%), la presidencia municipal o delegación (15.4%) y a los institutos (estatales o municipales) de la mujer

Entre los principales motivos por los que las mujeres casadas o unidas no recurrieron a las autoridades ante la violencia contra ellas por parte de su pareja, se encuentran: la creencia de que se trató de algo sin importancia o que él no va a cambiar (73.8%), por vergüenza o para que su familia no se enterara (10.8%), por sus hijos o porque su familia la convenció de no hacerlo (9.4%), porque él le dijo que cambiaría o porque piensa que su

pareja tiene derecho a reprenderla (9.1%), por miedo (8.0%), porque no sabía que podía denunciar (6.1%) y porque no confían en las autoridades (4.3%).

Por su parte aquellas mujeres ya separadas, reportan motivos similares para no denunciar a sus exparejas aunque se aprecian algunas diferencias en los porcentajes: porque creyeron que se trató de algo sin importancia o que él no cambiaría (49.4%), por miedo o porque sus ex parejas las amenazaron (24.5%), por vergüenza o para que su familia no se enterara (21%), por sus hijos o porque su familia la convenció de no hacerlo (17.8%), porque pensaban que él tenía derecho a reprenderla o porque él le dijo que cambiaría (15.3%), porque no sabía que podía denunciar la agresión (14%), porque no confían en las autoridades (9.1%).

- Divorcio

Según el INEGI en el año 2010 se registraron 99 mil 509 divorcios, en 2011 fueron 91 mil 285, y 2010 86 mil 042, con lo que se observa un incremento en la tasa de separación del contrato legal del matrimonio. Por último, también se menciona que en 1980 por cada 100 matrimonios había 4 divorcios; en 1990 y 2000 esta cifra se elevó a poco más de 7 divorcios, para 2005 el número de divorcios por cada 100 matrimonios fue de casi 12 y al 2012 fue de 17 divorcios por cada 100 matrimonios.

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

Para poder entender la manera en que la Terapia Sistémica y el pensamiento posmoderno pueden actuar como un punto de inflexión en la búsqueda del cambio terapéutico para la familia, primero es necesario conceptualizar, aún de manera breve, las posturas terapéuticas más tradicionales. Aunque dichas posturas son muy variadas y provienen de diversos marcos teóricos, la mayoría de ellas tiene dos factores en común: se trata de cambiar al individuo y se busca la relación causa efecto. Estas dos consideraciones tienen un profundo arraigo en las ideas modernistas, pues su punto nodal es que existe una realidad y que esta debe ser “descubierta” (o al menos las leyes que la rigen). Así, el individuo debe cambiar para ajustarse lo mejor posible a dicha realidad, y en la búsqueda de las razones del porqué de sus malestares psíquicos se deben tener en

cuenta los constructos teóricos que dan cuenta de la etiología de los trastornos mentales, dichos constructos se consideran, en la mayoría de los casos, como descripciones o aproximaciones a fenómenos mentales más bien rígidos en cuanto a su concepción ontológica. En resumen: desde esta perspectiva se trata de que el profesional de salud mental logre curar o al menos contener a quien está enfermo, así, el déficit queda depositado en este último.

Este *status quo* de la intervención clínica tuvo una variante importante cuando se empezaron a implementar intervenciones terapéuticas ya no solo a nivel individual, sino también familiar, debido a ello se hubo que reconsiderar las premisas que guiaban la terapia bajo otro enfoque, donde el foco se puso ya no en el déficit de las personas sino en la manera en que estas se relacionan, Este nuevo enfoque dejó entonces de lado las premisas que guiaban las terapias individuales (basadas en ideas conductistas o psicodinámicas) y tomó las provenientes de modelos biológicos y sociales como la Teoría de Sistemas de Bertalanffy, el desarrollo de las ideas de la Cibernética de Wiener y los trabajos de investigación de Bateson y su equipo, así como la práctica clínica de Milton Erickson (Sánchez y Gutiérrez, 2000). De esta manera se desarrollaron diversos modelos de terapia familiar (como el estructural, estratégico, MRI entre otros) que enriquecieron enormemente la intervención clínica ya que no solo se puso el foco en las familias las relaciones de sus miembros, sino que se configuró esta praxis alrededor de la idea de una terapia breve, lo que significó un enorme ahorro de recursos para las familias.

Sin embargo una situación en común que se puede observar tanto en los enfoques basados en las premisas de la terapia individual como en los modelos de terapia familiar desarrollados a partir de las ideas mencionadas más arriba, es la suposición de que existe una realidad objetiva e inalterable que forma parte de la explicación de los problemas de las personas. Esto tiene consecuencias a considerar ya que al suponer dicha realidad se establece la búsqueda de métodos, modelos, técnicas etc.. que permitan su entendimiento e incluso su manipulación dejando entonces de lado alguna postura que permitiera la integración de las diversas teorías ya que cada idea teórica apunta entonces a su validación y para ello (desde esta postura) las premisas que no la validen son necesariamente desechadas. Este último apunte no desestima la importancia de los modelos mencionados en cuanto a sus aportaciones a la terapia, se busca más bien señalar la base filosófica que sostiene esta praxis clínica donde el significado de la

realidad debe ser unívoco y por tanto independiente de las personas y de los contextos producto de dicha realidad.

Sin embargo ahora nos encontramos con las ideas del posmodernismo donde la conceptualización de realidad ya no existe *fuera* de las personas, sino que está construida *por* las personas, o más exactamente por la relación que establecen las personas entre sí por medio del lenguaje.

Pero ¿qué significa exactamente esto? ¿cómo podemos entender una realidad que está determinada por nuestra relación con los demás?.

Siguiendo las ideas de Gergen (1991) las categorías tradicionales se han derrumbado en nuestros tiempos, aquello que hace unas décadas se consideraba un bastión de certidumbre ahora se han desdibujado, esto ha tenido un profundo impacto en la manera en que las personas viven su entorno, así, la manera en que diversas disciplinas son entendidas ha cambiado radicalmente.

Un buen ejemplo de esto es la influencia que en nuestra cotidianeidad tienen los medios de comunicación, para nadie es un secreto que la información que manejan puede ser fácilmente manipulable para dirigir a las masas en determinada dirección, es decir, para influir en la manera en que la gente vive su realidad. La idea del posmodernismo no es que no tengamos una realidad a la cual nos podamos atener o que cada quien vive una realidad diferente de manera individual que no puede ser comunicada a los demás, la idea clave es que la realidad no está determinada por factores o fuerzas fuera del lenguaje humano, sino por la relación que este nos permite tener entre nosotros y ello hace que la realidad sea susceptible de ser transformada, haciendo que los conceptos estéticos (en el arte), morales (en lo político) y de salud mental (en la terapia) entre otros, dejen atrás la idea de que hay solo una manera de hacer “correctamente” las cosas.

Regresando a las ideas aportadas por Gergen, este autor propone tres conceptualizaciones de la personalidad que resultan sumamente interesantes para comprender como ha cambiado la visión del individuo: 1) el manipulador estratégico, 2) personalidad pastiche y 3) el yo relacional. La primera se refiere más bien al punto de vista de la psicodinamia, donde el individuo es como es y lo único que hace es proyectar de diversas maneras su personalidad “la verdadera”, en la segunda se hace referencia a la capacidad del individuo por adaptarse a su medio social, es decir, la persona cambia en

la medida que cambia su contexto, así que no hay una personalidad definida como tal, sino una variedad de formas de adaptarse al medio, la tercer se refiere a la manera en que las personas se relacionan entre sí, la manera en que se comunican, esto es lo que determina el comportamiento.

Esta idea tiene profundas implicaciones en la práctica clínica ya que cambia de manera radical el cómo trabajar la terapia, así, al conceptualizar a la persona como un manipulador estratégico, suponemos que debemos contactarnos con su “yo” verdadero e inamovible y trabajar desde ahí, en la personalidad pastiche la intervención supondría el ayudar al paciente a utilizar sus herramientas internas para adaptarse bien a su medio social, es decir, en estas dos conceptualizaciones suponemos la existencia de dos hitos que dan certidumbre a la dirección de la terapia (el inconsciente por un lado y un medio social estable por otro).

En el caso del yo relacional la posibilidad de explorar el mundo mental del paciente a través de su relación con los demás (y con nosotros mismos cómo terapeutas) abre de manera radical las posibilidades de intervención en el sentido de ofrecer ayuda efectiva al cliente.

De acuerdo a las ideas antes expuestas empecemos por mencionar las premisas básicas que mencionan Anderson y Goolishian (1988) al establecer una nueva propuesta de entender los sistemas terapéuticos como sistemas humanos y a la vez estos como sistemas lingüísticos:

- 1) Los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y generadores de significados.
- 2) El significado y la comprensión de éste están constituidos social e intersubjetivamente.
- 3) El terapéutico es un sistema que se distingue por “su problema”, más que una estructura social que distingue un problema. El sistema terapéutico es un sistema de organización-problema; disolución-problema
- 4) La terapia es un evento lingüístico que toma lugar en una conversación terapéutica, la conversación terapéutica es una exploración que se da a través de un diálogo. El cambio consiste en el desarrollo de nuevos significados en el diálogo.

- 5) El rol del terapeuta es el de un artista de la conversación, quien es experto en crear el espacio para la conversación y facilitar el diálogo.

Como podemos notar en estas premisas la idea fundamental es que al establecer un diálogo podemos acceder a la construcción de nuevas realidades que le sean más útiles a los pacientes, sin embargo no se trata de un diálogo cotidiano sino de uno terapéutico. El diálogo terapéutico busca establecer una diferencia entre el discurso del paciente y la manera en que el terapeuta interactúa con él a manera de conversación, Lax (1996) menciona la idea de Derrida sobre lo que constituye esta diferencia (*la différance*): “*existe lo que se dice y lo que no se dice, la tensión entre ambas cosas es la différance*”, esta tensión (continúa Lax) crea la posibilidad de que surja una nueva comprensión, esta nueva comprensión no es una dualidad del tipo “o...o” entre palabras y significados, sino un desplazamiento, cuando menos, hacia una posición del tipo “ambos...y”.

Ahora bien, para lograr que un sistema se vuelva terapéutico (que se logre conformar una diferencia, que se promueva un cambio), es fundamental la posición del terapeuta, para poder acceder a la historia del cliente el terapeuta debe tomar una posición de ignorancia respecto a dicha historia, ya que el único experto de su propia historia es el cliente, Anderson y Goolishian (1996) mencionan que la postura de ignorancia constituye un esfuerzo solidario encaminado a generar un nuevo significado, significado basado en el relato lingüístico y significativo del cliente, a medida que éste vuelve a contar y elaborar su historia a través del diálogo terapéutico. En mi opinión esto se refiere no a una postura de ignorancia por parte del profesional en lo tocante a contenidos teórico-académicos, sino en la postura de ignorar dichos conocimientos para poder centrar su atención en la historia que el cliente relata, es de aquí, de este reconocimiento de una historia como base de una explicación de un problema y no de la estructura psíquica de una persona como problemática, de donde se busca promover un cambio. La atención a la historia del cliente y el reconocimiento de esta como portadora de la “verdad” sobre la realidad de aquel, es entonces piedra angular de los enfoques terapéuticos basados en las ideas posmodernas. Y es justo esta última idea la que termina de configurar un sistema terapéutico ya que no basta solo la postura del terapeuta, hace falta además una conceptualización que permita configurar aquellos contenidos sobre los cuales se conversa para lograr construir significados, es decir, es indispensable para el proceso de terapia el pensar la historia o narración como un constructo.

La historia o narración se puede definir como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida, entramos en las historias, otros nos hacen entrar en ciertas historias y vivimos nuestra vida a través de esas historias (Epston; White; Murray; 1996). Ateniéndonos a esta definición podemos inferir que la historia que contamos acerca de nosotros es lo que nos define en este momento, pero...¿es posible modificar la historia solo por contarla de otra manera?. Regresemos un poco al papel del lenguaje como constructor de realidades, esta propuesta no se basa en la idea de que si me convenzo a mí mismo de que fui a la luna efectivamente fui (a lo mucho creeré que fui), más bien se trata de reescribir el papel que yo jugué en las historias que recuerdo y que doy por ciertas, si este papel me define como una persona con problemas, al reescribir este rol puedo entender que mi problema no es ya una definición de mí mismo de por vida, sino algo que sucedió y que ha quedado atrás, la historia que construyo actualmente es la que me definirá y esta historia no tiene porque cargar con los estigmas del pasado.

Entonces, al entender a los individuos como seres relacionales y al lenguaje como su medio de lograr dicha relación, podemos entender de una manera mucho más útil a la familia como una construcción social, una construcción relacional, y ya no como una realidad inamovible de la cual ningún de nosotros podemos escapar y que en el mejor de los casos nos hará felices siempre y cuando las personas que comparten este espacio, esta familia, lo permitan. Es importante en este punto aclarar que esta visión de familia se toma en cuenta desde el punto de vista terapéutico ya que dicha postura permite al terapeuta la suficiente flexibilidad para moverse en el sistema familiar de manera que su interacción resulte útil a la familia.

Todo lo arriba expuesto nos permite tener una comprensión más amplia de los profundos cambios que han enriquecido la intervención clínica hasta nuestros días, lo que se corresponde con la compleja gama de conflictos que enfrentan hoy en día las diversas entidades sociales sean comunidades, familias o personas. En particular en nuestro contexto la implementación de los diversos modelos de terapia familiar adquiere una importancia fundamental al pensar en la mejora de la calidad de vida de las familias mexicanas. Esto debido no solo a la citada variedad de complejas problemáticas respecto a la salud mental que se viven en el día a día sino también por las condiciones socioculturales y económicas del país. En efecto, las precarias condiciones económicas combinadas con una falta de cultura acerca del cuidado de salud mental (sean intervenciones primarias, secundarias o terciarias) tienen un efecto por demás negativo en

la manera en que las personas afrontan los problemas de esta índole, al no haber una economía sana las terapias pueden llegar a ser prohibitivas para muchas familias y al no tener una claridad acerca de la función de la terapia se configura una realidad donde los malestares se normalizan. La pregunta obvia que debe plantearse un profesional de la salud mental es como lograr romper esta situación; es aquí donde se revela el enorme potencial de los modelos sistémicos y posmodernos. Aunque más arriba se mencionó el hecho de que aquellos sostienen una postura más cercana a las ideas modernas y estos (como su nombre lo indica) a las ideas posmodernas, lo cierto es que al pensarlos desde esta última perspectiva se posibilita la oportunidad de considerarlos en un contexto incluyente que ampliaría de manera importante las opciones para que las personas (como individuos o como familias u otros grupos) busquen ayuda. Esto por dos razones, por un lado se tienen los modelos sistémicos que fueron pensados desde una perspectiva más bien pragmática que permitiera una solución eficiente y eficaz a los problemas que aquejan a las personas y por otro se considera que los significados referentes a la realidad no se corresponden a una objetividad preexistente, legal, atemporal y acontextual sino a la manera en que las personas construimos dichos significados (incluido el de objetividad), entonces, al contextualizar ambas ideas como pertenecientes a diferentes niveles lógicos podemos configurar una praxis donde los modelos sistémicos sean contenidos por las premisas posmodernas, esto permitiría que las valiosas aportaciones en cuanto al ahorro de recursos y la puntualidad de tratar diferentes problemáticas de los modelos sistémicos pudieran adquirir significado para las entidades sociales donde la terapia enfocada desde este abordaje impacta. Además es fundamental reconocer que los modelos sistémicos tienen su origen en contextos sociales diferentes al nuestro, por lo tanto se torna necesario hacer una revisión de estos para lograr ampliar las posibilidades de éxito en la intervención.

Así, al considerar lo arriba expuesto se establece la posibilidad de una praxis terapéutica mucho más efectiva ya que se consideran diversas técnicas de tratamiento para problemas en diferentes niveles ecológicos y ya no solo en un déficit del sujeto y al pensar esto desde la construcción social se logra contextualizar dichas problemáticas en las situaciones concretas que caracterizan a la población de nuestro país, lo que además flexibiliza el concepto de terapia para adecuarse a las diversas formas en que los conflictos se presentan y aquellos emergentes que se configuran a cada día.

2. Características de las sedes clínicas donde se realizó el trabajo clínico

Para desarrollar de manera óptima las habilidades necesarias para una práctica clínica exitosa y para contribuir de manera directa con el bienestar mental de la comunidad, el Programa de Maestría en Psicología incluye la participación en diversos centros de apoyo psicológico. Al establecer un adecuado programa de supervisión se logra un adecuado entrenamiento de las propuestas teóricas revisadas en el aula, además de cuidar ante todo que las intervenciones sean útiles para quien acude a estos centros en busca de ayuda. A continuación se describen las características de dos de ellos, sedes en donde se trabajaron los casos reportados en este informe.

1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

En el año de 1981 el centro adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado da inicio a sus actividades, es hasta 1983 que adquiere su autonomía.

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

Actualmente este Centro de Servicios se encuentra ubicado en el edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Cuenta con una sala de espera, una recepción, 10 cubículos para terapia individual y preconsulta, 4 cámaras de Gesell, equipadas con equipo de audio y videograbación, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, 3 cubículos para retroalimentación biológica.

El nivel de intervención que proporciona esta sede es secundario y terciario. Para ser atendidas, las personas deben llenar una solicitud para tener acceso a una primera entrevista o preconsulta. Las solicitudes son canalizadas a los diferentes programas existentes en el Centro, de acuerdo con el motivo de consulta y la información extraída de la primera entrevista.

El costo de la consulta puede oscilar entre los \$50 y los \$150, dependiendo de los ingresos económicos de los solicitantes. Los servicios que ofrece son:

- Pre consulta
- Evaluación
- Referencia y canalización
- Terapia:
 - Individual
 - Pareja
 - Familiar
 - Grupal
- Prevención primaria:
 - Talleres con diversas temáticas

1.2.2 Centro Comunitario “San Lorenzo”

Este Centro Comunitario pertenece a la Fundación Bringas Haghenbeck, I. A.P. que se integró en 1992, como resultado de la fusión de dos fundaciones: la Fundación Luz Bringas y la Fundación Ma. De los Ángeles Haghenbeck que iniciaron sus labores en 1935 y 1951 respectivamente. El Centro Comunitario San Lorenzo inició actividades en el 2004 y se encuentra ubicado en la Delegación Iztapalapa en las cercanías del Panteón Civil Municipal San Lorenzo Tezonco, una zona con fuertes problemáticas sociales y de seguridad.

Esta fundación tiene como objetivo sostener, promover y apoyar la calidad de vida de niños, jóvenes y adultos, para lo que tiene distintas áreas de atención: educativa, médica, deportiva, servicios a la comunidad y psicológica. Es una institución de asistencia privada, que se sostiene de donaciones y apoyos del sector público y privado, así como del apoyo de particulares ya sea en efectivo, en especie, en servicios o tiempo.

El Centro de Servicios Comunitarios trabaja con dos grandes programas, uno enfocado a la educación y el otro en la atención a la salud. Y que están divididas en cinco coordinaciones: educativa, médica, de psicología, deportiva y de servicios a la comunidad

Los terapeutas en formación de la residencia en terapia familiar, colaboramos en la coordinación de psicología, brindando atención a los usuarios con problemáticas de

violencia familiar, abuso sexual, depresión, problemas en las relaciones familiares (padres e hijos) y de pareja, atención a menores con problemas de conducta, entre otros.

El proceso de admisión implica que los usuarios acudan a solicitar una consulta, se les realiza un estudio socioeconómico y quedan en lista de espera para ser asignado a un terapeuta o grupo de supervisión.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención en la terapia sistémica y posmoderna que sustentan los casos presentados

A continuación se presentan los modelos teóricos con que se intervino en los casos presentados, además de un encuadre teórico a manera de propuesta estructurado a partir del análisis de la participación de los consultantes masculinos en cuanto a la toma de responsabilidad sobre sus relaciones de pareja y/o de familia. Este desarrollo teórico representa una lectura de los casos desde una perspectiva diferente a las teorías que sustentan los modelos, sin embargo se consideró que las explicaciones pertinentes a la postura de estos hombres requerían un mirada teórica pensada desde la postura posmoderna. Esto se debió a que en el momento en que se trabajó con estos casos los modelo vistos hasta ese momento en la residencia se encuadraban en la postura moderna (MRI y Estructural), y sobre estos se realizaron las intervenciones terapéuticas. Sin embargo al conocer y trabajar los modelos que se sostiene con las premisas posmodernas y las aportaciones del feminismo y Foucault al trabajo con violencia encontré una situación que durante las sesiones con los dos casos presentados pasé por alto, esto es: en ambos, los hombres con los que se intervino tomaban una postura de responsabilidad sobre sus actos en situaciones donde normalmente los varones la delegan en las mujeres. Aunque esto no los exime de sustentar sus ideas en algunas premisas del discurso machista-patriarcal, esta situación específica me llevó a preguntarme cuáles son las razones por las que la postura tradicional de estos hombres presentaba estas variaciones en el sentido de tomar dicha responsabilidad (lo cual es la base para detener la violencia). Al focalizar este hecho y cuadrarlo con las diversas construcciones teóricas provenientes de las citadas ideas posmodernas pude configurar una hipótesis acerca de cómo el discurso feminista a impactado en la construcción de la identidad masculina en nuestros tiempos, pero a mi juicio esta hipótesis excluía al individuo mismo para buscar la explicación en el discurso y lo cierto es que a terapia no acuden los discursos sino las personas. Así que me avoque a una pregunta diferente: ¿Por qué los discursos (emergentes o no) impactan de una forma a algunos y de otra a

otros?. Es entonces este el motivo de releer estos casos bajo una óptica diferente, no para reestructurar la forma de intervención, sino para configurar una respuesta que tuviese algún sentido clínico; el resultado es el presente trabajo, una concepción ontológica de las personas donde la forma en que decide sobre sí misma, (incluido el significado de los discursos) es la base de su existencia y por la tanto la responsabilidad sobre sus actos (perniciosos o no) es ineludible.

2.1 Modelo de terapia breve del MRI

Antecedentes

El “Grupo Bateson” creado en 1952 estuvo integrado por Weakland, Haley, Jackson y Bateson, teniendo como interés principal el estudio de la naturaleza y los niveles de la comunicación. En 1956 publican la hipótesis del doble vínculo en el artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, elaborado a partir del trabajo directo con familias de pacientes esquizofrénicos. El grupo poco a poco fue perdiendo cohesión hasta llegar a la separación (Bertrando y Toffanetti, 2004). En 1959 Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI), contratando a Jules Riskin y Virginia Satir. Posteriormente se le unieron Haley, Weakland y Watzlawick. Gregory Bateson fungía como investigador asociado y como profesor. Los intereses del grupo en ese tiempo se relacionaban con la interacción, los sistemas humanos, la cibernética y la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico, incorporando el aspecto emocional de la comunicación, como producto de una amplia variedad de conductas y comunicaciones humanas (Wittezaele y García, 1994).

Fundamentos teóricos

El Modelo de Terapia Breve está ligado a lo que acontece en la segunda y tercera década de existencia del propio MRI y su grupo integrado por Weakland, Jackson, Watzlawick y Fisch. Después de la muerte de Jackson en 1968, John Bell fungió como director hasta 1973 para ser substituido por Jules Riskin. Es importante señalar que el desarrollo del modelo de Terapia Breve propuesto por el MRI, descansa en modelos teóricos tales como la Teoría de los Tipos Lógicos, la Teoría de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana, cuyos principales postulados se mencionan a continuación.

Teoría de los tipos lógicos.

Propuesta por Whitehead y Russell, esta teoría comienza también con el concepto de colecciones de “cosas” unidas por una característica específica común a todas ellas. Al igual que en la teoría de grupos, los componentes de la totalidad son designados como *miembros*, mientras que la totalidad misma es denominada *clase* en lugar de grupo. Un axioma esencial de la teoría de los tipos lógicos es la de que cualquier cosa que comprenda o abarque a *todos* los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma. En el grupo del MRI se utilizó esta concepción teórica (Wittezaele y García, 1994) para concluir que:

- a) se deben separar cuidadosamente los niveles lógicos si se quiere evitar las paradojas en la comunicación.
- b) el paso de un nivel superior implica un salto, una discontinuidad, lo que significa salir del *sistema*.
- c) el cambio que permite conservar al sistema (los elementos se modifican) será llamado cambio tipo 1
- d) el cambio del sistema mismo (metacambio), donde se modifican las reglas de transformación será llamado cambio 2

Teoría General de Sistemas

La Teoría de los Sistemas Generales fue desarrollada por Ludwig von Bertalanffy quien afirmaba que se podía describir formalmente a cualquier sistema como un todo que se comporta de manera diferente a la de la simple suma de sus partes; es una totalidad ordenada, y el modo como se ordena tiene consecuencias significativas sobre su forma de comportarse. Cabe aclarar que los Sistemas se pueden clasificar en cerrados y abiertos, los primeros se refieren a aquellos donde no existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas, y los segundos a los sistemas que intercambian materiales, energías e información con su medio; es decir, los sistemas cerrados se refieren a los sistemas físicos y los abiertos a los sistemas vivos.

Propiedades de los sistemas abiertos

Según Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) las familias actúan como sistemas abiertos y por tanto se pueden observar propiedades similares, en la tabla 1 se mencionan algunas de ellas:

Tabla 1. Propiedades de los sistemas abiertos

PROPIEDAD	DESCRIPCIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Totalidad	La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones existentes entre ellos.
<ul style="list-style-type: none">• No sumatividad	Proporciona una guía negativa para la definición del sistema. Un sistema no puede entenderse como la suma de sus partes, se hace necesario dejar de lado las partes en beneficio de la gestalt y prestar atención a su complejidad y organización.
<ul style="list-style-type: none">• Causalidad circular	Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas.
<ul style="list-style-type: none">• Equifinalidad	Alude al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.
<ul style="list-style-type: none">• Equicausalidad	Se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
<ul style="list-style-type: none">• Retroalimentación	La relación circular altamente compleja constituye un fenómeno distinto de las relaciones causales más simples. La retroalimentación y la circularidad constituyen el modelo causal adecuado para una teoría de los sistemas interaccionales.

Tabla 1. Propiedades de los sistemas abiertos (continuación)

<ul style="list-style-type: none"> • Limitación 	<p>Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la posibilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta haciendo que se reitere con el tiempo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Regla de relación 	<p>En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ordenación jerárquica 	<p>En la familia no sólo comprende el dominio que uno de los miembros ejerce sobre otros en materia de poder y responsabilidad sino también de ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Teleología 	<p>El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa a fin de asegurar su continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros.</p>

Teoría de la comunicación humana

Los axiomas de la comunicación se refieren a las explicaciones de los tipos de relaciones que se establecen entre los individuos, y que según Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) se pueden conceptualizar de la siguiente manera:

- **No es posible no comunicarse.** Toda conducta es comunicación y resulta imposible no comportarse, ya sea mediante actividad o inactividad, palabras o silencios, todo ello (cualquier comportamiento) tienen siempre valor de mensaje para el interlocutor.

- **Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es por ende, una metacomunicación.**

Según las reglas descritas por Bateson, también la comunicación está definida por el contexto (en consecuencia, es la relación la que actúa como fondo). En toda comunicación hay una relación al haber un emisor y un receptor, el contenido del mensaje se refiere a la información transmitida y el aspecto relacional se centra en la relación entre comunicantes. La metacomunicación se refiere al análisis

comunicacional cuando se comunica algo sobre la comunicación.

- ***La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.*** La puntuación organiza los hechos de la conducta por lo que resulta vital para las interacciones en marcha, se definen roles en base a la disposición de los organismos a aceptar un sistema de puntuación uno de ellos puede tomar la iniciativa y otro la dependencia.
- ***Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.*** El lenguaje digital (verbal) tiene una sintaxis perfecta, pero una débil semántica relacional; el lenguaje analógico tienen la semántica relacional, pero no tiene una sintaxis que permita definir la relación de modo no ambiguo.
- ***Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o la diferencia.*** El intercambio simétrico tiene lugar en la producción de mensajes de la misma naturaleza, mientras que el intercambio complementario produce un incremento de las diferencias entre los mensajes.

Aplicación del modelo

Presupuestos Básicos

Para la aplicación del Modelo de Terapia Breve se consideran algunos presupuestos que dan forma al proceso terapéutico desde la entrevista hasta su conclusión, según Friedberg (1989) esto da un marco de referencia que subyace en todas las intervenciones que tienen lugar en este modelo. Estas premisas son:

- El mapa no es el territorio
- Diferenciación entre hechos y significados
- Las personas utilizan la mejor opción dadas las percepciones de la realidad de que disponen
- Ciertos mapas y modelos tienden a limitar las opciones de las personas y dejan de ser funcionales dadas las circunstancias actuales
- El punto de vista sistémico es más funcional y menos limitante que el modelo lineal o "causal"
- El contexto y medio ambiente mantienen e influyen la conducta de las personas

- Se toma en cuenta de manera preponderante el ciclo de vida familiar
- Definición de metas concretas junto con el paciente, dentro de las cuales se establecen los siguientes parámetros:
 - *Saber específicamente qué se desea cambiar*
 - *Como saber si se obtiene*
 - *Que demostración habría de que se obtuvo*
 - *Cuando se desea ser capaz de efectuar una conducta y cuando no*
 - *Que sucede con las personas cercanas de lograr el cambio*
 - *Que impide lograr el cambio*
 - *El cambio lo debe iniciar y mantener el paciente*
 - Exploración de las soluciones intentadas
 - Búsqueda de elementos que son significativos o hacen una diferencia

Todos estos supuestos dan una dirección de hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos en la terapia para lograr un cambio que beneficie al cliente; es fundamental subrayar que en este enfoque dichos supuestos deben considerarse no a manera de receta sino como una guía que el terapeuta seguirá de acuerdo a su discreción y habilidad

Proceso y procedimientos de la terapia

La terapia breve se orienta a la extinción de los síntomas y a la resolución del problema o de los problemas presentados por el paciente o pacientes. Este planteamiento, como ha de hacerse todavía más claro por lo que sigue, no es reducible a una terapia superficial sintomática, sino que es una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de las reacciones comportamentales derivadas del paciente o pacientes. Desde esta perspectiva, el recurso a noticias o informaciones acerca del pasado o acerca de la denominada "historia clínica" del sujeto representa sólo un medio para poder disponer de las mejores estrategias de resolución de los problemas actuales. El terapeuta, desde su primer encuentro con el paciente, en vez de estudiar su pasado, centra interés y valoración en:

- a) qué sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo
- b) cómo funciona el problema que se presenta en el interior de este sistema relacional

c) cómo el sujeto ha intentado, hasta el presente, combatir o resolver el problema (soluciones ensayadas)

d) cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

Después de haber construido una o más hipótesis sobre los puntos citados, y después de haberse puesto de acuerdo con el paciente respecto del objetivo u objetivos de la terapia, se determinan y se aplican las estrategias para la resolución del problema presentado. Para ello se siguen una serie de fases que se pueden esquematizar como sigue (Nardone & Watzlawick, 1992):

- 1) Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.
- 2) Definición del problema (síntomas, trastornos...).
- 3) Acuerdo sobre los objetivos de la terapia.
- 4) Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema.
- 5) Programación terapéutica y estrategias de cambio.
- 6) Conclusión del tratamiento.

1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica

La estrategia fundamental consiste en *observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente*. Esto es fundamental porque sólo aceptando aquello que el paciente nos ofrece y hablando su mismo lenguaje se logra establecer el clima de contacto interpersonal y de sugestión positiva que hace posible manipular y cambiar de rumbo sus acciones.

2. Definición del problema

Es fundamental aclarar de un modo concreto el *problema* y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. Existen tres categorías generales de problemas en que se debaten las personas:

- a) la interacción entre el sujeto y sí mismo.
- b) la interacción entre el sujeto y los demás.
- c) la interacción entre el sujeto y el mundo.

3. Acuerdo sobre los objetivos de la terapia

Los acuerdos sirven como una buena guía metodológica para el terapeuta, ya que representa un enfoque de la programación terapéutica hacia una orientación precisa, con una serie de objetivos por alcanzar gradualmente que garantizan una verificación progresiva y el control del trabajo; y también representan para el paciente una sugestión positiva, en cuanto la negociación y el acuerdo acerca de la duración y los fines de la terapia ya que al concertar los objetivos y al programar la terapia, el terapeuta puede construir una escala gradual y progresiva de pequeños objetivos, que den la sensación al paciente de que el tratamiento no es demasiado acuciante y ansiógeno.

4. Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema

En el modelo se considera que los mismos intentos de resolver el problema son precisamente lo que lo sostienen. La solución, repetidamente intentada, del problema inicial se convierte así en el verdadero problema.

5. Programación terapéutica y estrategias de cambio

No es posible diferenciar nítidamente las estrategias terapéuticas específicas de todo el resto del tratamiento. Lo más provechoso en general, es centrar la atención del paciente en cambios aparentemente triviales, en pequeños detalles de la situación.

5.1. Acciones y comunicación terapéuticas

5.1.1. Aprender a hablar el lenguaje del paciente

Se considera que el paciente es el experto en su problema, así que corresponde al terapeuta entender desde la perspectiva del paciente su queja.

5.1.2. La reestructuración

Se refiere a codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura.

5.1.3. Evitar las formas lingüísticas negativas

En lugar de criticar y negar la actuación del paciente, aun cuando sea ésta absolutamente errónea o disfuncional, resulta mucho más eficaz gratificar a la persona y, por medio de esta gratificación, impartir órdenes orientadas a la modificación de su conducta.

5.1.4. El uso de la paradoja y la comunicación paradójica

La paradoja posee la propiedad de desquiciar los círculos viciosos y recurrentes de soluciones ensayadas que el paciente presenta de forma obstinada, por la simple razón de que pone en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad y reacciones ante ella.

5.1.5. Uso de la resistencia

La resistencia se prescribe con el fin de crear un “doble vínculo” terapéutico, que se manifiesta colocando al paciente en una situación paradójica, en la que su resistencia, o su rigidez para con el terapeuta, llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia.

5.1.6. Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico

Esta estrategia comunicativa posee la prerrogativa de permitir la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que, por lo común, una persona pone en práctica ante los personajes y las diversas situaciones de un relato.

5.2. Prescripciones de comportamiento

Las prescripciones de comportamiento, que han de seguirse en la vida cotidiana fuera de la sesión en el intervalo que media entre un encuentro y el siguiente, desempeñan un papel fundamental en la terapia breve.

5.2.1. Prescripciones directas

Este tipo de intervención es útil cuando se trata de personas muy colaboradoras y que oponen escasa resistencia al cambio, para las que resulta suficiente darles la clave de la resolución del problema, prescribiéndoles la manera de comportarse frente a la situación problemática para que logren desactivar los mecanismos que la mantienen operante. La otra función habitual de las prescripciones directas es la de consolidar, en la fase siguiente a la ruptura del sistema disfuncional que domina el problema, mediante acciones conscientes progresivas.

5.2.2. Prescripciones indirectas

Por lo general, se atrae la atención del paciente hacia alguna otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado.

5.2.3. Prescripciones paradójicas

Esto se utiliza ante un problema que se presenta como espontáneo e irrefrenable ya que de esta manera se coloca a la persona en la situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar.

6. Conclusión del tratamiento

Su objetivo es consolidar definitivamente la autonomía personal de la persona tratada. Se ofrece a la persona un conocimiento claro incluso de determinadas técnicas extrañas utilizadas en el tratamiento (órdenes indirectas, sugerencias, prescripciones paradójicas).

La postura del cliente

La postura se define como una forma sucinta de indicar un valor con el cual el cliente se halla comprometido y que se ha manifestado abiertamente. El hecho de saber cuál es la posición del cliente permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, de modo que sea probable que el cliente la acepte (Fisch, Weakland y Segal, 1982). En la tabla 2 se muestran los diferentes tipos de postura que pueden adoptar las personas.

Tabla 2. Tipos de posturas

CONTEXTO	DIFERENTES TIPOS DE POSTURAS
Sobre su visión de sí mismos	<ul style="list-style-type: none">• se ven a sí mismos como algo extraordinario ó• temen destacar ó• se consideran a sí mismos responsables o serviciales.
Sobre su papel en la terapia	<ul style="list-style-type: none">• se definen a sí mismas como pacientes ó• definen a otro como paciente

Tabla 2. Tipos de posturas (continuación)

Sobre sus problemas	<ul style="list-style-type: none"> • el problema es manifiestamente doloroso, por lo cual el cambio se vuelve urgente ó • el estado de cosas es indeseable pero no incómodo en exceso y no se necesita un cambio con urgencia • manifiestan una postura pesimista con respecto a la solución del problema ó • manifiestan que el problema, aunque difícil, puede ser afrontado ó • manifiestan una grandilocuente expectación con respecto a lo que se puede y se debe conseguir.
Sobre la terapia en sí misma	<ul style="list-style-type: none"> • pueden mostrarse como receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta ó • toman a su cargo activamente el tratamiento ó • buscan ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíprocas entre ellos y el terapeuta.

Dependiendo de la postura que tomen en terapia, a las personas se les puede considerar como visitantes (no están realmente involucrados en el proceso), como quejosos (están involucrados pero consideran que alguien más debe cambiar) o como compradores (están involucrados y convencidos de que son ellos mismos quienes deben trabajar para cambiar).

Intervenciones

En este modelo se considera que toda acción del terapeuta respecto al paciente es una intervención, así, dado que el terapeuta no puede dejar de actuar, por ese mismo motivo no puede dejar de intervenir. Interviene ante el cliente desde el primer contacto, incluso por teléfono. Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas. *Las intervenciones principales y las generales* (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Intervenciones principales

Estas intervenciones se aplican cuando surgen los siguientes intentos básicos de solución por parte de los pacientes:

1) intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo; 2) intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo; 3) intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición; 4) intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación; y 5) confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia. En la tabla 3 se muestran tanto los intentos de solución como las intervenciones sugeridas.

Tabla 3. Intervenciones principales

INTENTO DE SOLUCIÓN	INTERVENCIÓN
1. <i>El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo</i>	Se intenta que el paciente renuncie a sus intentos de autoacción y deja de esforzarse demasiado.
2. <i>El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo</i>	El hilo conductor de las estrategias de solución ante los problemas de miedo-evitación es exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.
3. <i>El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición</i>	Se busca que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad.
4. <i>El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación</i>	La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente,
5. <i>La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa</i>	El juego se acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo, ya sea de acusador o de perseguido

Intervenciones generales

Hay momentos en los que el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. También es posible que quiera utilizar dicha postura para averiguar si es suficiente con ella para solucionar el problema, aun en el caso de que no implique la formulación de una intervención, y aunque no se hallen en estricta dependencia del problema o de la solución

que afecte en particular a un cliente (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Las intervenciones generales se describen en la tabla 4

Tabla 4. Intervenciones generales

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN
1. <i>No apresurarse</i>	La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa: el cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación.
2. <i>Los peligros de una mejoría</i>	En este caso, se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema.
3. <i>Un cambio de dirección</i>	El terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. El cambio de dirección implica un giro de 180 grados.
4. <i>Cómo empeorar el problema</i>	Es posible causar un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren.

CONCLUSIÓN

El modelo de terapia breve del MRI ofrece una visión terapéutica centrada en tratar aquellas situaciones que aquejan al cliente de una manera que a este le resulte sumamente económica, tanto en tiempo como en dinero. Aunque una de las críticas más comunes que se hace no solo al modelo MRI sino a las terapias sistémicas es su “*no profundidad*” respecto a los *porqués* de los síntomas, es importante aclarar que esto se debe, no solo a un desconocimiento de la epistemología que da lugar a las ideas sistémicas sino también al insistir en mirar las propuestas derivadas de este enfoque bajo la variable epistemológica clásica de la linealidad y enmarcar absolutamente cualquier maniobra terapéutica sistémica en tal perspectiva (Ceberio, 2002). Da aquí que sea en realidad improductivo descalificar o criticar un modelo sin considerar su epistemología.

En este sentido el modelo de terapia breve debe su efectividad a una consideración diferente de la forma en que el paciente vive sus realidad y sus problemas, y a considerar

que estas situaciones no se deben a *una personalidad* o a una deformación de esta (patología), sino que sus problemáticas están enmarcadas en una construcción social y que esto debe ser tomado en cuenta al trabajar con la premisa de que el *cliente es el experto en su problema*.

Abundando en este sentido (el cambio de paradigma) Von Glasersfeld (1996) concibe que el conocimiento de una persona no está determinado por el acceso que tenga a una realidad única, ajena e inalterable, sino que es construido activamente por las personas. Esta idea tiene un especial interés en el sentido terapéutico que nos ocupa, ya que no se concibe, desde esta perspectiva, que los problemas del paciente se deben a una situación explicable y aplicable para *todas las personas* que se comportan igual y que esto se debe a rasgos o trastornos de la personalidad, sino que sus problemas se deben a su particular y única manera de construir una realidad donde una situación cualquiera se convierte en un problema. Esto permita que la terapia pueda ser efectiva al cambiar de manera exitosa el marco de referencia o el valor y el sentido que la persona atribuye a aquella situación que define como *el problema* (Watzlawick 1999).

Así, la aportación primordial que ofrece el modelo de terapia breve, es proporcionar al cliente una nueva perspectiva de sus problemas donde él es capaz de tomar el control al modificar sus concepciones que definen tal o cual situación como un problema y replantearse dicha situación como no problemática, manejable o resoluble. Y esto se logra de manera breve al trabajar directamente con las soluciones intentadas por el cliente de manera que se imposibilite dicha solución al romper con la pauta que la perpetua.

Lo más importante es que el enfoque breve, más allá de los aspectos teóricos, nos hace más conscientes de las circunstancias en las que vivimos, en las que el tiempo y la situación económica nos llevan a buscar soluciones rápidas, acordes con el ritmo de vida, sin olvidarnos que nuestra tarea es dar alivio lo más rápido posible (Pendola y Perotti, 2008).

Reflexiones

El modelo de terapia breve del MRI presenta a mi parecer una ruptura importante con la forma de concebir la terapia que resulta fundamental para comprender la génesis de los modelos posteriores donde se da cabida a las ideas del posmodernismo. Aunque este modelo aún se encuentra concebido desde las premisas modernas contiene en su

propuesta tecnológica elementos que dan pie a ciertas dinámicas de comunicación que permite la visualización de una realidad donde el discurso del cliente es la base para su construcción. Si bien es cierto que lo que se busca es estructurar aquella situación problemática para entender las pautas que la sostienen y la forma de intervención se basa no en los significados que las personas otorgan a sus relaciones sino en las premisas establecidas por el modelo, creo que el poner atención a lo que el cliente dice no para encontrar patologías sino para estructurar un diálogo es decir, un intercambio de significados, propicia un efecto en el sistema que potencializa el desarrollo de una postura orientada hacia las ideas posmodernas. Por supuesto que estoy consciente que la escucha del terapeuta MRI es selectiva en cuanto a que contenidos discursivos resultan útiles para este modelo terapéutico y cuales no, sin embargo soy de la opinión que más allá de dicha escucha selectiva existe un necesario movimiento recursivo en el diálogo que modifica las concepciones del terapeuta y del cliente aun de aquellas que el terapeuta considera no útiles para el proceso y esto deviene en una construcción dialógica ya sea que el terapeuta está consciente de ella o no.

2.2 Modelo Estructural

Antecedentes

El modelo estructural de terapia familiar, fue desarrollado durante la década de 1970 por Salvador Minuchin, psiquiatra argentino nacido en 1921, quien en su práctica clínica abordó problemas de salud mental en poblaciones marginadas de Estados Unidos, y personas que tenían miembros con problemas psicósomáticos. Minuchin da a estos problemas un abordaje sistémico y con esto un giro a su definición y tratamiento, incluyendo al contexto y la atribución de responsabilidad por parte de la familia en relación con el síntoma. Este autor se considera uno de los pioneros de la terapia familiar junto con personajes como John E. Bell, Don Jackson, Nathan Ackerman, y Carl Whitaker (Dominici, 2004).

John Bell: : Comenzó a tratar familias en 1950, su forma de trabajo consistía en visualizar a la familia como un grupo en terapia, estimulaba la discusión abierta y estructuró el tratamiento en etapas.

Don Jackson: Como terapeuta rechazó la teoría del rol intrapsíquico y los conceptos psicoanalíticos y enfocó su interés en la dinámica del intercambio entre personas por lo

que el análisis de la comunicación humana fue su herramienta de manejo y tratamiento. En 1954, desarrolló una terapia rudimentaria de interacción familiar que fue publicada por el American Psychiatric Association en St. Louis, titulado “ La Cuestión de la Homeostasis Familiar”, para él la homeostasis familiar es el estado dinámico de la familia y nunca es estático, la variedad de circunstancias nuevas probablemente son introducidas por el cambio de comportamiento de uno de sus miembros.

Nathan Ackerman: fue un psiquiatra con entrenamiento en psicoanálisis de niños, hizo una reevaluación de toda su concepción psicopatológica, comenzó a ver la familia como la unidad básica para diagnóstico y tratamiento. Recomendaba entrevistas con todos aquellos que vivieran bajo el mismo techo. Una vez que la familia se compenetraba con el terapeuta, este podía observar y relacionarse con los diferentes tipos de personalidades existentes, así como con los componentes del sistema. Opinaba que las metas de su trabajo iban más allá de resolver síntomas, también incluía favorecer el funcionamiento familiar, la felicidad individual y prevenir el estrés futuro.

Postuló que el terapeuta modelo debía ser catalítico, activo, abierto y dispuesto, consciente tanto de la trasferencia y contratransferencia como de la interacciones familiares.

Carl Whitaker: Como terapeuta familiar fue uno de los primeros en señalar la necesidad de reconocer la importancia de las reglas de las familias de origen de cada miembro de la nueva familia, ya que consideraba que la terapia podía ayudar a completar tareas evolutivas pendientes; una de sus mayores contribuciones fue poner el énfasis en la relación con sus clientes y no en las técnicas aplicadas por ello desarrolló múltiples y creativos modos de expresión para no depender de la técnica.

Aportaciones de Minuchin

En la acción clínica del este modelo es importante considerar el papel que el terapeuta asume en el sistema terapéutico, ya que al unirse a la familia modifica a dicho sistema. Para Hoffman (1991) “de gran importancia terapéutica es la inclusión del terapeuta como intruso activo, que cambia el campo de la familia con su sola presencia”. Este concepto

nació durante la práctica clínica de Minuchin mientras trabajaba como psiquiatra en la correccional para niños de Wiltwyck, Nueva York, al observar que los jóvenes atendidos en esta institución, una vez rehabilitados y dados de alta, reincidían, debido a los problemas familiares, sin embargo cuando las familias recibían apoyo y orientación sus síntomas desaparecían.

La postura de Minuchin representa una perspectiva optimista acerca de las posibilidades de cambio: si se modifica la estructura se posibilita el cambio ya que se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos (Desatink, 2004).

Maldonado (2001) resume así las aportaciones de Minuchin:

- Propone un modelo de evaluación clínica y de intervención
- Este puede ser usado por personal calificado o por agentes de salud comunitaria
 - Establece un continuo compromiso en la atención da familias de sectores vulnerables
 - Una lectura dialéctica de la teoría general de los sistemas
 - Sus aportes respecto a la discusión del concepto de familia y su diversidad.

Entre los colaboradores más cercanos de Minuchin se puede mencionar a Jay Haley, Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Bernice Rosman y su esposa Pat Minuchin

Principales exponentes

Salvador Minuchin llevó a cabo su trabajo inicial en el Child Guidance Clinic de Filadelfia en EEUU trabajando inicialmente con Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Ponte, Berenice Rosman y Jay Haley aunque no se considera a este último como un representante del modelo estructural sino del estratégico. Minuchin junto con sus colegas desarrolló en esta clínica programas de entrenamiento para terapeutas y para personas no profesionales que trabajan con poblaciones de comunidades marginadas. Desarrollaron también programas de entrenamiento para terapeutas que hacían énfasis en la supervisión en vivo. Junto con Colapinto desarrolló proyectos de prevención y atención a familias marginadas. Su esposa Pat Minuchin ha desarrollado investigación y

proyectos de atención psicosocial para poblaciones marginadas y de muy bajos recursos (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 1999).

La familia y su estructura

El modelo estructural considera que la familia tiene como objetivos la protección psicosocial de sus miembros, acomodarse a la cultura y al mismo tiempo transmitirla a sus miembros. Reconoce que la familia imprime a sus miembros un sentido de pertenencia y uno de individuación. En cuanto a la estructura familiar este modelo considera los siguientes elementos los cuales sirven también para su evaluación:

- 1.- *Subsistemas*. Las familias desempeñan sus funciones a través de subsistemas que pueden estar formados por: generación, género, interés, función, etc...
- 2.- *Límites*. Están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera. Protegen la diferenciación del sistema o subsistema
- 3.- *Jerarquías*. Se refieren a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema que marca subordinación o supraordinación
- 4.- *Alianzas*. Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema.
- 5.- *Coaliciones*. Ocurren cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema.
- 6.- *Triángulos*. Tiene como función dentro de un sistema equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas.

Antes de mencionar las principales técnicas propuestas en este modelo, conviene mencionar algunos aspectos acerca del diagnóstico estructural, Minuchin (1979) indica que para llevar a cabo un diagnóstico estructural debe de tomar en cuenta lo siguiente: los elementos de la estructura familiar, pautas transaccionales repetitivas, proceso de desarrollo a través del ciclo vital de la familia, construcciones acerca de la realidad, premisas culturales e idiosincrásicas, conexión del síntoma con el sistema y la relación con los contextos con los que interactúa la familia.

Intervención terapéutica

Coparticipación

Durante la terapia, el terapeuta debe asumir una posición de liderazgo frente a la familia. La presencia de la familia es un reconocimiento de que sus miembros desean asistencia y de que invitan al terapeuta a ser parte del sistema y así solucionar una situación de tensión, malestar o sufrimiento. Lo común es que el grupo familiar expongan a uno de sus miembros como el portador del problema (paciente identificado), sin embargo, es el terapeuta quien debe ampliar el foco e involucrar al sistema como una red compleja que según sus interacciones (disfuncionales) provoque que un miembro cargue con un síntoma. Coparticipar con la familia es más una actitud que una técnica y constituye la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas. Coparticipar es hacer saber a la familia y sus miembros que el terapeuta los comprende, y trabaja con ellos y para ellos. Con esto, la familia puede sentirse segura para ensayar alternativas, intentar lo no habitual y cambiar. La coparticipación es lo que mantiene unido el sistema terapéutico.

La forma en que el terapeuta se puede introducir al sistema se puede dar en tres formas:

a) Posición cercana: En este nivel el terapeuta puede llegar a afiliarse a los miembros de la familia, inclusive hacer coalición con algunos de ellos

b) Posición intermedia (*rastreo*): En esta posición, el terapeuta interviene a la familia en una posición neutral, escuchándola y ayudándola a hablar (*rastreo*) entrando y saliendo del sistema familiar

c) Posición distante (experto): El terapeuta no participa como actor, sino como director, como especialista para que los miembros de la familia se sientan competentes y establezcan la esperanza del cambio,

Estrategias y técnicas terapéuticas

El modelo estructural considera 3 estrategias que logran promover el cambio, estas son: Reencuadre, Reestructuración y Construcción de la realidad, que tienen por objetivo cuestionar el síntoma, la estructura y la realidad familiar respectivamente. Cada una de estas estrategias engloba a su vez una serie de técnicas que se describen más adelante. Minuchin (1989) afirma que implementar las técnicas terapéuticas debe ser un arte, se deberá descubrir y aplicar técnicas que concuerden con cada familia. Con la imitación de

las técnicas de otro terapeuta, la terapia se puede convertir en impersonal e irrelevante, porque no van de acuerdo con la personalidad del terapeuta y, como consecuencia, no será efectivo en el tratamiento. A continuación se describen las diversas estrategias y técnicas (cuadro 1):

Cuadro 1. Esquema de estrategias y técnicas terapéuticas en el Modelo Estructural

Estrategia	Técnica	
REENCUADRE	Escenificación	Interacciones Espontanea Provocar interacciones Interacciones alternativas Iluminación de una interacción
	Intensidad	Repetición del mensaje Repetición de las relaciones isomórficas Modificación del tiempo Cambio de la Distancia Resistencia a la presión familiar
REESTRUCTURACIÓN	Fronteras	Distancia psicológica Duración de la intervención
	Desequilibramiento	Alianza con miembros de la familia Alianza alternante Ignorar a miembros de la familia Coalición vs. miembros de la familia
	Complementariedad	Cuestionamiento del problema Cuestionamiento del control lineal Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos

Cuadro 1. Esquema de estrategias y técnicas terapéuticas en el Modelo Estructural (continuación)

CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD	Realidades	Empleo de constructos cognitivos Búsqueda de lados fuertes Símbolos universales Verdades familiares Consejo especializado Paradojas
-----------------------------	------------	--

Reencuadre

El terapeuta inicia su encuadramiento tomando en cuenta lo que la familia considera importante. La tarea es convencer a los miembros de que el mapa de la realidad que la familia había trazado se puede ampliar o modificar.

a) Escenificación. En esta técnica se pide que la familia interactúe (dance) en presencia del terapeuta y obtener información no solo de contenido, si no de la relación.

* *Interacciones espontaneas*: Se observa las relaciones de entre los miembros de la familia de manera espontánea.

* *Provocar interacciones*: El terapeuta pedirá a la familia que interactúen frente a él.

* *Interacciones alternativas*: se pide a los miembros, que: 1.- si las cosas no ocurren, hay que hacer que ocurran, 2.- que se realicen cosas poco comunes, 3.-mantener la distancia durante la interacción de la familia.

**Iluminación de una interacción espontanea*: Hacer notar a la familia que están involucrados con ciertas pautas de interacción que están contribuyendo al mantenimiento del síntoma.

b) Enfoque: Centrar la atención en cierta información para darle un significado para la familia.

c) Intensidad: El terapeuta hace que la familia escuchar el mensaje.

* *Repetición del mensaje*: reproducir el mensaje las veces necesarias para que se comprendan.

**Repetición de las relaciones isomórficas*: repetir un mensaje que aparentemente es diferente, pero que tiene el mismo objetivo.

**Modificación del tiempo*: Modificar los tiempos en que se relaciona la familia. Depende de las alertas que muestre la familia.

**Cambio de la Distancia*: Tratar que la familia se acerque o se aleje para enfatizar o relajar la intensidad de las relaciones.

**Resistencia a la presión familiar*: El terapeuta establecerá el liderazgo de la familia, no hacer que la familia haga lo que quiera, si no lo que el terapeuta tiene planeado según sus objetivos terapéuticos.

Reestructuración

Estas técnicas cuestionan la estructura familiar, los límites, la forma en que se hacen las cosas, sus interacciones y la forma de solucionar los problemas.

a) *Fronteras*: Modifica la participación de los miembros en distintos holones, regula la permeabilidad de las fronteras que separan los holones

**Distancia psicológica*: Se realizan movimientos para establecer límites entre los miembros de la familia, cuando estos, están muy unidos por afinidades, diadas, triadas y hay poca distancia entre ellos.

**Duración de la intervención*: Se extienden o acortan los tiempos para aumentar la intensidad y remarcar o distanciar sistemas.

b) *Desequilibramiento*: El principal objetivo es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de la familia.

**Alianza con miembros de la familia*: El terapeuta se aliará a la familia como experto y generará confianza para hacer intervenciones en la familia.

**Alianza alternante*: Se puede alternar las alianzas con dos subsistemas en conflicto.

**Ignorar a miembros de la familia*: El terapeuta habla o y actuar como si ciertos miembros fueran invisibles.

**Coalición vs. Miembros de la familia*: El terapeuta se alía contra el miembro de la familia que está en desventaja y se colude contra otros para darle más fuerza. Por ejemplo:

c) *Complementariedad*: El objetivo es hacer ver y experimentar a los miembros de la familia que pertenecen a una entidad (subsistema) y no dejarlos permanecer en lo individual.

**Cuestionamiento del problema*: Se cuestiona la focalización del paciente identificado

**Cuestionamiento del control lineal*: Desmitificar que el síntoma es un efecto de una sola causa.

**Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos*: Cambiar la puntuación que los miembros de la familia le asignan a sus interacciones.

Realidades

El terapeuta ofrece a la familia una realidad diferente a la que han construido, también puede trabajar un cambio de cognición en la familia no cambiando la realidad, si no modificarla o enseñar una nueva forma de ver y tratarla.

a) *Construcciones*: Se utilizan las realidades que son verdades para la familia para crear nuevos mundos o realidades

* *Empleo de constructos cognitivos*: dar una visión más flexible y plural

* *Búsqueda de lados fuertes*: resaltar los recursos o logros de la familia o de alguno de sus miembros

**Símbolos universales*: verdades que son de dominio universal.

Verdades familiares: las verdades de la familia son análogas a las que se desarrollan en los procesos sociales.

**Consejo especializado*: Consejos del terapeuta como experto en la materia.

* *Paradoja*: intervención que tiene como consecuencia lo opuesto de lo que se pretende

Una de las consideraciones más importantes que nos hace notar Minuchin (Minuchin y Fishman, 1989), es que estas técnicas deben olvidarse, es decir que no deben utilizarse como un recetario, ya que cada familia es diferente y cada caso también, lo que un terapeuta debe no olvidar, es que las técnicas deben amoldarse a la situación de que se trate y no al revés. De esta manera la primera y más importante labor del clínico es dejarse llevar por el ritmo de la danza familiar, permitirse bailar con la familia para desde ahí determinar cuál o cuáles estrategias y/o técnicas son las más adecuadas.

Conclusiones

El modelo estructural de Salvador Minuchin ofrece una opción terapéutica que permite explorar, diagnosticar e intervenir de una manera clara y efectiva con las diversas problemáticas que se pueden presentar en una familia. La manera misma en que está conformado el modelo sirve como guía para intervenir con la familia de acuerdo al ritmo de la misma sin olvidar que al incorporarse el terapeuta al baile familiar modifica el paso del sistema y, aunque sea desde la posición de líder, debe irse acoplando a los diferentes tempos que se susciten en el contexto terapéutico. Esto hace que este modelo de terapia familiar sea de fácil acceso en cuanto a su comprensión teórica pero que exija, al mismo tiempo, una ardua preparación para su aplicación en el consultorio. Si bien sus premisas, conceptos, estrategias y técnicas son bastante accesibles, esto pudiera llevar a pensar que su aplicación también lo es, y esto, desde luego, es un grave error ya que el conocimiento necesario para saber qué tipo de familia esté enfrente, cuáles son sus pautas de interacción y qué tipo de técnica conviene usar, y en qué momento decir o hacer (o no decir o no hacer) algo, es algo que solo se logra con una larga práctica de contacto terapéutico con las más diversas familias, esto es lo que en realidad ubica al terapeuta como un experto.

Se considera que la aportación más importante del modelo es la ayuda efectiva y eficaz que brinda a las familias sobre todo cuando estas se encuentran sumamente desestructuradas, aunque una crítica común al modelo es la posición de suponer que hay un modelo familiar “normal” o “deseable” y esto puede suponer un prejuicio inherente. Lo cierto es que el mismo Minuchin propone olvidar las técnicas del modelo, para concentrar la atención en la interacciones de la familia y de ahí trabajar de la manera más conveniente para ellas, dejando así la puerta abierta para las aportaciones necesarias para que el modelo se adapte a las necesidades de los contextos en que se aplique, no

se olvide que los modelos no son ni flexibles ni rígidos, son la personas que los aplican quienes pueden actuar de una u otra manera.

Reflexiones

El modelo estructural contiene desde mi perspectiva elementos que posibilitan su aplicación a diferentes contextos sociales y esto es una aporte fundamental para la consideración de la realidad que cada grupo social (familia o no) enfrenta. Aunque sus premisas consideran la postura de experto del terapeuta y una realidad (tanto social como familiar) deseada, considero que este elemento tiene diferentes modos de lectura que de aplicarse adecuadamente pueden proporcionar una enorme ayuda para problemáticas complejas. Al considerar los elementos antes mencionados desde una perspectiva puramente posmoderna se podría llegar a concluir que el terapeuta debe trabajar en la dirección en que un determinado discurso normalizado marca y con esto se corre el riesgo de desoír o invisibilizar ciertas condiciones que determinan el sufrimiento de las personas (como la violencia), sin embargo a mi juicio también es cierto que al contextualizar la propuesta del modelo y pensar en intervenciones ad hoc con las condiciones particulares de cada entorno ecológico, es posible configurar una forma de ayuda que atienda a los problemas más ´puntuales de las familias y, más allá de esto, les otorgue una dinámica en que los procesos de estructuración en que participa el terapeuta se vuelvan parte del sistema familiar aún ante la retirada del clínico. Esto es: la familia no solo aprendería como resolver sus problemas al seguir y aceptar las indicaciones y jerarquía del terapeuta, sino que además (siguiendo la idea de Bateson en cuanto al deuteroprendizaje) aprendería sobre como aprendió a reestructurarse y esto sería igual para el terapeuta. Con ello sé que al leer el modelo desde una perspectiva inclusiva, se logra visualizar su potencial de ayuda al contextualizarlo con las diversas realidades socialmente construidas, además de (una vez establecida cierta estructura) permitir que las personas pudieran trabajar de manera más profunda el significado de sus propias concepciones de dicha realidad toda vez que su entorno inmediato allá logrado resolver los conflictos más apremiantes y aún de riesgo.

2.3 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos presentados

La responsabilidad como base ontológica de la construcción dialógica

Nota aclaratoria

Antes de exponer el encuadre teórico que sustenta la idea de los dialogantes como seres concebidos como necesariamente responsables de sí, es necesario plantear el sentido en que el término “ontología” se está usando.

Aunque las diferentes propuestas filosóficas acerca de la definición de este término son muy vastas se tomará como punto de partida la propuesta clásica en el sentido de establecer que para poder conocer algo y aún determinar una teoría sobre cómo es posible conocer (una epistemología), primero se tiene que criticar (en el sentido de conocimiento profundo) a quién es capaz de conocer, es decir, el sujeto cognoscente. Es importante mencionar que desde esta idea el ser humano no es en realidad quien es capaz de conocer como ente total, sino solo su razón, esto es fundamental ya que al establecer esta idea, la explicación de las cosas se vuelve trascendente, esto es: la razón humana es concebida como un ente metafísico y por tanto en ella reside la explicación de las cosas, la razón se torna universal, atemporal, legal y trasciende el contexto, por ello al entender al ser humano como provisto de razón y determinar que solo por ella se puede llegar a conocer se refuerza la idea ya planteada por Descartes acerca de la dicotomía mente - cuerpo donde este trasciende en aquella; lo ontológico es pues el estudio de la esencia del ser (equiparado con lo humano) y esta esencia no puede ser modificada.

La noción básica queda entonces establecida en la idea de un ser separado del cuerpo, este es físico y aquel es metafísico, así que la ontología se ocupa de entender al ser en sí mientras que la rama filosófica que busca explicar cómo se construye el conocimiento se denomina epistemología.

Sin embargo al considerar las ideas posmodernas se replantea esta noción al postular que la explicación de lo humano no reside en un ser fundamental, atemporal, unívoco etc., sino en las construcciones posibilitadas por el lenguaje y que dan pie a la cultura, Así, es el lenguaje el rasgo sin qua non de lo humano y por ello las explicaciones de la realidad dependen de las construcciones lingüísticas propias de cada grupo social y no de una esencia común a todos los humanos; de esta manera se piensa ahora (desde la postura posmoderna) una desontologización de las

explicaciones acerca de las realidades de la cultura humana, ya que no hay un fundamento unívoco sino hechos culturales y estos se construyen (y se modifican) a través del lenguaje.

Sin embargo considero que este último concepto (desotologización) se debe a la necesidad contextual de establecer la ruptura con la dicotomía clásica del término ontología ya que al postular que lo humano está en el lenguaje se establece la inmanencia de lo que para las personas son los hechos (incluidas las explicaciones del ser) y se desplaza la conceptualización trascendente planteada por la metafísica. Al considerar lo arriba expuesto es que se evidencia la necesidad de reconsiderar el estudio o la explicación del ser humano más allá de esta dicotomía.

El término onto se puede traducir como “ser” o “estar”, sin embargo algunos filósofos opinan que la traducción más adecuada sería “lo que está siendo”, es decir, al revisar este concepto se pueden establecer diferentes acercamientos a aquello que vamos a suponer que es el ser ya que este no se limita a cierto tipo de ente (por muy trascendente que se conciba) sino que se incluye en su concepción “lo que sucede” o el “cómo se está”. Lo ontológico pues no se ve constreñido necesariamente por la idea dicotómica clásica, sino que puede construirse desde diferentes perspectivas, esto permite incluir en la explicación ontológica aspectos tales como la responsabilidad inherente a la existencia del ser humano.

Si bien es cierto que el presente trabajo se basa en las posturas posmoderna y en ellas lo primordial es considerar la lectura de los hechos del mundo como construcciones producidas por el lenguaje, es igualmente cierto que sería insensato o hasta irresponsable no considerar las implicaciones de llevar esta postura a extremos inflexibles; las personas, efectivamente, nacemos en un medio cultural establecido previamente y construido por el lenguaje, nos insertamos en él y comienza un diálogo que durará toda nuestra existencia. Sin embargo sería un error epistemológico no considerar el papel que juega el individuo en la reconfiguración de la realidad lingüística a través de su participación en el diálogo, las personas al relacionarnos con los demás participamos de la construcción dialógica y es en esta relación donde expresa la manera en que nos responsabilizamos o no de los efectos de dicha participación. Es aquí donde se hace necesaria (a mi juicio) una concepción ontológica del individuo humano ya que de otra manera supondríamos que el lenguaje (o más bien las construcciones sociales que este posibilita) son explicaciones unívocas de lo humano y entonces se establecería una trascendencia

lingüística, esto sería como concebir que el lenguaje se constituye a sí mismo y por lo tanto responsable de lo que en él sucede.

Al suponer que las personas son necesariamente responsables de su participación en la construcción de la realidad social y que este es un fundamento de su estar en el mundo, de su manera de estar siendo, se establece ciertamente una ontología pensada desde las ideas antes comentadas, una ontología que no busca explicaciones fundamentales y trascendentes del ser sino explicaciones de cómo las construcciones sociales son inmanentes a las relaciones humanas y por tanto cada individuo es responsable de su estar en ellas.

Uno de los aspectos fundamentales para poder establecer una relación terapéutica es tener una clara concepción de quienes la establecen, esto es: la persona (o personas) que se dedica profesionalmente a la terapia y la persona (o personas) que requieren ayuda. Bertrando (2011) afirma que la terapia se puede pensar como una encuentro dialógico, es decir, como una situación donde dos o más personas van a interactuar por medio de una construcción social que solo puede existir en el dialogo, el autor lo conceptualiza como un encuentro de intercambio de significados mucho más complejo que la conversación en donde cada dialogante modifica y es modificado, es decir, el diálogo así pensado es una construcción a la vez recursiva y a la vez creativa. Sin embargo, para poder posibilitar el dialogo terapéutico es necesario tener una concepción de quien está participando en él, esto es: una concepción ontológica de quien construye el diálogo. Siguiendo las ideas de esta autor podemos visualizar los procesos terapéuticos en dos niveles: uno más general que se refiere a un tipo de relación humana donde el dialogo es posible y que al mismo tiempo es posibilitada por el dialogo, y por otro un nivel más particular donde se encuentra la tecnología propia de cada propuesta terapéutica (tecnología del self), sea esta psicodinámica, conductual, cognitiva, gestáltica, humanística o sistémica entre otras. Dentro de dichas tecnologías se encuentran inscritas las premisas ontológicas con que el profesional concibe a quien acude a terapia en busca de ayuda. Esta última situación toma un cariz fundamental en la construcción de lo que acontecerá dentro del espacio terapéutico ya que aún en las tecnologías terapéuticas posmodernas, lo cierto es que en terapia una persona busca ayuda y otra la ofrece, esto hace que una interacción totalmente horizontal sea imposible ya que de darse se establecería una relación en la que se podría establecer un dialogo, pero que no resultaría terapéutica. En una relación no del todo simétrica quien busca ayuda deja la

responsabilidad de ser definido en quien ofrecerá la ayuda (el terapeuta), esta responsabilidad es tomada por la terapeuta en la inteligencia de que al poner el foco en proporcionar ayuda al solicitante necesita dos premisas que le sirva de guía: una sobre la relación y otra sobre aquel con quien se relaciona, la primera premisa la establece el contexto “es una relación terapéutica y en ella existen diferentes posiciones” mientras que la segunda es la mencionada concepción ontológica sobre quienes la conforman. Si bien es cierto esta concepción incluye al mismo terapeuta, la posición que cada uno tiene en la relación decidirá el nivel y tipo de responsabilidad de cada dialogante, es decir, aunque el terapeuta y con quien dialoga sean concebidos (por la terapeuta) como un mismo tipo de ente, la praxis terapéutica en cuanto a responsabilidad en el proceso se basará en las posiciones que ocupan en el diálogo. De esta manera el tipo de relación queda definido, pero aún queda la interrogante sobre las premisas ontológicas que dan sentido a la tecnología terapéutica de que se trate.

Feinmann (2009) propone la necesidad de entender la concepción ontológica del ser humano de las diversas corrientes filosóficas enmarcadas en sus correspondientes contextos sociohistóricos para lograr un entendimiento más amplio respecto a cómo se explican las ciencias sociales los fenómenos humanos, es decir, toda teoría respecto al comportamiento de las personas se ve enmarcada por una concepción ontológica del mismo, y en este cuerpo teórico se incluyen las propuestas terapéuticas.

Este autor en su revisión del *Malestar de la Cultura* propone la conceptualización del ser humano planteada por el psicoanálisis cercana a la idea de Nietzsche del *Hombre* en cuanto a un ser que se debate entre la bestialidad y el *Übermensch*, para Freud (según Feinmann, 2009) el ser humano vive en conflicto constante entre sus deseos pasionales y perversos provenientes de su biología (pulsiones) y el estar atado por la cultura que le niega la expresión de estos deseos, provocando así los síntomas neuróticos a los que parece estar condenado. Freud propone sin embargo que se puede “curar” dichos síntomas al lograr acercar a las personas a la racionalidad, es decir, al conocimiento de las verdaderas razones de su malestar psíquico, poniéndose así el énfasis en la perspectiva del positivismo que Pezo del Pino (2006) define como el estudio de la realidad como un objeto externo al investigador y que se define por las leyes naturales, las cuales son independientes del contexto, por ello se afirma que existe una causa y un efecto para cada una de las observaciones. Así se privilegia la racionalidad científica como única esperanza para el ser humano, alejándose de la perspectiva del *Übermensch* y la

voluntad de poder como medio de superación pensada por Nietzsche. Dentro del marco del psicoanálisis freudiano se puede mencionar también la propuesta de Savater (2008) respecto a la similitud de las ideas del clínico vienés y de Schopenhauer respecto al papel del deseo en el ser humano y como este se encuentra desvalido ante aquel. Lacan, sin embargo, se acerca más a la concepción kantiana de la incognoscibilidad del objeto, aunque al estructurar el análisis desde el lenguaje y no desde la biología difiere de Kant en cuanto a la consideración de “objeto” ya que no supone que este se relacione con la realidad sino con los contenidos del inconsciente (lo real), así, el clínico francés pone el foco en la necesidad de una estructura psíquica que simbolice lo real, el cual es de cualquier forma incognoscible para las personas. Aún con estas diferencias fundamentales en ambos enfoques analíticos la concepción del ser humano como un ente dominado por fuerzas internas e incontrolables que determinan su existencia sigue siendo fundamental, así como la “cura analítica” que se basa aún en lograr que la razón domine la inconsciencia o irracionalidad del ser, aunque esta racionalidad sea la del analista y no la del paciente.

Es importante aclarar que tanto Fienmann como Savater realizan sus comentarios de manera un tanto reduccionista ya que no pretenden establecer una epistemología respecto a la terapia psicoanalítica (o alguna otra), sino una aproximación filosófica de las ideas que la fundamentan.

Siguiendo con este enfoque se puede apreciar que en la perspectiva del conductismo se concibe a la humano desde las ideas del empirismo tales como las de Locke (Sahakian, 1990) y su concepción de “tabula rasa”, ya que al ser la premisa teórica de este enfoque la idea de que los estímulos ambientales determinan los comportamientos de las personas es posible utilizar dicha metáfora para inferir que las personas al tener contacto con su ambiente se irán llenando de información determinada por la experiencia más allá de las estructuras subyacentes en la psique o biología de los individuos; la idea terapéutica desde esta postura sería entonces lograr que los estímulos ambientales cambien (por medio de la terapia) y de esta manera lograr sujetos más adaptados.

Las ideas cognoscitivas respecto a la terapia parecen cercanas a la explicación de las ideas kantianas respecto a sus concepciones de las categorías de tiempo y espacio determinadas a priori en la psique humana expuestas por Sahakian (1990) y comentadas también por Fienemann (2009) y Savater (2008) quien apunta que el mundo exterior es en realidad una expresión del mundo interno del sujeto, es decir, el mundo exterior existe y

se explica solo porque se ha aprendido racionalmente sobre él, pero este aprendizaje no está determinado por el exterior (los objetos) sino por las estructuras inscritas a priori en el ser humano, así, la propuesta terapéutica es la posibilidad de concebir de manera diferente los aprendizajes racionales sobre el mundo sin proponer modificar las estructuras constitutivas propias de las personas.

Entre las diferentes ideas que sustentan el humanismo se encuentra la concepción del ser humano como un ente que tiende a desarrollar su potencial y de esta manera alcanzar un estado de plenitud (García-Valdecasas, Tobías, 2009), aunque estos autores afirman que las ideas existenciales forman la base filosófica de este enfoque se debe observar que para los terapeutas de esta corriente, existe una concepción de un desarrollo óptimo del potencial del ser humano, y este desarrollo necesariamente está encaminado a alcanzar un estado altamente adaptado al medio social, es decir, se pone el énfasis en un estado de moralidad que se equipara al potencial del ser. Esta conceptualización parece tener una base más idealista que empírica ya que el sugerir que una persona plenamente desarrollada es necesariamente una “buena” persona (en el sentido moral del término), encuentra sus bases en la perfección del mundo de las ideas expresada por Platón quien afirma (Beuchot, 1998) que las ideas son paradigmas que determinan al ser y guían la praxis humana hacia una moral superior y necesariamente buena, esto deriva en su concepción del mundo suprasensible donde el humano alcanza su perfección al entregarse a sus ideales más allá de la inmediatez impura y falsa del mundo sensible de las cosas.

Las terapias sistémicas proponen un acercamiento que implica al individuo como parte de un sistema más amplio, en la primera cibernética (una de las bases epistemológicas de este enfoque) se estipula que los observadores (terapeutas) pueden actuar sobre el sistema de manera ajena a él, caso contrario a la segunda cibernética donde se propone la idea de que el observador necesariamente interactúa con el sistema y lo modifica, aunque se pone el énfasis en esta diferencia fundamental para pensar en la praxis terapéutica, se puede observar que en un primer momento del desarrollo de estos enfoques la postura ontológica parece coincidir con el pensamiento mecanicista donde las entidades existentes se explican por las relaciones de sus elementos constitutivos, es decir, por sus procesos (Salvatico, 2006). Desde aquí se aprecia que las personas están consideradas como partes de un sistema que sigue reglas y procesos determinados y que

la manera de intervenir es precisamente sobre el individuo al pensarlo como un elemento del sistema y no como una unidad ontológica en sí.

Aunque la diferencia mencionada sobre las posturas entre ambas cibernéticas tiene grandes consecuencias en la praxis terapéutica, la concepción de los sujetos como partes constitutivas de un sistema en el que se sintetizan sus procesos y en donde la terapia pone su foco parecen coincidir sea que el terapeuta se considere ajeno al sistema o parte de él.

Así, una de las situaciones que marcan una profunda diferencia entre la terapia sistémica y los demás enfoques revisados es el apartar la mirada del individuo como una totalidad que explica sus pesares, para pensarlo desde la perspectiva de sus relaciones y los procesos que estas implican, es decir, al situar al individuo dentro de un contexto que explica su situación y considerar a la vez que este individuo tiene una función y peso específico en su contexto, se centra el interés clínico en entender al ser humano como un ente particular y general al mismo tiempo, particular por la influencia que tendrá en su sistema y general por estar influenciado por procesos y reglas que rigen al sistema al igual que quienes comparten dicho sistema (incluido o no el terapeuta).

La terapia sistémica (o más bien dicho: la postura sistémica al pensar la terapia) se ve enriquecida por muchas aportaciones teóricas y empíricas de diversos autores, entre las que destacan la práctica clínica del Milton H. Erickson y las ideas de Greorgy Bateson.

Varias son las aportaciones de Erickson al surgimiento de las terapias sistémicas, una de ellas es el desarrollo de una praxis donde lo importante de la relación con sus pacientes es conocer los hechos que derivan de los problemas de las personas y prescribir conductas que logran generar un cambio en dichos hechos. Erickson se aleja de la concepción fundamental de terapia basada en el psicoanálisis que era el paradigma de su época al desarrollar una manera única de establecer la relación terapéutica basándose en una postura eminentemente directiva e incluso psicopedagógica, donde la condición sine qua non es que el paciente acepte la jerarquía que sobre él tiene el terapeuta (Haley 1987). Aunque el estudio posterior de las estrategias planteadas por el clínico estadounidense pone más el énfasis en el proceso relacional, es factible suponer que el principal interés del Erickson era ofrecer una solución rápida al problema de sus pacientes. Esto se puede leer desde la postura del pragmatismo propuesta por Pierce (Marcuse, 1972) quien busca, más que explicaciones causales, ofrecer una serie de

respuestas técnicas a las preguntas gnoseológicas; ante la interrogante, por ejemplo, ¿qué es una idea?, se responde desde esta perspectiva sobre lo que la idea hace y no sobre lo que esta es.

Erickson al preescribir conductas no pretende cambios conductuales en sí, sino modificar las formas de relación de las personas (pautas) no importando si el paciente comprende o no el porqué de la prescripción, para esto el análisis del aquí y el ahora además de la comprensión de las pautas comportamentales y relacionales que sostienen los problemas es fundamental. Abundando en este punto es oportuno aclarar que aunque Erickson trabaja sobre las conductas al igual que la praxis conductista es necesario aclarar que la diferencia fundamental entre ambos enfoques es la concepción del individuo como tal ya que mientras los conductistas consideran a la persona como producto de su medio ambiente, Erickson y quienes lo siguieron consideran al individuo como “expresado” en sus problemas y las conductas que se desprenden de ellos, además (y esto es esencial) conciben que en esta misma expresión se encuentra la solución al problema por el que la persona acude a terapia. Esto los aleja de la necesidad de una concepción gnoseológica del individuo y les permite centrar su foco en sus condiciones actuales de vida.

Bateson por su parte aporta una mirada antropológica más que filosófica sobre el estudio de las condiciones humanas de existencia en tanto sistema (Nardone; Watzlawick, 1992), al poner el foco sobre los procesos comunicacionales de las personas y privilegiar la información como fuente tanto de mantenimiento como de diferencia entre los sistemas humanos se hace evidente la necesidad de una concepción ontológica ya no del individuo pero si del grupo o sistema del cual forma parte. Así es que se concibe el sistema (antropológicamente pensado) como un ente en donde el intercambio de información (y la naturaleza de esta) explica lo que en él sucede y por ello se trata de explicar el problema de las personas ya no desde la historia del paciente sino desde las condiciones relacionales actuales que mantienen dicho problema (Nardone; Watzlawick, 1992). Además Bateson se adhiere a la imposibilidad de un sistema donde el observador este excluido sentando las bases de la posturas terapéuticas basadas en la segunda cibernética ya que, afirma, los mensajes (intercambio de información) solo pueden ser entendidos al considerar el contexto donde se producen y el terapeuta forma parte de dicho contexto (Bertrando 2011), en otras palabras: para que se le otorgue significado a cualquier tipo de información se debe encuadrar en la estructura relacional donde este se produce y es imposible que el terapeuta se excluya a si mismo de dicha relación.

Ambas posturas de pensamiento (el sistema antropológicamente pensado con la información como metáfora explicativa y el pragmatismo como fundamento de la praxis clínica) se incluyeron y reconfiguraron la práctica clínica de este enfoque que se desarrolló alrededor de la familia (ya que este se consideró el sistema básico en que se contextualiza a las personas) dando importancia fundamental al análisis aquí y el ahora, así como al tipo de relación que se establece dentro de ella. A partir de estas ideas se propusieron diferentes modelos terapéuticos permitiendo que los terapeutas pusieran cada vez más atención en las situaciones vitales que influyen tanto al sistema como a los individuos y aunque dichas situaciones pudieran tener una historia, la idea general de la postura sistémica siguió versando en las condiciones del presente y los procesos relacionales.

Este interés por enfatizar las condiciones vitales de las personas explicadas por el contexto en el que viven llevó a los clínicos (enmarcados en la segunda cibernética) a revisar sus propias concepciones tanto de la terapia como relación, como de la concepción de la persona en terapia, tomando una responsabilidad más amplia sobre dichas concepciones ya que de esto dependía la creación del contexto terapéutico donde se posibilita (o no) las opciones de cambio que buscan quienes requieren de ayuda, dando pie a nuevas propuestas enmarcadas en las posturas posmodernas.

Es en este marco que Bertrando (2011) propone la concepción de la terapia como un encuentro dialógico. Entre otras muchas ideas el autor menciona la recuperación de la idea de Bateson acerca de la importancia de romper con la dicotomía entre el contexto y el individuo, como si aquel limitara o contuviera a este, ya que el antropólogo inglés considera más bien que las personas crean contextos al relacionarse entre ellas y a su vez estos contextos dan significado a los intercambios de información, esto es: las personas intercambian mensajes estableciendo con esto relaciones que crean un contexto que posibilita que el mensaje adquiera significado. Esta dinámica recursiva entre el contexto y los individuos (incluido el terapeuta) es posible solo cuando las personas establecen relaciones dialógicas lo cual implica una relación más allá de un intercambio de mensajes digitales entre los involucrados en tal o cual conversación, ya que para establecer un diálogo se deben establecer un intercambio de significados entre los participantes (Bertrando, 2011), entonces es la concepción del dialogo en tanto relación humana lo que define un encuentro terapéutico y no una idea ontológica totalizadora del ente terapéutico (sea una persona o un sistema) en sí.

La concepción de la relación terapéutica se ve entonces abordada desde la idea de la construcción del diálogo entre los participantes del proceso, quienes se hallan inmersos en una serie de ideas preconcebidas que los encuadran. Foucault (Sztajnszrajber, 2015) utiliza la metáfora del panóptico como una explicación acerca de la normalización de los dispositivos que encuadran las premisas que dominan la vida de las personas y es precisamente esta normalización la que invisibiliza la imposición de un discurso dominante en tanto expresiones del poder que estructura una determinada realidad social. Es entonces el análisis de las estructuras de poder en tanto *epistemes* (Sztajnszrajber, 2015) lo que explica aquellos discursos que las personas conciben como “verdaderos” y no el contenido del discurso en sí, al concebir los cambios paradigmáticos como base de las estructuras de poder se concluye según Foucault que no existe tal cosa como la realidad en tanto contenidos, sino una estructura que sustenta y es a su vez sustentada por los discursos dominantes propios de cada época.

Esta concepción coincide con las ideas planteadas por Gergen (2010) respecto a la construcción social de aquello que las personas determinan como realidad, dando así apertura a la idea de múltiples realidades socialmente construidas y no de una sola realidad objetiva en espera de su descubrimiento a través de algún método.

Aclarando estas ideas, mientras Foucault piensa la construcción social del discurso desde la perspectiva de la normalización de las premisas generadas por quienes ejercen el poder, Gergen lo hace desde la idea de la construcción de multitud de discursos sin que uno de ellos tenga más peso que otro per se, sino que la validez de uno u otro tiene que ver más con el contexto socio histórico en que tienen lugar estos discursos. Este autor desarrolla la idea ya no del ser humano definido por una ontología inscrita en sí mismo en tanto una totalidad biológica o psíquica, ni como un ser determinado por el ambiente al que debe adaptarse sino como un ser relacional (Gergen, 1991), es decir las personas viven en un mundo donde el foco está en sus relaciones, las cuales si bien son generadas en contextos discursivos socialmente construidos no excluyen al individuo de su responsabilidad sobre ellas. Con esto se establece la posibilidad de una vuelta al individuo como sujeto ontológico dejando en un segundo plano los contextos sociales en que se desenvuelve, es decir, es el ser humano relacional y no la estructura dominante quien se constituye como dicho sujeto ontológico desde esta perspectiva

Sztajnszrajber (2015) define el término *sujeto* como “lo que está bajo lo expuesto” ya que, explica este autor, las voces griegas de las que procede son “sub”(bajo) y “ejectum”

(eyectado), por lo que la concepción de *sujeto* debe entenderse como aquel constructo que explica de manera primordial aquello que está expuesto, es decir la explicación fundamental de la realidad (sea concebida esta en términos de totalidad o de construcción social) se halla en la concepción de *sujeto* en tanto fundamento ontológico de cualquier línea de pensamiento.

En las diversas concepciones ontológicas a lo largo de la historia se observa un movimiento en espiral respecto a las posturas filosóficas que tratan de configurar al sujeto. En efecto Ortega (2016) afirma que el pensamiento filosófico se puede ubicar en dos categorías: aquel que toma como su *sujeto* al contexto (Hegel, Marx, Foucault por ejemplo) y el que pone en su centro al ser humano como *sujeto* (Descartes, Kant, Sartre), es dicho movimiento lo que permite (más allá de su momento histórico) que las ideas filosóficas se contrapongan, se complementen y se sinteticen en nuevas construcciones. Es así como al observar el cambio de *sujeto* en cuanto a la concepción ontológica que guía la praxis clínica se aprecia una síntesis de las concepciones fundamentadas ya sea por el contexto o por el individuo.

De acuerdo con lo anterior, es entonces factible pensar al *sujeto* (en tanto individuo) como un ente relacional que existe en el contexto de discursos dominantes, pero al poner el foco en el individuo y sus relaciones y no en los discursos como determinantes de su existencia es que se plantea la idea de un *sujeto* (una persona) necesariamente responsable de sí, y es en este sentido que las concepciones filosóficas de Sartre aportan un fundamento que guía la construcción de un diálogo terapéutico entre entes así concebidos.

Las ideas de Sartre se hayan enmarcadas en la filosofía existencial, que aunque tiene en Heidegger a su mayor exponente, Feinmann (2009) afirma que este postura filosófica se fundamenta en la fenomenología propuesta por Husserl quien expone (en oposición al psicologismo) la idea de que los fenómenos humanos no pueden ser explicados desde el descubrimiento de verdades absolutas en tanto descripciones objetivas de la realidad (postura defendida por diversas corrientes filosóficas y condensadas en el positivismo), sino por el estudio de los fenómenos en que el ser humano como sujeto vive su existencia (Sánchez-Migallón, 2014). Según Husserl esto se debe a que la única manera en que el humano como sujeto cognoscente puede explicarse el mundo es si acepta sus interpretaciones como tácitamente validas, pero estas interpretaciones no se formulan de un verdadero conocimiento de los objetos sino de las intuiciones que de ellos se tienen ya

que resulta imposible poder acceder al conocimiento de algo si primero no se tiene una premisa sobre lo estudiado, estas premisas solo pueden conformarse primariamente por la intuición ya que de otra manera el ser humano (expresado en su razón) debe ser considerado como un objeto en sí que es capaz de conocer otros objetos, pero esta idea no puede explicarse a sí misma sin recurrir a premisas construidas a partir de intuiciones, es entonces a partir de estas que se construyen aquellas ideas que se aceptaran como hechos y estos hechos darán como resultado más hechos, sin embargo, como estos hechos son interpretaciones determinadas por la intuición es un contrasentido suponer que entre más hechos se postulen más nos acercamos al descubrimiento de la realidad ya que todos estos constructos no tienen una base objetiva sino intuitiva o eidética (Sánchez-Migallón, 2014). Cuando esta idea se aplica al estudio de la conciencia Husserl concluye que esta no existe de manera independiente del mundo, no hay, dice, sentido en intentar explicar tal cosa como una subjetividad que existe por sí misma, lo que hay son los fenómenos en los que la conciencia se trasciende a si misma al intencionar sobre el mundo. Husserl no plantea que la conciencia existe y que su estudio o entendimiento resulta más bien inaccesible para las personas (como lo plantea el conductismo y las posturas analíticas en su dicotomía consciente-inconsciente), sino que piensa que la conciencia y el mundo son una misma cosa ya que para poder entender cómo es que el humano puede conocer es necesario estudiar no los “hechos”, que al basarse en intuiciones son más bien postulados, sino lo fenómenos donde se expresa esta unión conciencia-mundo; lo que hay es entonces una realidad (mundo) y una intención (conciencia) sintetizados de forma indisoluble en los fenómenos y solo al estudiarlos como producto de la trascendencia de la conciencia por medio de la intención de las personas y su impacto en el mundo (“la realidad”) es que se puede llegar a establecer una teoría del conocimiento, pero esta teoría no tiene ya una base fáctica sino una base formal, construida desde la interpretación eidética del mundo. El ser humano es entonces una conciencia que intenciona sobre la realidad, la intención es pensada desde aquí como la manera en que se decide y como esta decisión es propia del ser y no de los objetos, se concibe a las personas ya no como entes mentales que deben ser descubiertos, sino como seres que se hayan enfrentados a sus posibles decisiones y/o a sus decisiones sobre sus posibles. El ser humano no es pues ni *objeto* ni *sujeto* sino posibilidad (Feinmann 2009)

Adhiriéndose a la fenomenología huseerliana, Heidegger se aleja, de los enfoques gnoseológicos de la filosofía al establecer una antropología en sus concepciones acerca

del *dasein* (ser que está ahí o ser que existe) y no una teoría del conocimiento acerca del humano o de la historia como *sujeto*, esto establece la posibilidad de prescindir de una idea totalizadora que busque la esencia del ser humano como ente ideal y permite el acercamiento al análisis existencial de las personas en tanto individuos que enfrentan determinadas condiciones de existencia. El autor afirma que la consciencia humana al preguntarse por lo que “se es” configura la pregunta por *el ser*, pero esta conceptualización resulta imposible ya que está limitada por la sintaxis (que aquí expresa a la semántica) al proponer como respuesta que algo (un *ser*) es algo (otro *ser*), entonces *el ser* ya no es por sí mismo sino por comparación con otro, es decir, *el ser* solo puede explicarse si se le compara con algo más como en : “*Dios es todo*”, pero entonces (en este ejemplo) ¿qué es el *ser*? ¿Dios o todo?. Por esto el filósofo considera que el *ser* queda necesariamente cosificado para explicarlo (ya que por definición cosa o ente es algo que es) y es en esta cosificación donde las personas construyen significados ya que estos son en realidad intentos de explicación de aquello que no puede constituirse como explicación (*el ser*), pero por confundir al *ser* con las cosas o entes se toman como ideas absolutas lo que no son sino decisiones sobre las diversas posibilidades en tanto intento de explicación.

Por esto Heidegger afirma que el individuo vive eyectado hacia la vida en tanto posibilidades, es decir, el *dasein* (que Finemann considera se trata de las personas comunes) no está determinado por alguna causa biológica, psíquica, histórica o discursiva, sino por las condiciones en que vive desde la toma de sus decisiones, estas decisiones posibilitan al individuo en dos direcciones según el filósofo: se convierte en un ser inauténtico o en un ser auténtico, la diferencia entre ambos es la opción que tienen respecto a la aceptación o no de la certeza de saber que morirán, la cual es la única certeza que el individuo tiene en su vida, así, aquel ser que acepta la idea de que en algún momento va a dejar de existir y aun así lucha por la vida y se dedica a pensar por sí mismo (no comprometiendo su subjetividad) es entonces un ser auténtico, caso contrario cuando una persona no enfrenta la angustia de saber que morirá y se entrega a cualquier situación que lo salvaguarde de dicha angustia, el problema, dice el filósofo, es que al buscar de manera externa un distractor que evite la angustia, el individuo compromete su subjetividad, existiendo así como un ser inauténtico. Posteriormente Heidegger desarrolla el concepto del individuo que ha decidido olvidar la pregunta *por el ser* y que se deja dominar por la urgencia de evadirse de la angustia mediante la entrega de su ser al dominio de los entes, esto es el olvido de preguntarse acerca de *qué se es* para

consagrarse a acumular explicaciones determinantes que definen al *ser* como un ente. De estas ideas se desprende la concepción del individuo que se fundamenta a sí mismo desde sus decisiones.

Aunque Sartre toma como punto de partida igual que Heidegger la fenomenología de Husserl el filósofo francés llevará su propuesta por derroteros diferentes a los del autor alemán.

Sartre afirma (Feinmann 2009) que existen dos condiciones fundamentales de existencia: *el ser en sí* y *el ser para sí*. La diferencia básica entre ambas es que mientras *el ser en sí* se halla determinado por lo que es, *el ser para sí* no tiene una esencia determinada, sino una existencia arrojada hacia sus posibilidades. Esto significa que una persona *es en sí* las decisiones que ha tomado, para Sartre el pasado de una persona ya no existe en cuanto a posibilidad de cambiar lo que entonces sucedió, en cambio, la persona solo puede existir hacia su futuro, es decir, hacia sus posibilidades. Esto llevara al pensador francés a postular que una persona *no es lo que es sino que es lo que no es*, este apotegma expresa la concepción ontológica del sujeto sartriano en el sentido de que un individuo *es en sí* su pasado y las decisiones que en él tomo, pero como este pasado ya no existe en términos de posibilidades (ya que incluso cambiar las interpretaciones sobre los hechos o discursos del pasado solo puede hacerse como posibilidad hacia el futuro), entonces el ser no es (ya que ser es igual a posibilidad) lo que *es en sí* (su pasado) sino que solo puede *ser para sí* y como este *ser para sí* está enfrentado a las posibilidades en términos de las decisiones que la persona tomara en el futuro y dicho futuro aún no llega (de hecho jamás llega) entonces el ser, en tanto posibilidad, es lo que aún no se es. Desde esta perspectiva Sartre afirma que las personas en tanto entes existentes no pueden escapar de elegir sobre las opciones (como posibilidades) de vida que se le presentan y si bien reconoce que hay contextos que enmarcan las posibilidades sobre las cuales tomar opciones, rechaza la posibilidad de que sean estos contextos los que determinan la existencia (como hechos o discursos), ya que supone que la única manera posible en que un ser puede llegar a existir es si dicho ser toma decisiones. Esto hará que el filósofo afirme que la existencia precede a la esencia ya que lo único que se tiene de manera primordial es la existencia que conforme transcurre el tiempo se constituirá como esencia, esta esencia se configura a través de la manera en que la persona vive su vida, a través de las opciones que ejerce, de sus decisiones.

Los seres humanos existen (como conciencia arrojada al mundo) ahí donde los fenómenos tienen lugar y es de este estar en los fenómenos a través de las opciones que se ejercen de lo que dependerá exclusivamente su modo de existir y no de la necesidad de correspondencia con alguna esencia anterior a la existencia, por lo que dicha existencia no se asimila a la necesidad sino a la contingencia. Las personas son, en este sentido, libres, en una expresión que invita a la reflexión por su intencionado contrasentido Sartre afirma que el ser humano está condenado a la libertad. Esta última idea se estructura desde el análisis que Sartre hace de *la nada* como elemento constitutivo del ser humano, el autor considera que las personas al elegir entre sus diferentes opciones da sentido a la posibilidad de que algo sea negado ya que la elección más básica se da en cuanto a la posibilidad de un sí o un no, de una presencia o una ausencia, es entonces *la nada* lo que fundamenta al humano ya que la afirmación se da de manera implícita en el fenómeno mientras que la negación o la ausencia (*la nada*) no puede estar contenida ni en la aparición del fenómeno ni en el *ser en sí* (ya que este por naturaleza se constituye como totalidad) sino que debe conformarse como fundamento del *ser para sí* ya que *la nada* se cosifica en tanto se le da un significado como un ente, es decir, *la nada* existe para explicar lo que no existe. *La nada* es entonces lo que fundamenta al ser ya que es en ella donde la posibilidad se conforma, es decir, el ser es positividad, es certeza de lo que es, pero este *ser en sí* no está posibilitado ya que dicha certeza es una afirmación de sí y en la afirmación de sí no puede tener lugar más que la misma afirmación. Es en *la nada* en donde se posibilita la posibilidad y es en la posibilidad en donde el *ser para sí* existe.

Sartre afirma que *la nada* como ente se expresa en la angustia del ser humano, quien la sufre al concebir que entre sus posibles existe la negación, la pérdida o la ausencia; es esta angustia lo que lleva a las personas a huir de *la nada* en tanto posibilidad y es entonces cuando se conforma lo que el filósofo denomina "*mauviesse foi*" o mala conciencia, que es la adopción de un tipo de conciencia que niega la posibilidad al adherirse a los *en sí* en los que el ser humano se desarrolla. Estos *en sí* son aquellas ideas que se toman como absolutas y no como relativas, aquellas circunstancias que se viven como totalidades y no como contingencias, aquellas verdades tenidas como morales y no como éticas, en otras palabras, para lograr sofocar la angustia de verse confrontado contra sus posibles los individuos comprometen su subjetividad al adoptar la de otros, otros que no son sino objetos para el individuo *en sí* en donde se permite descargar la responsabilidad de tomar sus propias decisiones, esto es: se miente a sí

mismo al suponer que vive condenado a determinadas circunstancias sin poder decidir sobre ellas, ya que las vive como condiciones absolutas y no como contingencias en las que “fue arrojado al mundo” (Finemann, 2009). Aunque Sartre reconoce dos limitantes a la libertad, una externa que es la libertad de los otros y otra interna que es la moralidad propia indica que estas condiciones no eximen a las personas de la responsabilidad de ejercer su libertad en tanto decisiones ontológicas, no existe tal cosa como una imposibilidad de elegir por el individuo mismo, el individuo siempre elige, lo quiera o no, y es en estas elecciones, en la existencia donde ellas tienen lugar, en que se constituye su esencia.

Las concepciones sartreanas iluminan la responsabilidad que las personas tienen sobre sí, Sartre afirma según Finemann (2009) que si bien es cierto las circunstancias sociales que pesan sobre lo humano pueden ser devastadoras, tales circunstancias constituyen una contingencia que el ser oprimido puede rechazar o no ya que es su elección, incluso si para sobrevivir debe someterse es entonces su elección ontológica vivir y el sometimiento es mera contingencia.

Las ideas de Sartre configuran pues al humano como responsable de sus decisiones: quien toma las decisiones es el ente humano mismo y es solo a este a quien le compete la responsabilidad sobre aquellas.

Si bien el filósofo tuvo una gran influencia durante las décadas iniciales de la guerra fría, su pensamiento (en el sentido de la discusión de sus ideas) actualmente se ha olvidado, Finemann (2009) afirma que esto se debe a la actitud confrontativa hacia la postura academicista que sostuvo durante su vida, ya que consideraba que la filosofía no debía quedarse en las aulas sino salir a la calle y dar sentido a la vida de las personas; Savater (2008) por su parte considera que la radicalización de Sartre respecto a la libertad del individuo en el sentido de responsabilizarlo de su vida, llegando al extremo de afirmar que aun el torturado puede decidir en qué momento se quiebra, así como su acercamiento a regímenes totalitarios fundamentados en el marxismo provocaron un olvido respecto a la reflexión de sus ideas; según de los Santos (2013) el pensador expresa al ser humano de un tiempo que acababa y su interpretación dejó de tener sentido cuando el discurso anticapitalista basado en el marxismo decayó dando cabida al desarrollo del pensamiento donde se elaboran las ideas “pos”.

Sin embargo se considera, como dice Ortega (2016), que las ideas filosóficas que intentan explicar a lo humano no pueden tomarse como expresiones totales, sino como marcos de referencia que permiten estructurar una praxis que contextualiza y es contextualizada por las relaciones sociales, sean estas terapéuticas o de otro tipo. De este modo, al situar las ideas de Sartre dentro de las perspectivas posmodernas en que se ha desarrollado las concepciones de la terapia actualmente, se pueden considerar dentro de un marco inclusivo y no excluyente, esto es: al enmarcar el desarrollo de las concepciones de la terapia dentro de la perspectiva del diálogo como posibilitador de la exploración y configuración de diversas realidades, es necesario pensar en los elementos que la conforman no como entes totales sino como entes dinámicos; es precisamente en esta dinámica donde la inclusión no solo se posibilita sino se vuelve una condición sin qua non, ya que de prescindir de ella, se negaría entonces la posibilidad de cambio y se retornaría a un pensamiento situado en la búsqueda de totalidades. El pensamiento es pues posibilidad y como tal debe ser “pensado” como dinámico y flexible.

Así, se configura la idea del individuo que se haya arrojado hacia sus posibilidades y que entre ellas está el decidir con plena conciencia de su libertad y (por ello) de decidir con responsabilidad, y desde ahí enmarcar la lectura que hace de los discursos que dominan su aquí y su ahora.

Esta concepción toma relevancia en cuanto a la praxis terapéutica al sintetizarla con dos ideas que provienen de la tradición sistémica: por un lado la perspectiva de considerar a los procesos relacionales humanos como claves para el desarrollo de una terapia y por el otro la idea de Bateson en cuanto al concepto de la diferencia que hace la diferencia.

Efectivamente, el entender la terapia como un proceso relacional permite considerar los diferentes elementos que constituyen la realidad de las personas como entes dinámicos que configuran y reconfiguran dicha realidad, entendida esta desde la perspectiva del construccionismo social.

Como ya se mencionó, Gergen (2010) afirma que la realidad está constituida por la manera en que las personas definen su entorno y su estar en ese entorno, así como la concepción que tienen de sí mismos ya sea como entes individuales o como parte de un todo (familia o grupo social), estas definiciones no surgen, según el autor, de situaciones concretas, atemporales, universales y acumulativas que deben ser descubiertas por las personas para poder conceptualizarse como parte integral de esta “realidad” en el sentido

de existir de manera coherente con el mundo que los rodea, sino de las ideas conformadas por la cultura en que nace un individuo y que se expresa (para los individuos que nacen en esa cultura) a manera de discursos totalitarios, entendiendo totalidad en el sentido filosófico del término que se refiere a una idea que se considera cerrada y por lo tanto no admite cuestionamientos sobre ella misma (Finemann, 2009). Las ideas expresadas por Foucault para explicar cómo un discurso que se estructura desde la jerarquía del poder llega a normalizarse, arrojan luz sobre el porqué las diversas culturas o grupos sociales dentro de los mismos entornos socioculturales consideran diferentes discursos para explicar cómo es que la sociedad se conforma de tal o cual manera, de igual forma se hace evidente que dicha "realidad" (pensada aquí como la imposición de un discurso) no es de modo alguno total sino sujeta a los cambios propios de las perspectivas con que se miran los fenómenos que ocurren en el mundo, ya sean naturales o sociales, es decir, según esta perspectiva, no existe una realidad concreta que debe ser descubierta sino una realidad construida por discursos sociales que se estructuran desde la jerarquía del poder donde algún grupo social se ve desfavorecido frente a otro al mediar entre ellos un discurso dominante que (desde aquí) excluye cualquier otro discurso. La necesidad de explorar los procesos relacionales en vez de los contenidos de las argumentaciones se clarifica cuando se considera que al trabajar clínicamente con dichos contenidos se hace evidente la condición de compararlos con una normalidad que se considera realidad objetiva, diluyendo entonces la posibilidad de entender la multitud de factores que constituyen la manera en que las personas toman decisiones ya que se corre el riesgo de tomar en cuenta solo aquellos factores que se consideran alejan a la persona del estatus de coherencia con dicha realidad objetiva, que en realidad expresan la normalización de un discurso u otro.

Además, al considerar las ideas anteriores dentro del ámbito de la terapia sistémica la importancia de explorar los procesos relacionales de las personas se evidencia ya que en ellos se expresan los discursos dominantes que sostienen las ideas que guían el actuar de las personas, esto porque las relaciones iluminan el proceso vital que enmarca la existencia de las personas y es este proceso lo que se vuelve guía de la terapia y no una realidad objetiva total en sí misma. Entonces, al pensar que la manera en que la gente se relaciona con su entorno depende de la concepción que tiene de dicho entorno y que esta concepción depende de las ideas que son sustentadas por determinados discursos, se abre la posibilidad de visualizar como es que la persona se concibe a sí misma y como vive **su** realidad, entendida aquí como una forma de relacionarse y no como la búsqueda

de coherencia con un ente totalitario al que debe someterse o adaptarse de la mejor manera posible.

En términos llanos la idea de pensar en los procesos relacionales como base de la terapia nos permite entonces identificar cuáles son los factores discursivos que la persona identifica como normales y que marcan las pautas con las que se relaciona, permitiendo esta idea el poner en perspectiva dichos elementos discursivos que de modificarse cambiarían la manera en que la persona se relaciona con el mundo, es decir, como construye **su** realidad.

Identificar estos factores permite entonces un acercamiento a la comprensión de la persona en términos de la estructuración de aquella situación que le causa sufrimiento y de los significados de las ideas (expresadas ambas en términos de relaciones) que sostienen dicha situación. Sin embargo dado que el propósito (como se aclara más arriba) sin qua non de la terapia es lograr el cambio, cabe la interrogante de cómo lograr generar dicho cambio. Es aquí donde toma relevancia la segunda idea expuesta antes: el marcaje que hace Bateson acerca de la diferencia que hace la diferencia.

Efectivamente, esta idea busca de manera determinante lograr establecer cuáles son aquellas intervenciones (terapéuticas o no) que permiten lograr cambios en las pautas que sostienen las situaciones en que viven las personas, sean estas comportamentales, relacionales o de significado. En este caso, es factible considerar como praxis efectiva para generar el cambio, esta diferencia, la deconstrucción por medio de la relación dialógica. Pero no se trata aquí de manera exacta de la deconstrucción planteada por Derrida en el sentido de analizar y cuestionar las ideas particulares y generales que fundamentan los discursos dominantes (Sztajnszrajber, 2015), sino de una profunda reflexión personal (catalizada por el diálogo) de las ideas que son sostenidas y que sostienen este discurso, al deconstruir la manera en que las pautas relacionales expresan, desnudan y/o evidencian la manera en que se decide sobre aquellas ideas. Si bien se considera que el discurso dominante existe como parte de la cultura y que esta precede al individuo, es también necesario incluir la manera en que se toman decisiones acerca de las ideas contenidas en dicho discurso y las acciones que derivan de estas. Aunque la explicación compleja del porqué de los problemas que llevan a alguien a terapia debe ser enmarcada por las ideas culturales que normalizan una realidad y excluyen otra, es necesario un escrutinio minucioso para determinar cómo se configura **la realidad** de quien acude a consulta, sea un individuo, pareja o familia, y esta

configuración solo podrá cobrar sentido terapéutico si se visualiza la manera en que las personas deciden sobre sus diferentes opciones de vida, es decir, evidenciar la responsabilidad que tienen en la situación vital configurada como **su realidad**, esto permite tanto repensar dicha realidad como un proceso que ha sido construido como abrir la posibilidad de construir una manera diferente de estar en el mundo, de existir en él. Con esto, la diferencia que hará diferencia queda inscrita en la reflexión de las diferentes posibilidades que cada quien tiene de decidir a partir de establecer relaciones pensadas desde la responsabilidad que en ellas se tiene, ya que, como indica Sartre, si una persona niega la responsabilidad ontológica que tiene sobre sí mismo, se niega entonces a sí mismo y con ello niega también a los otros, estableciendo así la posibilidad de una existencia violenta si se considera que la violencia es la negación ontológica del otro (Finemann 2009).

A manera de conclusión es indispensable señalar a dos cosas: por una parte la necesidad de pensar la responsabilidad como una situación ontológica y no moral y por otra la postura que deriva de esto en cuanto a quien ofrece la ayuda terapéutica.

Foucault define la moralidad como una serie de reglas y códigos de acción (Rodríguez 2005), por lo que la idea de una responsabilidad que apunta en este sentido cae por esta definición en una normalización que la fundamenta, es decir, la moralidad pensada desde el sentido común como “aquello que está bien” remite a una serie de valores, actitudes, ideas, acciones y formas de relación que se acercan más o menos a los parámetros establecidos por el discurso dominante de que se trate, por ejemplo, la suposición de que la violencia es culpa de quien provoca a quien la ejerce y no de quien la ejerce en sí, provocando con esto una sobrevictimización de quien sufre la vejación.

Por otra parte quienes ejercen la violencia (para seguir con el ejemplo) no son capaces de visualizar la responsabilidad de sus acciones ya que solo se da una suerte de comparación entre sus intenciones y los parámetros establecidos como “morales” y como estas comparación es necesariamente discursiva, en el sentido retórico apuntado por Shotter (1993), entonces la responsabilidad se diluye ante la intención (que, desde aquí, excluye la interacción en cuanto a su concepción) quedando así constituida la situación de justificar las propias acciones desde la perspectiva del argumento que sostiene la intención y no desde el efecto que produce en el otro el ejercicio de la violencia.

Entonces es claro ver que la ideas que sostienen la moralidad de un determinado contexto socio histórico, depende del discurso dominante donde algunos ejercen el poder sobre otros y con esto delegan la responsabilidad de los propios actos, así, al pensar en la moral en términos de totalidad se consigue que este ejercicio del poder se normalice. Sin embargo al pensar en la responsabilidad como fundamento ontológico de las personas se logra ver que el ponderar la intención sobre la relación (en cuanto al efecto que se causa en el otro) solo es una entre otras posibilidades, es decir, se trata de una manera de decidir y no de una realidad de la que no se puede escapar. La idea de decidir sobre las diversas posibilidades incluidas en los discursos dominantes (someterse o resistirse a la violencia, ejercerla o no) es pues el fundamento que debe guiar una praxis terapéutica pensada desde aquí como la necesidad de iluminar que la persona es capaz de decidir de manera diferente sobre sus actos, relaciones o construcción de significados al reflexionar de manera profunda como es que sus anteriores decisiones no se configuraron desde una totalidad externa que le condena sino desde una realidad sobre la que se decide de una manera u otra, en consecuencia la posibilidad de decidir de manera diferente en el futuro queda inscrita en la concepción que la persona tiene *para sí*.

Del planteamiento anterior se despende también la postura con que el terapeuta observa y se incluye en el proceso en términos de la imposibilidad de no ser responsable de las decisiones terapéuticas que se toman desde las diversas posibilidades dialógicas (realidades) que a su vez configura nuevas realidades que ofrecen nuevas posibilidades y así sucesivamente. Es en este sentido que se visualiza un punto de coincidencia entre Sartre y las ideas de Telfener (Telfener 2014) en cuanto a la responsabilidad que cada quien tiene de sus decisiones, ya que se propone pensar la terapia como la relación dialógica entre dos entes necesariamente responsables de sí, donde uno de ellos (quien busca ayuda) se responsabiliza de reflexionar sobre sus decisiones existenciales desde la perspectiva de la responsabilidad que tiene sobre los efectos para sí y para los demás de dichas decisiones, y el otro (quien la ofrece) de responsabilizarse del proceso terapéutico en cuanto a lograr mirar los contenidos y los procesos relacionales sobre los que se construye el diálogo en un nivel lógico de segundo orden, observando que esto no se define solo por usar tal o cual técnica o ubicarse en una u otra postura, sino por la decisiones que toma a partir de narraciones, explicaciones, preguntas etc. que surgen en el diálogo con el otro. El terapeuta es pues responsable de cuidar que sus decisiones aporten a la construcción de un diálogo que más que promover soluciones sobre los discursos de las personas permita dudar de ellos para dar a paso a nuevas

construcciones dialógicas, posibilitando así un cambio a partir de las decisiones que sobre esta nueva construcción tome el consultante.

Como apunte final se aclara que existen condiciones de violencia extrema donde el individuo es suprimido y donde su capacidad de decisión parece totalmente callada. Pero esto no desmiente la concepción del individuo como ente ontológicamente responsable de sí, sino que da cuenta de las condiciones extremas bajo las cuales es posible que una persona no pueda actuar desde sus decisiones, ya que en los términos aquí planteados esta decisión no exige necesariamente su expresión en los actos, sino su configuración como una posibilidad en el mundo de los significados de las personas. Sartre afirma que una persona es lo que hace con lo que hicieron de ella y es en este sentido que la libertad de decidir es la única condición que (desde aquí) no se piensa como posibilidad sino como fundamento de existencia.

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Durante la Residencia en Terapia Familiar se desarrollan habilidades y competencias específicas necesarias para ejercer en un alto nivel la labor terapéutica, la investigación y las intervenciones primarias a nivel comunitario. Al encuadrar esta formación en las concepciones posmodernas se establece un alto compromiso en cuanto al cuidado de la relación no solo con sus consultantes sino también con aquellas personas con las que se relaciona profesionalmente.

Al unificar de manera efectiva las cuestiones teóricas y prácticas se conforman, desarrollan y con el tiempo consolidan estilos terapéuticos que abarcan no solo la competencia sobre tal o cual enfoque, sino además la inclusión a través del entendimiento de la propia subjetividad del terapeuta, lo que conlleva una mirada más compleja a la hora de pensar la terapia, ya que el programa propone el desarrollo integral del profesional como persona y no solo su crecimiento profesional.

Al poner el foco en los contextos relacionales al concebir la manera en que se intervendrá desde diversas perspectivas (terapéuticas, investigación, talleres, exposiciones etc...) se busca integrar al ejercicio profesional una profunda reflexión sobre los alcances éticos de dicho ejercicio, ya que el mismo psicólogo se sabe incluido en aquello que investiga por lo que su responsabilidad sobre su quehacer está claramente visualizada. Las diferentes áreas que a continuación se describen son parte esencial del proceso de formación como terapeuta sistémico y posmoderno y dan cuenta de la amplitud de contenidos que quien se prepara en la residencia debe dominar, buscando de esta manera cumplir con los altos estándares de calidad que se requieren para concluir satisfactoriamente la Residencia.

3.1 Habilidades clínicas y terapéuticas

A continuación se presenta la información relacionada con el total de casos clínicos atendidos durante la Residencia, así como dos de estos casos detallados tanto en la descripción de lo sucedido en cada sesión como en el análisis y discusión teórica metodológica de la intervención clínica elegida.

3.1.1 Casos atendidos

Se detalla en la tabla la información general de los casos atendidos durante la Residencia describiendo: el tipo de participación, la duración de los casos, el modelo de intervención, la problemática atendida.

Tabla 5: Casos atendidos durante la formación como terapeuta familiar.

	MODALIDAD	CASO	TERAPEUTAS	PARTICIPACIÓN	MODELO	SUPERVISOR	NUM. DE SESIONES	MOTIVO DE CONSULTA	ESTADO DEL PROCESO	SEDE
1	Individual	M. E.	Elizabeth	Terapeuta	Estratégico	Martha López	16	Problemas con los hijos	Alta	Julián McGregor
2	Individual	S. S.	Elizabeth	Terapeuta	Estratégico	Martha López	1	Problemas con los hijos	Alta	Julián McGregor
3	Individual	P. F.	Elizabeth	Terapeuta	Estratégico	Martha López	17	Violencia de género	Alta	Julián McGregor
4	Individual	A. D.	Elizabeth	Terapeuta	Estratégico	Martha López	14	Problemas con los hijos y abandono por parte de la pareja	Alta	Julián McGregor
5	Familia	Fam. A	Elizabeth	Terapeuta	Estratégico	Martha López	4	Abuso de sustancias	Baja	Julián McGregor
6	Individual	L. V.	Elizabeth	Terapeuta	Estratégico	Martha López	1	Violencia de género	Baja	Julián McGregor
7	Individual	N. A.	Elizabeth	Terapeuta	Estratégico	Martha López	6	Divorcio	Baja	Julián McGregor
8	Individual	A. P.	Elizabeth	Terapeuta	Narrativa	Nora Rentería	14	Revelación de preferencia sexual homosexual	Alta	Dr. Guillermo Dávila
9	Individual	S.	Elizabeth	Terapeuta	Sesión única	Nora Rentería	1	Violencia en la pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
10	Pareja	T. y M.	Elizabeth y Darío	Co-terapeuta	Estructural	Carolina Díaz-Walls	6	Infidelidad	Baja	Dr. Guillermo Dávila
11	Familia	Fam. M.	Elizabeth y Andrea	Co-terapeuta	Estratégico	Luz María Rocha	14	Problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
12	Individual	D. H.	Elizabeth y Andrea	Co-terapeuta	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	3	Problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
13	Pareja	A y L	Elizabeth y Cecilia	Co-terapeuta	Estratégico	Noemí Díaz	1	Violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
14	Familia	Fam. H. P	Elizabeth y Cecilia	Co-terapeuta	Estratégico	Noemí Díaz	7	Separación de la pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila

Tabla 5: Casos atendidos durante la formación como terapeuta familiar. (continuación)

15	Familiar	Fam. V.	Elizabeth y Paola	Co-terapeuta	Milán	Gerardo Reséndiz	5	Abusos sexuales	Alta	Dr. Guillermo Dávila
16	Pareja	F y M	Elizabeth y Nancy	Co-terapeuta	Centrado en Soluciones	Miriam Zavala	4	Falta de comunicación y violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
17	Individual	M.	Gabriela y Darío	Equipo terapéutico	MRI	Miriam Zavala	8	Separación de su pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
18	Familiar	L.	Gabriela y Darío	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	13	Ausencia del padre	Alta	Dr. Guillermo Dávila
19	Familiar	Fam. R.	Darío	Equipo terapéutico	Milán	Carolina Díaz-Walls	5	Violencia	En proceso	Dr. Guillermo Dávila
20	Familiar	D. y A.	Roxana y Darío	Equipo terapéutico	Estratégico	Luz María Rocha	8	Falta de apoyo por parte de ambos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
21	Pareja	M. y M.	Andrea y Darío	Equipo terapéutico	Soluciones	Miriam Zavala	8	Problemas de pareja	Baja	Dr. Guillermo Dávila
22	Individual	A.	Darío	Equipo terapéutico	Sesión única	Nora Rentería	1	Incertidumbre por la separación con su pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
23	Pareja	B. y P.	Darío	Equipo terapéutico	Narrativo	Nora Rentería	7	Problemas de educación con su hija	Alta	Dr. Guillermo Dávila
24	Pareja	E y J	Cecilia y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Luz Ma. Rocha	7	Infidelidad	Alta	Dr. Guillermo Dávila
25	Pareja	F y J	Cecilia y Gabriela	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	6	Conflictos por manejo de la ira y falta de confianza	Alta	Dr. Guillermo Dávila
26	Pareja	E y J	Cecilia y Paola	Equipo terapéutico	Soluciones	Miriam Zavala	5	Dificultades para llegar a acuerdos en la relación	Alta	Dr. Guillermo Dávila
27	Individual	C.	Cecilia y Nancy	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	4	Búsqueda de su propio proyecto de vida	Alta	Dr. Guillermo Dávila
28	Individual	G.	Cecilia y Nancy	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	4	Búsqueda de autonomía	Alta	Dr. Guillermo Dávila
29	Individual	A.	Cecilia	Equipo terapéutico	Sesión única	Nora Rentería	1	Duelo	Alta	Dr. Guillermo Dávila
30	Individual	G.A.	Paola	Equipo terapéutico	Narrativa	Nora Rentería	12	Cierre de ciclos y violencia de género	Alta	Dr. Guillermo
31	Familiar	T. y A.	Paola y Nancy	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí	14	Agresión del hijo y falta de límites	Alta	Dr. Guillermo Dávila
32	Pareja	L. y J.	Paola y Nancy	Equipo terapéutico	Estratégico	Luz Ma. Rocha	4	Problemas de comunicación y violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
33	Individual	S.L	Nancy y Anaíd	Equipo terapéutico	Centrado en soluciones	Gilberto Limón	6	Problemas de pareja y retomar proyectos	Alta	Dr. Guillermo Dávila

Tabla 5: Casos atendidos durante la formación como terapeuta familiar. (continuación)

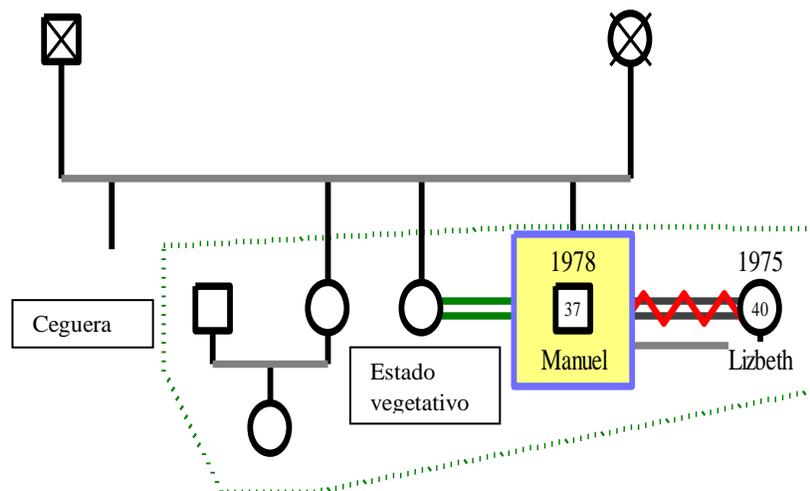
34	Individual	F.M	Nancy	Equipo terapéutico	Sesión única	Nora Rentería	1	Problemas en el área laboral	Alta	Dr. Guillermo Dávila
35	Familia	L.S	Nancy	Equipo terapéutico	Milán II	Gerardo Reséndiz	2	Huida del hijo y problemas de comunicación	Alta	Dr. Guillermo Dávila
36	Familiar	Fam. R	Andrea y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	1	Problemas con los hijos	Baja	Dr. Guillermo Dávila
37	Pareja	Fam. CL	Andrea y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	11	Violencia en la pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
38	Familiar	Fam. RF	Andrea y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	7	Alcoholismo, problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
39	Familiar	Fam. MR	Andrea y Gerardo Reséndiz	Equipo terapéutico	Milán II	Gerardo Reséndiz	8	Duelo	En proceso	Dr. Guillermo Dávila
40	Familiar	Fam. AC	Andrea	Equipo terapéutico	Milán I	Carolina Díaz-Walls	4	Alcoholismo, problemas en los hijos	Baja	Dr. Guillermo Dávila
41	Pareja	Pareja G-S	Gabriela	Equipo terapéutico	Estratégico	Martha López	7	Problemas de pareja	Alta	Julián McGregor
42	Individual	M.C. C	Gabriela	Equipo terapéutico	Soluciones	Martha López	4	Problemas con su hija	Alta	Julián McGregor
43	Individual	A.M	Gabriela	Equipo terapéutico	Estratégico	Martha López	10	Problemas de relación con su hija	Alta	Julián McGregor
44	Pareja	E. M y J. I	Gabriela	Equipo terapéutico	Estratégico	Martha López	8	Problemas con los hijos	Baja	Julián McGregor
45	Individual	N. A	Gabriela	Equipo terapéutico	Estratégico	Martha López	1	Problemas de la hija	Canalización a terapia infantil	Julián McGregor
46	Familiar	Familia L-V	Gabriela, Anaid y Roxanna	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	7	Problemas con los hijos	Canalización a terapia adolescentes	Dr. Guillermo Dávila
47	Familiar	Familia CL	Anaid y Roxanna	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz Marroquín	10	Problemas con su hija	Alta	Dr. Guillermo Dávila
48	Individual	S. V.	Victoria	Equipo terapéutico	Estructural	Carolina Díaz-Walls	10	Problemas de pareja Crianza de hijo Violencia intra-familiar	Alta	Dr. Guillermo Dávila
49	Individual	S, V,	Victoria	Equipo terapéutico	Narrativo	Nora Rentería Cobos	7	Problemas de pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila

3.1.2 Caso 1: Marco

Ficha de identificación del consultante:

Nombre: Marco
Edad: 37 años
Edo. Civil: Casado
Escolaridad: Licenciado en veterinaria
Ocupación: Académico en la UNAM
Nivel socioeconómico: Medio
Lugar de residencia: México, Distrito Federal

Familiograma:



Dinámica familiar: Marco vive en la casa que era de sus padres, con su pareja, sus dos hermanas, una de las cuales está casada y tiene una hija; la otra se encuentra en estado vegetativo, por lo que los hermanos se turnan para cuidar de ella, aunque siempre él termina asumiendo mayor responsabilidad. La relación con ellas es cordial y armoniosa. De igual modo, aunque no vive con él, refiere una buena relación con su hermano.

Terapeutas: Gabriela Cervantes Galicia y Luis Darío Villela Soto.

Equipo terapéutico: Andrea Anaya Acosta, Elizabeth Alderete Rivera, Anaid Georgina Casas López, Paola Anaid Carreño Fernández, Victoria Cervantes Camacho, Cindy Roxanna Estrada Tosca, Elia Cecilia Fajardo Escoffié y Nancy Isabel Morales Aguilar.

Supervisora: Miriam Zavala Díaz.

Número y fecha de sesiones:

Sesión 1: Sesión 4: 21/04/2015 Sesión 7: 12/05/2015
24/03/2015

Sesión 2: Sesión 5: 28/04/2015 (no Sesión 8: 19/05/2015
07/04/2015 asistió)

Sesión 3: Sesión 6: 05/05/2015
14/04/2015

Motivo de consulta: Marco refiere tener problemas de inseguridad en el área conyugal y laboral, así como codependencia, baja autoestima y problemas de pareja. Manifiesta sentimientos de culpa y remordimiento en sus relaciones interpersonales, específicamente en la dinámica familiar y conyugal, así como en la toma de decisiones.

Antecedentes del problema: El consultante manifiesta que los problemas de autoestima iniciaron cuando él tenía 10 años; sin embargo, se han incrementado desde hace 6 años, cuando inicia su relación de pareja actual. Marco refiere que se casó con Lucia porque se sintió comprometido y responsable, ya que ella le manifestó que casarse le daría seguridad en su relación; sin embargo, él no estaba seguro de hacerlo. También, reconoce que por los celos de su pareja ha dejado de realizar actividades que disfrutaba y de frecuentar personas, para evitar problemas con ella. A pesar de ello, sigue habiendo conflicto y esto provoca en él sentimientos de frustración, ansiedad y culpa. La pareja se ha separado en periodos anteriores, regresando al poco tiempo.

Objetivos del consultante al asistir a terapia:

Inicialmente, Marco desea trabajar con su “inseguridad” y “autoestima”, ya que es muy fácil que los demás influyan en sus decisiones y termina por hacer lo que otros le dicen. Además quiere poder poner límites en su relación de pareja y poder terminarla, puesto que tiende a relacionarse con personas que necesitan de su ayuda incondicional. Posteriormente se van negociando otros objetivos con él: buscar sentirse en control y calma con él mismo, no accediendo a los deseos de otras personas sobre los propios, y

poder eliminar la voz que le impide poner límites, dejar de tener sentimientos de culpa y dejar a Lucia.

Resumen de la evolución del tratamiento:

Sesión 1: El objetivo del primer contacto fue establecer el rapport con el consultante, darle a conocer los puntos del encuadre y el modo de trabajo del Centro de Servicios Psicológicos, así como explorar a fondo el motivo de consulta para definir el problema y conocer las soluciones intentadas. Así, inicialmente, se hizo el encuadre.

Al explorar sobre el motivo de consulta, Marco refiere que tiene problemas de inseguridad, llevándolo a tomar malas decisiones que no lo dejan estar en paz, así como miedo a la soledad, que lo lleva a estar con personas que necesitan de su ayuda. El consultante refiere problemas con su pareja; menciona que Lucia constantemente se muestra celosa, le reclama y lo chantajea; esto lo lleva a sentir intranquilidad.

Posteriormente, Marco relaciona su inseguridad con el problema conyugal; indica que éste lo lleva a dejarse influenciar. La inseguridad la identifica a un nivel interno, no tanto conductualmente, pero se refleja en no poner un alto a su pareja. En la cuestión laboral no se refleja la inseguridad, porque tiene que concentrarse en sus actividades. Así, se establece una distinción entre el “Marco en el trabajo”, que es una persona transparente y libre, en contraste con el “Marco en casa”, que se siente inseguro, intranquilo ante los reclamos, celos y chantaje, que lo llevan a defenderse. Marco expresa que para mostrarse seguro él podría poner límites en su relación de pareja, por ejemplo podría irse a trabajar fuera del Distrito Federal, que es algo que ha querido hacer.

Para conocer la postura del consultante frente al proceso terapéutico y su nivel de motivación se le preguntó ¿qué tan dispuesto está a hacer las cosas que se propongan aunque le parezcan extrañas? Respondió que está dispuesto a cumplir con lo que se le pida. Finalmente, se redefine la codependencia y la inseguridad como una dificultad para ejecutar las decisiones y poner límites en su relación de pareja. Se asignó una tarea que consistió en responder a su esposa de forma distinta, ya que cuando ella lo acusaba él se defendía, le explicaba, se justificaba y trataba de tranquilizarla, entonces para romper con este circuito se le pidió que cuando ella lo acuse, decir: *“entiendo que te la estás pasando muy mal, pero es lo único que puedo ser”*, y posteriormente alejarse de ella.

De acuerdo al modelo, se puede definir lo siguiente:

Concepción del problema y su mantenimiento: soluciones intentadas. Según Nardone y Watzlawick (1992) la problemática del consultante se determina a partir de los intentos de solución infructuosos que mantienen la pauta de interacción disfuncional. En este sentido, la motivación básica que guiaba los intentos de solución por parte de Marco era la evitación del conflicto con su esposa. Siguiendo los intentos de solución más frecuentes de los consultantes descritos por Fisch, Weakland y Segal (1982) se concibe que la problemática de Marco se mantenía por la combinación de las siguientes:

- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa: dar explicaciones y justificaciones ante las sospechas de Lucia, respecto a infidelidades por parte de Marco.
-
- El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo (evitar el conflicto): quedarse callado ante los reclamos; cuando Lucia se alteraba y somatizaba, Marco solía quedarse ahí para tranquilizarla o llevarla al doctor; ceder ante las exigencias de Lucia respecto a pasar tiempo juntos o hacer las cosas como ella quería, lo cual incluía que él se alejara de sus amistades y familiares; separarse, terminar la relación (aunque sólo por periodos cortos).

- Al redefinir la problemática de Marco de “codependencia e inseguridad” como “poner límites en su relación de pareja”, se consideró en la categoría de problema “interacción entre el sujeto y los demás” (Greenberg, 1980 en Nardone y Watzlawick, 1992).

Para Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) existen tres formas de crear un problema, de las cuales Marco se ubica en las siguientes:

- Síndrome de Utopía: Marco sabía que podía cambiar ciertos comportamientos para estar mejor, pero en parte esperaba que al hacer estas modificaciones, los demás a su alrededor se comportaran también de forma distinta, en especial Lucia; en este sentido, él intentaba resolver un problema que es inmodificable (cambiar a Lucia). De igual modo, en la primera parte de tratamiento, Marco expresaba una postura en la que parecía querer obtener una solución última al problema, que consistía en ser lo más responsable posible (solucionar todo a todos).

- Paradoja: Marco intentaba un cambio tipo 1 (dar explicaciones a Lucía, cambiar su número celular, quedarse callado, alejarse de sus amistades, etc.), todo ello dirigido a evadir las consecuencias de una decisión más definitiva. En realidad lo que se requería era un cambio tipo 2 (dar un significado diferente a sus concepciones de responsabilidad hacia Lucía y su familia), que implicaba la realización de tareas para romper la pauta las cuales se explicarán más adelante. A pesar de que Marco tenía claro que debía realizar ciertas modificaciones en su conducta para que su situación mejorara, esperaba un cambio en Lucía, pero deseaba que éste fuera algo que ella realmente deseara. A lo largo de las sesiones se pudo ver que los cambios en ella eran sólo temporales y circunstanciales, cuando veía que él se alejaba.

Postura del consultante. Tomando en cuenta los conceptos de Fisch, Weakland y Segal (1982) se describe la postura de Marco del siguiente modo (véase tabla 6).

Tabla 6. Tipos de posturas del consultante, ante la dolencia, la solución del problema y el tratamiento

<i>Postura ante la dolencia</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Marco consideró que su problema era muy incómodo, por lo cual para él, el cambio era una necesidad.
<i>Postura ante la solución del problema</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Marco manifiesta que el problema, aunque difícil, puede ser afrontado.
<i>Postura ante la terapia</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Se considera a Marco como un cliente, ya que, en general, se mostró muy interesado y comprometido con el cambio; aun cuando le parecieran extravagantes, seguía las indicaciones de los terapeutas teniendo una postura de aceptación y colaboración. Buscó activamente la ayuda del terapeuta; no hubo necesidad de convencerlo, por lo que la mayoría de las prescripciones fueron de forma directa.

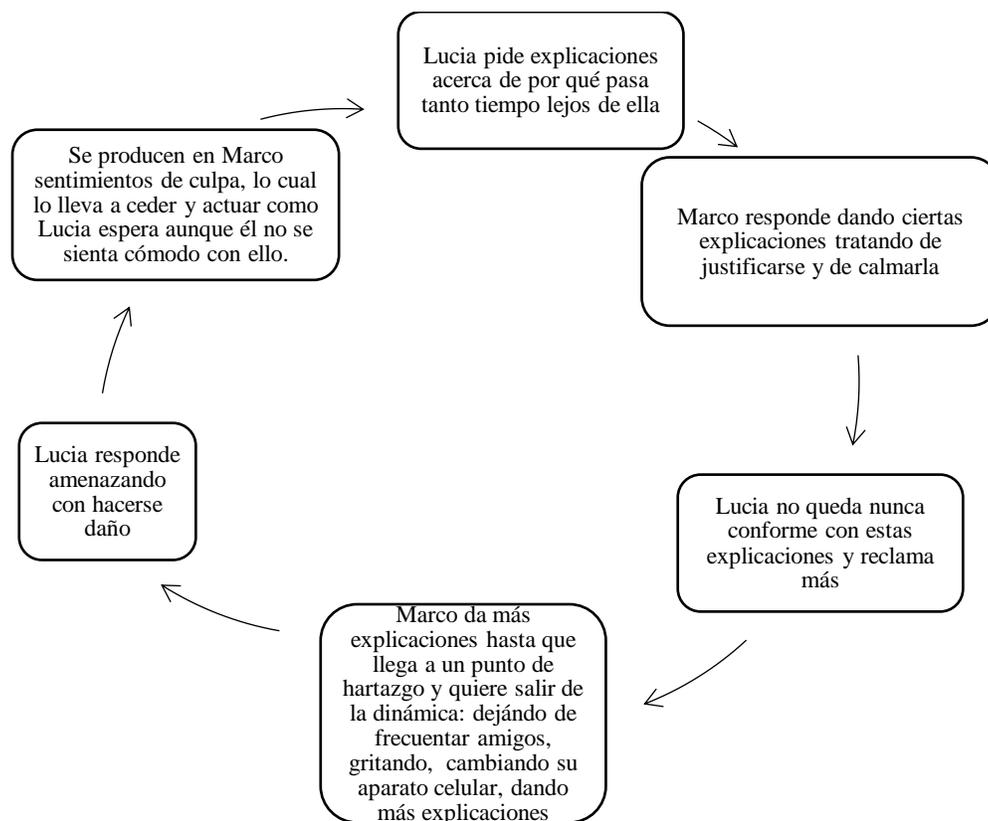
Sesión 2: El objetivo de la sesión fue revisar la tarea, obtener la información sobre la pauta interaccional que impide que ejecute y que ponga límites a Lucía, así como seguir definiendo la problemática. Marco comentó que a lo largo de los últimos 15 días, se presentaron cuatro episodios de conflicto con su pareja, las primeras tres veces logró llevar a cabo la tarea y responder como se le había indicado. Comentó que cuando lo hizo, se sintió más tranquilo, aunque después apareció un sentimiento de culpa. Así, se procedió a hacer una separación entre los problemas de Marco y los problemas de Lucía, enfocando el conflicto en los pensamientos de culpa.

Con lo anterior, se hizo una redefinición del problema, de marcar los límites en su relación de pareja a trabajar en sus pensamientos de culpa, para poder separarse de Lucia. Se hizo evidente que los pensamientos de culpa no sólo surgían a partir de los reclamos y chantajes de Lucia, sino también se presentaban en relación con el cuidado de su hermana. La problemática pasó de ser considerada en la categoría de problema “interacción entre el sujeto y los demás” a un problema de “interacción del individuo consigo mismo” (Greenberg, 1980 en Nardone y Watzlawick, 1992).

De igual modo, se propuso hablar de pensamientos de culpa en comparación con los sentimientos, ya que es más fácil tener control sobre los primeros. Finalmente, se asignó continuar con la tarea anterior y se agregó escribir un diario de la culpa, donde tenía que anotar sus pensamientos todas las veces que aparecieran.

Con la información obtenida en esta sesión se definió la **pauta de interacción** de la problemática de la siguiente manera (véase figura 1):

Figura 2. Pauta de interacción que mantiene la problemática



Sesión 3: El objetivo de la sesión fue observar si el diario de la culpa cumplió la función de romper o modificar la pauta de interacción entre Marco y Lucia, así como

revisar su mapa del mundo para visualizar y comprender las creencias que estaban sosteniendo los pensamientos de culpa y el rol de cuidador primario.

Al comenzar la sesión Marco mencionó haber realizado la tarea, aunque el escrito lo hacía en la noche y no en el momento en el que venían los pensamientos de culpa, ya que éstos aparecían con mayor frecuencia cuando iba manejando, es decir, cuando estaba solo y tenía tiempo de reflexionar. Mencionó haberse dado cuenta que sentía lástima por Lucia, ya que pensaba que sin él, ella quedaría desamparada, y esto le generó mucha culpa.

El consultante señaló que Lucia estaba alojándose en la casa de Coacalco por cuestiones de salud. Lucia utilizó los siguientes argumentos para que Marco se quedara con ella: “me voy a matar”, “me siento mal”, “no he comido”, “no tengo dinero”, etc. Él se paralizaba al pensar que ella podría lastimarse por su culpa y por eso se quedaba, aunque al mismo tiempo se cuestionaba si era un chantaje. Cuando pensaba que lo estaba manipulando, los pensamientos de culpa desaparecían y se convertían en enojo. Esto mismo ocurría cuando intentaba terminar la relación con ella, ya que pensaba que era su responsabilidad ayudarla, aunque sabía que Lucia tiene capacidades para resolver su situación.

Se exploró cómo estaba relacionada la enfermedad de la hermana con los pensamientos de culpa y al mismo tiempo, con su relación con Lucia. Marco mencionó que es una persona responsable no solamente con su esposa, sino que también con su hermana discapacitada. Mencionó que se siente una persona indispensable, lo cual le genera enojo hacia sí mismo porque deja de ser responsable con él.

Se indagó el concepto de responsabilidad y de ser indispensable, y se cuestionó si son conceptos similares. Para él, ambos conceptos significaban lo mismo; piensa que el ser indispensable implica que no existen otras personas que resuelvan la situación, y que ser responsable es responder ante sus actos. Se estableció que la responsabilidad no es sinónimo de ser indispensable ya que la responsabilidad también es hacia uno mismo y esto incluye también confiar en que la otra persona cumplirá con sus responsabilidades.

Como tarea se le dejó que trajera definiciones de responsabilidad, que reflexionara acerca de que la responsabilidad también lo incluye a él mismo y ¿qué podría hacer o dejar de hacer para enseñarle a Lucia a ser responsable? Se le pidió que trajera dos ejemplos de cómo había sido en esta semana ser responsable de sí mismo y cómo había hecho cosas para enseñarle a Lucia a ser responsable de sí misma.

Sesión 4: El objetivo de la sesión fue reflexionar acerca de los conceptos de responsabilidad y de ser indispensable, así como la manera en que esto se relacionaba con Lucia.

Se revisaron las definiciones de responsabilidad y surgieron conceptos como libertad, conciencia, reparación de los daños causados y consecuencias. Marco consideró haber cometido un error al casarse con Lucia y consideró que está pagando las consecuencias. Se le cuestionó que también existe una responsabilidad consigo mismo y el ser responsable no implica ponerse al servicio de otros.

Se revisaron las situaciones en las que Marco se hace responsable de sí mismo y aquéllas en las que ayuda a Lucia a hacerse responsable. En los ejemplos consigo mismo relató decisiones de vida que ha asumido a pesar del desacuerdo de otros (dejar de estudiar un tiempo y el no trabajar en lo mismo que el padre); y en los ejemplos sobre Lucia mencionó intentar que ella se haga consciente de sus actos. Comentó que Lucia no vive sus consecuencias porque él le soluciona todo para complacerla y evitar conflictos.

Se le plantearon dos posibles caminos: el del cambio y el de no cambio, y se le invitó a reflexionar acerca de las consecuencias y los beneficios que traerían cada uno de estos caminos, ya que se consideraba probable que Marco esté tan acostumbrado a ser indispensable que no pueda vivir con una mujer responsable de sí misma. También se le sugirió escuchar “la voz” que le impedía poner límites y dejar a Lucia, en vez de intentar deshacerse de esta voz y callarla.

Sesión 5: Marco no asistió a esta sesión, sin embargo, se le envió un correo con el siguiente mensaje: “Queremos que sepas que una vez más el grupo está dividido. Una parte piensa que vamos muy bien y nota que te muestras dispuesto a hacer lo necesario para liberarte de las responsabilidades que no te corresponden y poder ser libre de ocuparte de ti, de vivir tu vida. Sin embargo, otra parte del grupo tiene dudas acerca de que estemos tomando el rumbo adecuado para ayudarte a lograr tus objetivos de sentirte más tranquilo y poder separarte de Lucia; piensa que hemos estado ignorando la importancia que para ti tienen la responsabilidad, así como la tranquilidad enorme que ganas al cumplir con lo que consideras tu deber, ya que al hacer las cosas tú, sin delegar nada en nadie, te aseguras de tener el control de todo”.

Sesión 6: El objetivo de la sesión fue conocer las ideas que se generaron en Marco al recibir el mensaje del equipo (correo), y explorar qué decidió hacer con respecto a la responsabilidad, particularmente qué hizo con la “voz”.

Dentro de la sesión, Marco mencionó que logró discutir con Lucia y llegar a una conclusión: “ni tu ni yo estamos bien”; también abordó la posibilidad del divorcio, estableciendo dos meses de prueba para que la relación funcione, antes de decidir. Habló de los cambios que ha desarrollado para sentirse más tranquilo y menos responsable de su pareja, debido a que ocupó su tiempo en actividades que le gustan a él, enfocándose en un proyecto que tiene en su trabajo; manifiesto que esta vez se tomó su tiempo, su espacio y se volteó a ver. El lograr hacer una separación con Lucia los días que ella se encontraba en Coacalco, le ayudó a identificar más fácilmente los chantajes que ella le hace y a no caer en ellos, de manera que se hicieron cambios en su relación.

Sin embargo, Marco indicó que le hace falta callar a la voz y dejar de estar en la “etapa tibia”, para poder tomar decisiones; refirió que quiere separarse pero que aún no se siente firme, le gustaría tomar decisiones y afrontar lo que sea, al mismo tiempo quiere recuperar las cosas que ha dejado (amigos, familia, etc.). También, mencionó que él tiene muchos apegos que le impiden tomar sus decisiones y realizar las actividades que él quisiera. Debido a lo anterior, se redefinió el apego, pasando de ser algo negativo a algo sano y necesario.

De igual manera, se redefinió el objetivo de la terapia; en vez de apoyarlo a que se separe de Lucia, se le ayudaría a ponerle nombre a la voz y controlarla. Para comenzar con el nuevo objetivo, se le dejó de tarea, que pensara e hiciera cosas para poder “domesticar la voz”.

Sesión 7: Los objetivos planteados fueron revisar la tarea, redefinir lo que Marco refiere como problemas de baja autoestima y codependencia e indagar sobre la pauta entre Lucia y él. Marco mencionó que pensó en hacer cosas diferentes, pero resultó infructuoso, porque no se le ocurrió nada y no pudo llegar a ninguna conclusión. También se indagó sobre la pauta entre Lucia y Marco, observando algunos cambios en la misma. Marco refirió que decidió darse su tiempo para realizar actividades que le gustan, pero en seguida de tomar esa decisión, se sintió mal, ansioso e intranquilo; interrumpió sus actividades para asegurarse que Lucia se encontrara bien, intentó ahorrarse discusiones, aunque no lo logró y señaló que si se toma su tiempo se convierte en un problema mayor. Se hizo la distinción entre conflictos mayores y menores, así como del costo-beneficio que esta manera de actuar le trae.

Al describir nuevas estrategias para domesticar la voz, Marco señaló: “yo siento que tengo un problema de autoestima y siento que no me merezco las cosas, creo que soy codependiente de Lucia y no me la he podido quitar”. Posteriormente, se redefinió la baja

autoestima como una expresión de la voz de culpa y se finalizó la sesión con la normalización de las recaídas, indicándole que el equipo cometió una falta al no advertirle que iba a tener un retroceso cuando regresara su esposa a la casa. Se le dejó de tarea echar un volado diario, para indicar la postura que mantendría durante ese día: cuando cayera sol estaría en postura “tibia”, no viviría consecuencias, se tendría que quedar y pasársela bien, hacer el intento de que las cosas funcionaran con Lucia; por otro lado, cuando cayera águila, estar en una postura “fría” o “caliente”, debería tomar decisiones más definitivas, enfrentar incomodidades y las consecuencias de las decisiones.

Sesión 8: La sesión tuvo como objetivo la revisión de la tarea para observar si le fue de utilidad para tomar decisiones más definitivas, dejando de escuchar a “la voz”. Marco mencionó que la tarea se realizó “a medias” y narró una situación en la que respondió de manera fría, volteándose a ver a sí mismo para mantener esta postura. Lucia amenazó con irse de la casa cuando él no cedió ante sus reclamos, y él, a pesar de haber tenido la sensación de querer rescatarla nuevamente, permitió que ella se haga cargo de sus decisiones. Mencionó haber tenido sentimientos encontrados, ya que aunque la experiencia le dice que los cambios en su esposa son temporales, la manera en la que abordó esta vez la situación le hizo sentir más tranquilo, le dio menos explicaciones a ella y mantuvo su vida privada.

Se hizo una recapitulación de la sesión y posteriormente una evaluación de la terapia y de lo que tenía que seguir trabajando para mantener el cambio. Se prescribió una recaída y se hizo una recapitulación del proceso terapéutico para devolverle la agencia personal sobre los logros.

Se observó que Marco logró deslindarse de ciertas responsabilidades y que comenzó a notar cambios en su entorno cuando él hacía cosas distintas, es decir, cuando se volteaba a ver a sí mismo. Marco mencionó estar listo para seguir trabajando en el cambio por sí mismo porque ya tiene las herramientas necesarias para lograrlo. Si bien no se dio de alta el caso, se consideró que se alcanzaron los objetivos terapéuticos planteados. Se hará una sesión de seguimiento en agosto.

Siguiendo el concepto de “**cambio mínimo**” (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974), se considera que las modificaciones que Marco ha logrado, inducirán a cambios posteriores más significativos en distintas áreas de su vida.

Intervenciones dirigidas al cambio:

El proceso terapéutico estuvo dirigido a romper las pautas problemáticas consigo mismo y con su pareja

De acuerdo con las estrategias propuestas por Fisch, Weakland y Segal (1982) se llevaron a cabo las siguientes intervenciones (véase tabla 7).

Tabla 7. Intervenciones generales implementadas durante el proceso terapéutico

<i>Intervenciones generales</i>	
No apresurarse	Después de la primera sesión, Marco llegó muy entusiasmado, comentando que había visto cambios importantes en su interacción con Lizbeth; había podido ignorarla cuando ella comenzaba con reclamos, lo cual lo hacía sentir más tranquilo. Siguiendo lo que indica la teoría, se le dijo a Marco que no fuera tan rápido, que los cambios exigen tiempo para poderse sostener y las modificaciones lentas se mantienen con mayor firmeza. Con esto se buscó prevenir una recaída y evitar que Marco se desanimara ante el proceso terapéutico.
Peligros de una mejoría	En la cuarta sesión, se le dijo a Marco que la mitad del grupo pensaba que él iba bien en el sentido de poder desligarse de la responsabilidad de que las cosas fueran bien con Lucía y la otra mitad del grupo pensaba que dejar una responsabilidad tan grande no era fácil y requería más tiempo y trabajo, pues no se sabía si sería capaz de vivir con una mujer que se hiciera responsable de sí misma. Se buscó que Marco reconociera los peligros inherentes a la solución del problema para aumentar su motivación y que cumpliera con las tareas con mayor continuidad.
Cambio de dirección	Inicialmente, el objetivo que se había planteado con Marco era que lograra separarse de Lucía. En un segundo punto del proceso, se reformuló el objetivo, buscando que Marco pudiera sentirse menos culpable y responsable respecto a lo que pasa con ella y respecto a la totalidad de la relación. El objetivo y beneficio de la variación en la postura y en la estrategia, fue evitar la resistencia que se hubiera generado al insistir en la separación de Lucía, y aumentar la eficiencia de la terapia.
Cómo empeorar el problema	Se ofrecieron tres opciones a Marco. Debía escoger por azar entre ser “tibio”, lo cual implicaba actuar aguantándose, dando explicaciones, sintiéndose culpable y enojado; actuar “caliente”, dando la razón y complaciendo en todas sus peticiones a Lucía y actuar “frío”, que implica no ceder ni complacerla en nada, retirarse de la situación de conflicto y no prestarse en ningún momento a escuchar las quejas de ella. Los terapeutas abandonaron la actitud de “esto podría ser útil” y usaron como estrategia todas las cosas que Marco había estado haciendo para solucionar su problema. La utilidad fue que Marco pudiera hacerse más consciente de lo que sucedería si continuaba realizando las acciones anteriores, subrayando su papel activo en la persistencia del problema.

De igual modo, se aplicaron estrategias basadas en las intervenciones principales de Fisch, Weakland y Segal (1982) (véase tabla 8).

Tabla 8. Intervenciones principales implementadas en el proceso terapéutico

<i>Intervenciones principales</i>	
Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo	Marco evitaba tomar una decisión por el temor a que Lucia se hiciera daño pero al mismo tiempo se obligaba a confrontarla, no en términos de un cambio, sino en hacer más de lo mismo, de forma que con su discurso pudiera lograr en ella algo diferente. Se usó esta estrategia debido a que el problema implicaba una evasión por parte del consultante. Se buscaba exponerlo a dejar que las cosas pasaran (a su temor respecto a que Liz se hiciera daño) y verificar si realmente sucedía.
Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa	Se llevó a Marco a actuar con Lucia de una forma en que justificaba todas sus acciones cuando no estaba junto a ella, lo que provocaba que ella siguiera reclamando de manera cotidiana ya que sus sospechas se veían confirmadas. Se plantearon tareas como el decirle a Lucia que él era el peor esposo pero era lo que había; reencuadrar el problema como una voz que necesitaba ser domesticada; redefinir su concepto de responsabilidad para lograr que Marco rompiera la pauta de ser el perseguido. Se planteó una tarea donde se interrumpía la secuencia de acusaciones y justificaciones, logrando que uno de los actores abandone su papel mediante la "interferencia", en el que no hay claridad sobre cuándo sucede esto. Esta situación se conoce como "juego del acusador y del defensor", en el caso del defensor sirve aceptar las acusaciones llevándolas a un grado absurdo. El "juego del acusador y del defensor" se termina cuando una de las partes abandona su papel repetitivo, introduciendo un elemento de incertidumbre a la relación.

Otras intervenciones que se llevaron a cabo se describen a continuación.

Reestructuración. El enfoque constructivista descarta la concepción de representación del mundo como independiente del observador. El conocimiento es resultado de nuestra propia reflexión según la experiencia actual (viabilidad) a partir de lo que percibimos y concebimos (Glaserfeld, 1996). Se buscó reencuadrar el concepto de responsabilidad y de ser indispensable, para cuestionar su mapa del mundo. Toda psicoterapia efectiva consiste en un cambio exitoso en el marco de referencia, es decir, del sentido y valor que una persona atribuye a un aspecto particular de la realidad que da razón de su pena y sufrimiento. Reencuadrar (reframe) significa cambiar el marco conceptual y emocional con el cual se experimenta una situación concreta, cambiando su sentido y dando origen a una nueva "realidad" (Watzlawick, 1999). En este sentido, con Marco se realizaron las siguientes acciones:

- Resignificar la inseguridad y codependencia como no sentirse capaz de ejecutar.
- Resignificar el concepto de apego y autoestima, poniéndolo en términos de conductas observables.
- El problema era su falta de decisión para tomar acciones puntuales, siendo esto provocado por un erróneo concepto de responsabilidad y por la incapacidad de eliminar “la voz” que le decía que solo estaría tranquilo si cede a los deseos de Lizbeth
- Normalizar la recaída y la incomodidad al tomar decisiones (sesión 6). Se le dijo que volver al estado anterior era normal puesto que la tarea se volvía más difícil porque Lucia estaba presente y las voces se alebrestaban; los terapeutas dijeron que ellos habían sido responsables por no haberlo previsto. Respecto a la incomodidad al tomar decisiones, se le hizo ver que cuando éstas se toman, no todas las personas alrededor están conformes con ello, pero que uno debe decidir.
- Se reencuadró la baja autoestima, diciendo que una persona con baja autoestima no pide ayuda, no se cuestiona o duda de si merece la vida que está llevando. Eso que él llamaba autoestima se resignificó como autocrítica y se volvió a llevar hacia “la voz”.
- El volado en cuanto a actuar tibio, frío o caliente, es una forma de “actuar como si”. La tibieza se resignificó como no responsabilidad porque él no asumía sus consecuencias.

Uso de lenguaje metafórico. Según lo propuesto por Nardone y Watzlawick (1992), se estableció la metáfora de la domesticación de “la voz” como si se tratase de la relación entre un humano y una “bestia” determinándose que dicha “voz” no debía ser eliminada, sino domesticada, para así ser tomada en cuenta (sesión 4).

Prescripciones directas.

1. Mensaje “one down”: “sé que no soy el marido que quisieras, pero es lo que hay”. Se pidió a Marco dar este mensaje a Lucia cada vez que se acercara un conflicto y los reclamos de ella. Cada vez que Lucia comenzara con reclamos y a acorralarlo, amenazando con ponerse mal o hacerse daño, él se alejaría, saliendo de la habitación o de la casa por 30 minutos, con el objetivo de romper la pauta (Nardone y Watzlawick, 1992).

2. Diario de la culpa. Más que el contenido del diario, en el que Marco registraría los acontecimientos que lo hicieran sentir culpable, tenía el objetivo del cambio en la pauta de sus propios pensamientos. Esta tarea lo ayudó a darse cuenta de los chantajes de Lucia y de que parte de lo que lo mantiene en la relación es la lástima que siente por ella (sesión 2).
3. Para cuestionar las premisas que sostienen el mapa del mundo, se pueden hacer dos cosas: mandar a reflexionar sobre estas premisas o mandar hacer cosas distintas con la misma finalidad. En este caso, se le mandó reflexionar sobre el concepto de responsabilidad y de ser indispensable, así como buscar definiciones de responsabilidad y escoger dos que más le gustaran para discutir las en la sesión (sesión 3).

Uso de paradojas. Se formuló una división en el equipo terapéutico respecto a dos posturas; la primera, que él estaba listo para el cambio; la segunda, que no estaba listo. Esta fue una prescripción con el fin de entrar en un dilema que lo llevara a tomar decisiones respecto a la postura en su relación (sesión 4) (Nardone y Watzlawick, 1992).

Conclusiones:

El modelo de Terapia Breve del MRI ofrece una alternativa que en su sencillez (el cambio en pocas sesiones) contiene su complejidad (el cambio en pocas sesiones). Esta apreciación aparentemente paradójica tiene en realidad una explicación: las pocas sesiones pretendidas deben ser un medio en que el cliente cambie aquellas situaciones problemáticas sin un agotador gasto de recursos para él; por otra parte el lograr que esto sea posible se basa en una base teórica compleja, cuyas conceptos y técnicas requieren de un minucioso estudio para ser aprendidas (si se pretende aprehenderlas se requiere, además, el contacto clínico). Así, este enfoque terapéutico resulta ser sencillo en cuanto a su manejo en el espacio terapéutico, pero complejo tanto por su base teórica como por los efectos que puede llegar a tener en la vida de los clientes.

El caso de Marco es un claro ejemplo de lo anterior, ya que el cambio que muestra en su apreciación de cómo se relaciona con su entorno cambió de manera sustancial después de la intervención terapéutica. En la descripción de dicha intervención se puede entrever que los cambios que se fueron reportando, parecen obedecer a las técnicas aplicadas en cada sesión; estos cambios sugieren el camino hacia uno más profundo en

cuanto a la manera en que Marco mira la vida y (más importante) a la manera en que la vive.

Reflexiones finales:

En este proceso terapéutico hubo dos grandes diferencias para mí en cuanto a lo que he vivido como terapeuta. En primer lugar fue la dinámica de la coterapia y el equipo terapéutico y en segundo el trabajar con un modelo que toma premisas totalmente diferentes de las concepciones psicodinámicas.

Sobre estos puntos debo decir que en un principio me hacían sentir preocupado y emocionado, ya que la idea de enfrentar los problemas de un paciente desde una nueva perspectiva que solo había entrevisto en teoría y con una dinámica en la que nunca me encontré, ya que hasta entonces solo trabajaba en solitario y revisando los casos bajo supervisiones narradas, era todo un reto del que sabía era capaz, pero, como todo lo nuevo, implicaba abandonar terreno conocido. La idea de tener a una colega en el consultorio y a un equipo observando me provocaba igualmente sentimientos ambiguos, ya que por una parte me daba cuenta del apoyo que esto podía significar, pero por el otro, temía sentirme observado y aún juzgado; otra situación en la que reflexionaba fue que Gaby no tenía experiencia terapéutica, esto me ponía a pensar cómo podría resultar entonces el trabajo en terapia, sin embargo debo apuntar que este punto en específico nunca me preocupó realmente, ya que sentí que se establecería un equilibrio entre Gaby y mi persona. Aunque yo si tenía experiencia dando terapia, el hecho de haber trabajado bajo un enfoque psicodinámico sin duda iba a interferir en la visión bajo la cual debía mirar al paciente en este enfoque; Gaby, en cambio, al no tener esta interferencia podría afrontar el modelo de una manera más “pura”.

Conforme se fueron sucediendo las sesiones con Marco esta idea se fue confirmando, ya que el hecho de que Gaby tuviera una guía clara en la teoría del modelo al momento de hacer las preguntas, me daba claridad sobre como tomar el hilo de la sesión y dar coherencia a las intervenciones. A propósito de esto, una de las cosas que, como mencione antes, me preocupaba eran las concepciones psicodinámicas con que había trabajado anteriormente y que, aunque comprendía teóricamente su no pertinencia, temía me hicieran “ruido” al momento de pensar desde el enfoque sistémico; aunque esto pasó, no tuvo la intensidad que tanto me preocupaba y en realidad fue un problema menor. Esto fue posible, sin duda, por la manera en que Gaby fue progresando en la manera en hacer

sus intervenciones, ya que me permitía visualizar cómo yo podría cooperar en el proceso con mis propias intervenciones; en realidad debo decir que poco a poco, y como resultado de la planeación previa por parte de Gaby y mía, así como una mutua y atenta escucha, las intervenciones dejaron de ser de Gaby o mías y pasaron a ser *nuestras* intervenciones.

Regresando a la dinámica terapéutica, debo agregar que pude apreciar el gran potencial terapéutico del modelo gracias a todos los elementos que entraron en juego: la ya mencionada coterapia de Gaby, las opiniones e intervenciones del equipo y la acertada guía de la supervisión; aunque me queda claro que estos elementos no siempre estarán presentes en futuros procesos terapéuticos y que será la teoría la que sustente mis futuras intervenciones, mi reflexión más importante es que la labor de equipo y el pensarnos como un sistema (incluyendo a Marco) fue lo que me permitió comprender y aplicar de manera eficaz el modelo. Este último punto es fundamental ya que la aplicación de uno u otro modelo adquiere una dimensión diferente al encuadrarse desde un sistema y por ello es necesario describirlo. En este caso se configuró un sistema altamente flexible ya que si bien en un principio se estableció una jerarquía muy clara en donde la supervisora al seguir las premisas del modelo marcaba las intervenciones, el permitir que fuera el propio proceso de Marco quien diera las pautas al avanzar en las sesiones dio como resultado una dinámica donde la jerarquía estaba sujeta al propio proceso, es decir, las ideas y sus significados se comentaban y discutían con todos los miembros del equipo y se seguía aquella que resultará más útil sin importar de quien viniera, aunque dadas las características del modelo se maneja una “agenda secreta”, la misma flexibilidad del sistema emergente permitió que el mismo Marco diera la pauta sobre el trabajo a seguir en incluso se le pudo revelar hacia el final de la terapia los verdaderos motivos de las intervenciones.

Por último, he de confesar que, debido a mis prejuicios, tenía serias dudas respecto a la efectividad en la aplicación del modelo, sobre todo a si en realidad era posible establecer un cambio en tan solo 8 sesiones, sin embargo para mí fue esclarecedor y tremendamente formativo el constatar que si hubo dicho cambio, ya que al intervenir de manera competente (sabiendo *qué* se debe hacer, *cómo* se debe hacer y aplicándolo con *ética*) y conociendo toda la teoría subyacente al modelo, es posible conseguir el objetivo último que nos tiene aquí: el ayudar a las personas a disminuir su sufrimiento.

3.1.3 Caso 2: Familia Zamorano

DATOS GENERALES

Ficha de identificación de la familia Zamorano

Datos	Padre	Madre	Hijo 1	Hijo 2
Nombre	Arturo	Martha	Itzel	Arturo
Edad	42	45	21	14
Sexo	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino
Ocupación	Trabajador	Ama de casa	Estudiante	Estudiante
Escolaridad	Bachillerato trunco	Bachillerato trunco	Bachillerato trunco	Secundaria

Terapeuta: Luis Darío Villela Soto

Supervisora: Martha López Zamudio

Motivo de consulta

La familia Zamorano acude a consulta porque su hija mayor ha mentado respecto a su situación escolar ya que no asiste a clases desde hace un año, además de haber mentado en otras situaciones cómo el destino de dinero entregado por sus padres a ella para gastos de la escuela y sufrir un aborto a raíz de un embarazo no planeado. Los padres no saben como ayudarla u orientarla para que deje de mentir y se comprometa con la escuela.

Antecedentes del problema

Durante la adolescencia de Itzel se ha mantenido una relación distante con el padre y aparentemente estrecha con la madre, sin embargo la madre se muestra permisiva con ella y su hermano, mientras que el padre mantiene una postura estricta, pero sin involucrarse directamente con Itzel o Arturo. Cuando ingresa al Conalep, Itzel es dejada con la libertad de tomar sus propias decisiones y no se le piden ningún tipo de

comprobantes respecto a sus progresos escolares, así mismo, se le otorgan permisos para ir a fiestas aunque esto disgusta al padre, quien se limita a castigarla cuando no cumple con los horarios de llegada o bebe en exceso y reclamar a su esposa, la cual trata de hacer entender a Itzel que debe de cumplir con los horarios y moderar su modo de beber en las reuniones, cosa que no resulta, ya que aunque la chica se compromete a seguir estas indicaciones no lo cumple. Cuando Itzel cumple 18 años queda embarazada y se ve obligada a decirlo a sus padres quienes la apoyan para practicarse un legrado, ante esta situación ambos se alarman ya que empiezan a percatarse de que su hija ha mentido en algunos aspectos ya que acudió a sus padres solo a instancias de la madre de su novio a quien recurrió por sentir que en su casa no la apoyarían. Cuando los padres investigan a fondo caen en cuenta de que su hija no ha asistido a la escuela durante más de un año, que ha mentido respecto al uso del dinero y otras situaciones. La reacción de los padres ante esta situación es de decepción y una profunda desconfianza, calificándola como “mitómana”, cosa que el padre repite constantemente, incluso llega a comentarlo delante de Itzel como si ella no estuviera ahí; su madre, por su parte, cree que la manera de proceder con su hija es recalcarle lo mal que hizo y hacerla reflexionar en que debe de cambiar por su propio bien pero sin negarle permisos.

Ambos padres han recrudecido su postura con la chica, el padre negándole todos los permisos y culpando a la madre por su permisividad y está tratando que su hija cambie su actitud por medio de sermones. Itzel por su parte sostiene que sus padres no entienden que ya comprendió su error y está en espera de que empiece el nuevo ciclo escolar para volver a la escuela.

Definición del problema

Según el modelo estructural (Minuchin 1979), el problema de la familia Zamorano se puede definir como sigue:

Elementos de la estructura familiar:

Subsistemas. El subsistema parental no actúa como una alianza, se encuentra fracturado y no confían uno en el otro

Límites. No existen reglas claras acerca de cuáles son las funciones que cada miembro de la familia (como parte de un subsistema) debe cumplir

Jerarquías. Los padres no han establecido de manera clara (debido a que no conforman una **alianza**) que ellos son quienes definen las reglas de la familia.

Coaliciones. Itzel y la madre conforman una coalición contra el padre, ya que se observa que cuando la chica explica el porqué de su comportamiento la madre la apoya, este apoyo genera en Itzel un reconocimiento hacia su madre como la única que la comprende y esto refuerza a su vez el apoyo que esta brinda a su hija; la postura de ambas excluye al padre quien al señalar constantemente los “errores” de ambas refuerza la pauta.

Pautas transaccionales repetitivas. El padre se mantiene periférico respecto a su hija, solo supervisa a la madre respecto a la forma de impartir las instrucciones por él dadas; la madre responde a esta “supervisión” dando sermones a Itzel y tratando de que cambie al comprender que hizo mal al mentir, la chica por su parte promete enmendar su actuar sin definir claramente como lo hará y sigue tomando sus propias decisiones en cuanto a las reglas que debe seguir, lo cual decepciona a su padre quien sin dialogar con ella, ve motivada su postura de intransigencia hacia su hija y exigencia de hacer cumplir las reglas hacia su esposa. Arturo por su parte repite el patrón familiar al no cumplir cabalmente con sus deberes escolares y domésticos lo que provoca una respuesta similar a la que sus padres tienen con Itzel, con quien parece no tener una relación muy cercana, lo que provoca que los padres conciben los problemas con su hijo como muy diferentes de los que tienen con Itzel.

Proceso de desarrollo a través del ciclo vital de la familia. La familia Zamorano se encuentra en la etapa de pareja madura e hijos adolescentes (Haley, 1973), lo cual implica lidiar con los cambios de los hijos propios de esta etapa ante una estabilidad lograda por los padres en su desarrollo personal; es importante hacer notar que aunque Itzel ya no tiene la edad cronológica de una adolescente, su comportamiento corresponde a una ya que no ha concluido sus estudios ni trabaja, sigue en la casa de los padres y ellos la sostienen económicamente, de igual forma la chica coopera poco en las labores domésticas; toma la postura de pedir los permisos y la protección de su madre, además de esto pide constantemente que se le comprenda y deje en libertad de tomar sus decisiones, pero sin afrontar la responsabilidad que esto conlleva.

Construcciones acerca de la realidad. La familia considera que sufren una realidad “anormal” donde cada quien asume que sus razones para actuar como lo hace es legítima y que son los otros miembros quienes deben modificar su conducta. El padre espera que su esposa sea la portavoz de sus indicaciones para con su hija y que esta entienda lo que es un comportamiento “adecuado”; la madre espera que su esposo sea más comprensivo y cercano a su hija, a la vez que esté más pendiente del hogar en general; Itzel por su parte espera que su padre la comprenda y que deje todo atrás ya que ella misma ya reconoció sus errores, de su madre parece estar a la expectativa de que “convenza” a su padre de tomar la postura mencionada más arriba. Arturo por su parte resiente la falta de comprensión de sus padres respecto a lo que él considera situaciones normales que se irán resolviendo con el paso del tiempo y su esperanza se establece en el mismo sentido: el de sus padres lo comprendan más allá de las exigencias del padre y de los sermones de su madre.

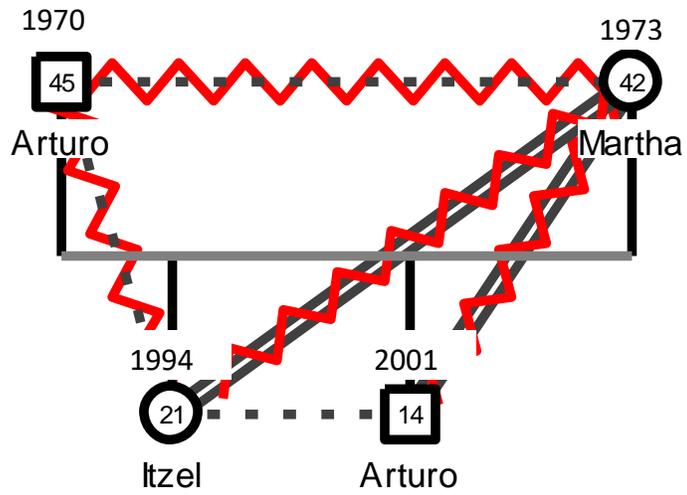
Premisas culturales e idiosincráticas. Se trata de una familia con valores tradicionales en conflicto, ya que aunque tratan de seguir dichos valores, se evidencia un distanciamiento de la postura de una familia mexicana “tradicional”

Conexión del síntoma con el sistema. La manera en que se ha relacionado Itzel con sus padres y que se ha basado en verdades a medias y mentiras ha logrado que la familia tenga un punto de cohesión sobre ella que no se había manifestado anteriormente, ya que ahora se ha convertido (a través de su “síntoma”) en el centro de atención de sus padres

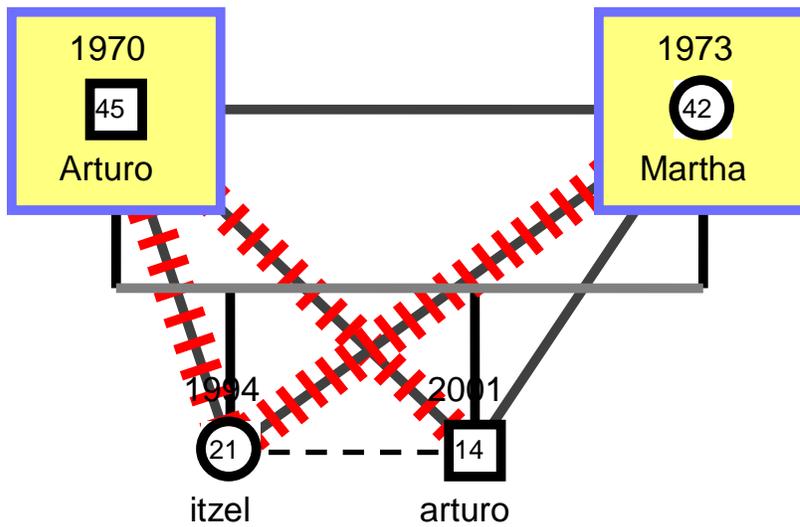
Relación con los contextos con los que interactúa la familia. La situación académico-administrativa de Itzel se haya comprometida

Familiograma

Al inicio del proceso



Al concluir el proceso



Resumen del proceso

La intervención terapéutica se realizó utilizando las estrategias y técnicas del modelo estructural de Salvador Minuchin (Minuchin y Fishman, 1989)

Reencuadre

La familia Zamorano tiene la certeza de que los problemas entre ellos se deben a la conducta de Itzel, ya que consideran que no solo los problemas que ella pueda tener en su desarrollo académico son consecuencia de sus mentiras, sino que también el distanciamiento de los padres, tanto entre ellos como hacia ella misma. Durante las sesiones se explora la interacción de la familia utilizando la **escenificación**, se observa que el papá se dirige poco a Itzel y más a su esposa para dirigir mensajes a su hija, la madre por su parte está más cercana a Itzel y llora cuando habla con ella y sobre todo cuando le pide que cambie su actitud. Estas **interacciones espontáneas**, permiten observar cómo se desarrolla la pauta que mantiene el problema, ya que el padre se mantiene distante ante su hija y con una actitud de pedir el apoyo de su esposa respecto a lo que él considera es lo correcto respecto a la situación de Itzel, la madre por su parte trata de mediar la situación ya que aunque dice estar de acuerdo con el dicho de su esposo, cuando habla con su hija lo hace de una manera en que le pide a su hija que reflexione y cambie, cosa que molesta a Itzel ya que ella considera que este cambio ya lo realizó y que ya aprendió su lección, solo pide le den de nuevo libertad de acción, cosa que enoja al padre que no la considera digna de confianza y recurre de nuevo a la madre para que intervenga con su hija.

A través de diferentes preguntas e intervenciones, los terapeutas intentan **provocar interacciones alternativas** entre los miembros de la familia al pedir al padre que hable directamente con Itzel y a la madre que se retire y permita a ambos hablar, sin embargo esto no resulta sino en reclamos por parte de la chica y en la evasión por parte de él, la madre, aunque trata de mantenerse al margen interviene a favor de su hija, señalando que su esposo actúa de la misma manera con su hijo Arturo, por lo que se explora un poco de esta interacción, evidenciándose que la manera de actuar de ambos padres con su hijo es similar a la que tienen con Itzel.

Durante sesiones posteriores se pide a los padres asistir a las sesiones sin Itzel, ya que de esta manera se pretende utilizar el **enfoque** para centrar la atención de ambos en sus

problemas acerca de la manera en que se constituyen como subsistema parental, con ellos se emplea la **intensidad**, ya que los terapeutas a través de sus intervenciones **repiten el mensaje** en varias ocasiones de que el problema no parece ser el que Itzel mienta o Arturo no obedezca, sino que ellos no han logrado establecer reglas claras. Dos técnicas ayudan a apuntalar este **reencuadre** de la situación, por una parte se hace uso de la **repetición de las relaciones isomórficas** al señalar a los padres que la dinámica de ambos en cuanto a sus hijos es similar a pesar de que los momentos de desarrollo y problemáticas de Itzel son muy diferentes a los de Arturo; por otro lado se ejerció una **resistencia a la presión familiar** al no permitir que las ideas patologizantes que el padre tiene sobre Itzel sean el centro del proceso, sino la relación entre los padres, foco del plan establecido por los terapeutas.

Reestructuración

Durante todo el proceso se buscó que la familia pudiera reestructurarse al cuestionar a sus miembros acerca del significado de sus conductas para con los demás, para esto se utilizaron diversas técnicas. Las **fronteras** tuvieron lugar cuando se le pidió a los padres que realizaran la tarea de ponerse de acuerdo entre ellos acerca de las reglas que debían poner a sus hijos, con esto se busca afianzar el subsistema parental, además se pidió en diferentes ocasiones que fuera el padre quien comunicara los acuerdos a sus hijos, pidiéndole además a la madre que se abstuviera de otorgar permisos si estos no se acordaban antes entre ella y su esposo, siendo él, el responsable de acercarse a sus hijos para conversar con ellos respecto de los permisos y las reglas; de esta manera se usó una **distancia psicológica** al acercar al padre a sus hijos y alejar a la madre de estos, pero trabajando en la unión de ambos padres como subsistema. Otra de las intenciones al pedir al padre se acercara a sus hijos y a la madre alejarse de ellos aliándose con su esposo fue lograr un **desequilibrio** ya que esto se utilizó para cuestionar la manera en que toman las decisiones para establecer las reglas y los castigos para sus hijos.

Durante las sesiones se insistió mucho en la **complementariedad** al intervenir mediante el **cuestionamiento del problema**, aunque se mencionó la responsabilidad que Itzel tiene sobre sus actos, se centró esta parte del proceso en hacer ver a los padres que el hecho de que tuvieran problemas similares con sus dos hijos nos habla de que el problema entonces no son las mentiras de Itzel, sino la desatención de que fue objeto por parte de ellos, esto permitió que ella tuviera “el espacio” para mantener su mentira tanto tiempo, de igual modo se **cuestionó el control lineal** al establecer que la conducta de

Itzel no era causada por algún tipo de patología individual, o una forma de ser determinada, sino por la forma en que funcionaba su familia, esto se logró con el **cuestionamiento del modo de recortar los sucesos** ya que ante los dichos de los padres, los terapeutas cambiaban la puntuación de los hechos para hacerles ver que el significado de las conductas puede variar al modificar los “lentes” con que estos se observan.

Realidades

Los terapeutas ofrecieron a los padres una realidad diferente a la que han construido, donde ellos pueden hacerse cargo de manera efectiva de los límites y reglas que rigen la familia para apoyar de manera adecuada el desarrollo de sus dos hijos. Al revisar las tareas dejadas a los padres se pudo constatar que la forma de relacionarse entre los miembros se había modificado al utilizar las **construcciones**, si bien las conductas productos de esta nueva forma de relacionarse cambiaron solo un poco, se pudo establecer que el trabajo realizado por los padres para establecerlas da pie a una nueva realidad familiar. Se utilizaron además los **constructos cognitivos**, en cuanto a las estrategias específicas de establecer límites y reglas en lugar de castigos, haciendo hincapié en la importancia de diferenciar entre castigos y consecuencias y las ventajas de estas sobre aquellos, esta parte del proceso fue muy importante ya que al dejar la tarea a los padres de reflexionar acerca de estas diferencias y poner en práctica las estrategias de manera bilateral, sirvió no solo para definir los límites y las consecuencias, sino además para afianzar la unión del subsistema parental. De igual forma se hizo una **búsqueda de los lados fuertes** de la familia para resaltar la legítima preocupación de los padres por el desarrollo de sus hijos, señalando que ambos padres en realidad están unidos por el amor a sus hijos y por su deseo de un desarrollo feliz para ellos, además de señalar que ambos chicos tienen problemas acordes a su edad pero también logros en los que han dado muestra de responsabilidad y madurez.

Evaluación del caso

El caso de la familia Zamorano se interrumpió después de la pausa por vacaciones: decidieron que la terapia no les estaba siendo de utilidad. Aunque no se exploraron las razones de esta decisión con ellos, el equipo supone que la familia realizó los cambios que en este momento de su proceso vital se permiten hacer.

Por esto se puede decir que se logró modificar la postura de los padres respecto a su relación y la forma en que toman decisiones y se acercan a sus hijos, ambos han desarrollado estrategias que les permiten ser más asertivos a este respecto; el padre se acerca más a sus dos hijos para dar las indicaciones y permisos y ya no solo delegar esta responsabilidad en su esposa y juzgarla al respecto; la madre por su parte ha empezado a escuchar más a su esposo y respetar los acuerdos a los que llegan respecto a los permisos que otorgan o no a sus dos hijos. Del mismo modo, modificaron su percepción acerca de cómo apoyar a sus hijos en cuanto a la estructura del hogar, al comprender la importancia de suplir los castigos por consecuencias y que esto se debe elaborar.

Sin embargo, al trabajar la mayor parte de las sesiones con ambos padres no se exploró cómo se podría cambiar la percepción de desconfianza que rige la relación de ellos hacia Itzel; el padre considera que ella no es digna de confianza y que debe de ser presionada y supervisada para que cumpla con sus obligaciones escolares, mientras que la madre aún guarda la esperanza de que un cambio “espontáneo” opere en su hija al comprender que todo lo que se le pide es por su propio bien.

El riesgo es que esto puede traer como resultado un retroceso por parte de alguno o ambos padres al ver o sentir que sus esfuerzos son en vano si no observan cambios en las actitudes de sus hijos. En mi opinión dichos cambios solo se pueden lograr si el proceso terapéutico continúa de manera que se afiance la postura de los padres y que planten nuevas estrategias ante los retos que presenta la educación y situaciones de sus hijos sin regresar a las pautas anteriores, es decir, consolidar el subsistema parental de manera eficiente. Por otra parte las reacciones de Itzel y Arturo ante los cambios de los padres no han sido exploradas con los chicos, lo que plantea un sesgo fundamental en la información que se tiene de todo el proceso. Sin embargo se reconoce que el forzar procesos en las familias puede resultar no solo inocuo sino incluso perjudicial, así que aunque se asienta la recomendación arriba citada, es importante que esta se acople a los procesos vitales de la familia y no a la inversa.

Reflexiones finales

Sin duda alguna el Modelo Estructural ofrece la gran ventaja de aportar una sólida visión teórica sobre cómo intervenir con la familia, esto se debe a una razón que parece simple y obvia pero que en realidad es la punta del iceberg sobre una situación que se complejiza a medida que se profundiza en la reflexión: existe una estructura familiar deseable,

“normal”. Cabe aclarar, antes que otra cosa, que aunque el modelo de Minuchin admite que no hay una configuración familiar que garantice relaciones funcionales ni alguna que garantice las disfuncionales, si considera que existen estructuras familiares básicas (holones, subsistemas), reglas tácitas (límites, jerarquías) y formas de interacción (alianzas, coaliciones, triángulos) que definen lo que es “ser una familia”, y que el terapeuta debe basarse en estos supuestos para analizar las pautas transaccionales de los individuos reunidos en este grupo denominado familia para establecer o restablecer formas de interacción funcionales, útiles para la familia ante un problema. Esta propuesta terapéutica tiene entonces la gran ventaja de permitir una visión clara de la dirección hacia la cual debemos dirigirnos junto con la familia y además es lo suficientemente flexible para permitir que los miembros de la familia se vayan acomodando a sus nuevas visiones de ellos mismos como individuos y como miembros de la familia sin caer en los excesos (que aún tienen sus porqués) de las etiquetas diagnósticas. Las limitantes del modelo me parece que son básicamente dos: una que su misma estructura da pie a un mal entendimiento del espíritu del mismo y se pretenda planear estrategias y aplicar técnicas a manera de recetario y sin considerar el contexto social y los tiempos y estilos de cada familia en particular; y dos que la visión que ofrece de lo que es “ser familia” limita las posibilidades terapéuticas (entendidas como promotoras de cambio) en el contexto de las vastísimas posibilidades y probabilidades de los que significa “ser” para los individuos humanos.

Basado en mi experiencia personal y profesional considero que no existe modelo terapéutico bueno o malo, lo que si hay es una aplicación adecuada de tal o cual modelo, según el caso, el terapeuta y el contexto; me parece que una condición *sin qua non* en nuestra profesión es conocer las bondades y limitantes de los diversos modelos terapéuticos y así poder decidir y orientar al paciente sobre cuáles son las opciones que le pueden servir para lograr el objetivo último que nos une a ellos: mitigar su sufrimiento.

Al tomar en cuenta estas consideraciones me parece que he podido relacionarme adecuadamente con familia Zamorano ya que al adoptar una actitud que si bien toma en cuenta la teoría estructural para ayudarlos en su proceso, no he descuidado la flexibilidad que debo tener para hacerlos sentir escuchados y tomados en cuenta. Esto fue una situación novedosa para mí, ya que el plantear el problema de la familia, no desde la perspectiva de una idea patologizante hacía Itzel, sino de la manera de relacionarse de la

familia en su conjunto, me hizo alejarme (no sin mucho esfuerzo) de la idea de que "Itzel es el problema" para centrarme en la relación del sistema familiar.

Una situación que para mí fue sorpresiva fue el hecho de que la familia lograra cambios en cuanto a su forma de relacionarse unos con otros, y que estos cambios modificaran a su vez la manera en que yo me sentí inserto en el sistema, efectivamente, observar las diferencias que se fueron estableciendo en el sistema familiar me permitió mirar de una manera diferente el proceso, ya que en un principio tenía dudas acerca de mi manejo del modelo dada mi inexperiencia y aunque es cierto que aún no logro tener una visión totalmente clara de cómo se aplica este enfoque, si puedo decir que me percate de mi propia transformación al respecto.

Esto significa para mí todo un reto, ya que antes me sentía seguro en mi nicho de conocimientos acerca de cómo establecer un diagnóstico de tipo psicodinámico y da ahí empezar el proceso, pero ahora me encuentro en la posición de que yo mismo me "modifico" durante el proceso, así que no solo debo observar lo que sucede con la familia, sino también como cambia mi relación con ellos durante el proceso y como esto afecta todo el sistema terapéutico.

Para finalizar agregaré una última reflexión: el enfoque sistémico me ha abierto las puertas a visiones del mundo filosófico, epistemológico y terapéutico que no había podido sino medio intuir en mi anterior práctica clínica; así es, en la aplicación de los enfoques psicodinámicos con los que he trabajado en los últimos años siempre me pregunté por qué considerábamos que todos aquellos constructos teóricos eran verdades absolutas...no soy ingenuo, no es que no me diera cuenta de que para intervenir en el abstracto mundo de la mente humana se necesita un alto grado de certidumbre en lo que se considera verdadero, si así no fuera nadie se atrevería a intervenir sobre la salud mental de otra persona (nadie con ética quiero decir), sin embargo la pregunta que me hacía era acerca de que otras visiones sobre estos temas podrían ser de mayor utilidad para las personas... para los pacientes, ya que, debo confesar, a veces me parecía que las formas de intervención tenían más como objetivo defender posturas teóricas que ayudar a los seres humanos.

Ahora que he podido entrever las ideas del enfoque sistémico me queda claro que aquellas viejas dudas tenían una razón de ser y que me corresponde estudiar más a profundidad desde las posturas filosóficas y epistemológicas que sustentan este enfoque,

hasta sus técnicas de intervención en el consultorio. Pero no se me malentienda, lo más importante que he podido confirmar en estos meses es que no se trata de intercambiar el contenido de la idea de que “es lo verdadero” uno por otro, es decir, sería absurdo suponer que ya no es, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual la opción cuasimesiánica para ayudar a la gente, y que ahora lo es el modelo estructural o el estratégico o la terapia breve o la reflexiva...no, lo que más aprecio es precisamente la confirmación y estructuración de la visión acerca de que no hay tal cosa como una postura teórico-terapéutica “verdadera”. Ahora puedo entender que todas las visiones son necesarias y se complementan, y que entre más se conozcan es mucho mejor, pero siempre con la idea de sumar al conocimiento, conocimiento que finalmente esta interconectado...y esto es, para mí, obvio por una simple razón que en su laconismo encierra su complejidad: todo este conocimiento viene de y se dirige a la misma fuente: el ser humano.

3.1.4 Reflexión sobre la integración del marco teórico y los casos presentados

Antes de iniciar una reflexión acerca de cómo las ideas presentadas en cuanto a la concepción de la persona en terapia como un ente necesariamente responsable de sus decisiones tienen relación respecto a los casos presentados, conviene marcar cual fue la ruta que me llevó a considerar estas ideas. Al trabajar con los modelos posmodernos me di cuenta de que en los casos que se llevaban en estas supervisiones empezaron a evidenciarse situaciones de violencia que al trabajar con los modelos modernos no habían aparecido. Esto me llevó a considerar que las configuraciones violentas en las relaciones necesitan que se les mire para poder trabajarlas, es decir, al poner el foco de la intervención en las propuestas tecnológicas de los modelos modernos con que se trabajó, la violencia, aunque se pudo observar en algunos casos, quedó excluida en cuanto a su integración para tratarse en el espacio terapéutico como si se tratase de una situación que pudiese ser ignorada o señalada y condenada pero descartada (junto con quien la ejerce), de la terapia, lo que sin duda contribuye a su invisibilización.

Sin embargo, al desarrollar los temas y las prácticas de los ya citados modelos posmodernos el trabajo con la violencia se tornó focal y en ellos surgió la perspectiva de género al trabajar con estos casos, lo que hizo evidente que, en el caso de las mujeres violentadas, recomendar el separarse era más bien inútil ya que eran sugerencias desde el sentido común y esto por lo general solo hacía que se reforzara su decisión de continuar en pareja, mas al trabajar de manera adecuada el significado de las ideas que

sostenían las relaciones y/o el significado de ser mujer se obtuvo por lo general éxito en este sentido. En el caso de los hombres se trabajó con la visibilización de las consecuencias de sus acciones más allá de las situaciones emocionales o los discursos que (desde la perspectiva de ellos) provocaron la violencia o que la justifican.

A pesar de esto hubo un punto que a mi consideración no quedaba del todo aterrizado: si bien se podía visualizar el tipo de discurso machista patriarcal presente en las ideas de los hombres con que se trabajó, ¿cómo podíamos dar explicación a las diferencias individuales que presentaban cada uno de ellos?, es decir, si bien es cierto que los diferentes grados de violencia deben ser señalados y contenidos primero y elaborados después, lo cierto es que para las personas no es lo mismo un apodo que una golpiza (lo que desde luego no significa que un apodo dañe menos que una golpiza); aún más: ¿qué pasaba con los hombres que no mostraban una actitud violenta?, si el discurso dominante explica porque la violencia se normaliza, ¿Cómo es que este discurso afecta de diferente manera a unos y a otros? ¿y qué pasaba con las mujeres que ejercen violencia?.

El reflexionar en esto me llevó a reconsiderar dos de los casos con los que trabajé y donde a mí parecer encontraba evidencia de cómo los discursos normalizados no explican totalmente los comportamientos de las personas; se trataba de dos hombres que si bien tenían características muy diferentes presentaban una situación similar: ambos varones tomaban responsabilidad en ciertas situaciones en las que “normalmente” los hombres la delegan en las mujeres.

En el caso de Arturo se trata de un padre de familia preocupado por sus hijos que sin embargo toma la postura normalizada de dar órdenes para que su esposa las cumpla y se disgusta al no tener un cambio en la actitud de aquellos, sin embargo cuando se hicieron las intervenciones arriba descritas, Arturo mostró disposición para cambiar su postura periférica e involucrarse más con su familia desde la toma de responsabilidad de lo que en ella sucede; de igual modo el haber apoyado a su hija para que se practicara un legrado y el interés que muestra para su futuro, pensado desde el desarrollo profesional marca un contexto diferente al de las ideas tradicionales. Interesante también fue observar en este caso, como estas situaciones se mezclaban con algunas ideas más tradicionales como el papel de él como proveedor y el de su esposa como cuidadora, además de que el tipo de libertades que su hija exigía significaban para él una confirmación de sus sospechas de un déficit en ella, y aun así él se mostró dispuesto a ser quien hiciera cambios para mejorar la relación.

En el caso de Marco esta toma de responsabilidad se evidenciaba de manera un tanto más clara. Aunque él consideraba que los problemas que tenía con Lucía eran producto de un déficit tanto propio como de ella, se observaron situaciones que llevaron a que el proceso terapéutico se centrará en la manera en que Marco realizaba las tareas indicadas sin cuestionar su finalidad más allá de las indicaciones terapéuticas; esto solo es posible si quien acude a terapia es considerado (desde el modelo del MRI) “un cliente” pero ¿qué significa ser “cliente”?, creo que lo que define a una persona como “cliente” es: o una necesidad de ser dirigido y dejar la toma de responsabilidad en el terapeuta o (paradójicamente) el tomar dicha responsabilidad sobre las propias decisiones en donde se incluye la decisión de aceptar las indicaciones terapéuticas. En este caso el hecho de los cambios observados en la relación de Marco con Lucía y en el sostenimiento de estos (ya que se realizó un seguimiento del caso 6 meses después) me llevan a pensar que se trata de una persona que toma responsabilidad sobre sí y sus actos. Más allá de lo antes descrito es de destacar la postura que Marco demostraba durante las sesiones ya que aunque señalaba los problemas que para él tenía Lucía, la manera de pensar sobre sí mismo al no considerar que poseía la razón de manera totalitaria y la forma en que se conducía en su relación evidenciaba una ruptura con las ideas provenientes del discurso machista-patriarcal, incluyendo aquí la forma en que trataba de resolver los problemas (cortar contacto social, someterse a los deseos de ella, sentir culpa por pensar en alejarse etc.)

Aunque es cierto que en ambos casos no se puntuó la relación terapéutica de manera en que pudieran surgir posibles pautas violentas, es necesario resaltar que en otros casos observados y trabajados con modelos también modernos, la postura de los varones se encuadraba con ideas mucho más apegada al discurso tradicional y donde los hombres que acudía a terapia argumentaban como la actitud de sus parejas los “orillaban” a actuar como lo hacían.

Todo lo arriba descrito adquirió un significado diferente cuando empecé a revisar las posturas teóricas provenientes de las ideas posmodernas, al profundizar en estas ideas pude entrever que si bien la idea de los discursos normalizados explicaban mucho de cómo es que los hombres y mujeres construyen sus identidades, quedaba aún la multicitada interrogante de cómo se explican las diferencias individuales y, más importante, como esto tiene alguna relevancia terapéutica.

El proponer una concepción ontológica diferente a la planteada desde las ideas de Foucault y otras posturas posmodernas en cuanto a la explicación del comportamiento y significados de las personas basada en la normalización de un discurso, me permitió visualizar una dirección para responder a las preguntas planteadas y darles un sentido terapéutico. Si bien es útil pensar que dichos discursos regulan de manera general el significado de las ideas de las personas existe aún la necesaria interrogante sobre la forma en que cada persona decide sobre estos discursos, es decir, el conocer los discursos y el poder, incluso deconstruirlos desde las perspectiva de Derrida, en cuanto a la luz que pueda arrojar sobre estos el conocer sus premisas más esenciales, sigue evadiendo la cuestión para mí fundamental en cuanto a cómo la persona en terapia se responsabiliza de sí mismo, de sus decisiones, en cualquier dirección. Es por todo esto que propongo una concepción ontológica basada en las premisas propuesta por Sartre, ya que en estas las decisiones (y con ellas la responsabilidad) sobre sí mismo contienen a los significados o mensajes provenientes de los contextos...y de aquí su relevancia en terapia.

Para aclarar esto último es necesario acudir a las ideas propuestas por Bateson respecto a la relación entre los mensajes (digitales o analógicos) de las personas y su relación con los contextos donde tienen lugar. En efecto, la forma en que los mensajes configuran los contextos y a su vez estos dan significado a los mensajes es una de las conceptualizaciones teóricas que resultan esclarecedoras al considerar las implicaciones en terapia sobre cómo trabajar con los significados de las posturas de las personas. Abundando en este tema es importante subrayar que Bateson propone un modelo en cuanto a dicha relación de los mensajes y contextos basado en la Teoría de los Tipos Lógicos, en esta el autor toma la idea de cómo se establecen las paradojas en la lógica formal (paradojas rusebianas) y lo aplica para proponer una hipótesis acerca del desarrollo de la esquizofrenia; esta hipótesis se basa en el concepto del doble vínculo, que es un tipo de comunicación donde un mensaje se convierte en paradójico al dar información contradictorio al leerlo desde diferentes niveles lógicos, por ejemplo: cuando alguien dice en forma de reproche *“no has hecho nada malo”* la información digital se contradice con la información percibida en el nivel analógico donde esta es contexto de aquella, es decir, el mensaje debe ser contextualizado para poder determinar a qué clase de mensajes pertenece *“no has hecho nada malo”* *significa que si lo he hecho, pero para admitir que hice algo malo debo aceptar que no lo hice”*.

Desde aquí, se propone la idea de que los mensajes están contenidos en contextos que les dan significado; para saber a qué clase pertenece un mensaje (que significa) debemos contextualizarlo y si esto es así, entonces los contextos pertenecen a un nivel lógico superior a los mensajes. Sin embargo (y esto es lo más importante) el antropólogo advierte que su propuesta acerca de una presentación esquemática y jerárquica de este modelo es necesaria por razones didácticas, pero inadecuada para su aplicación formal en asuntos de comunicación humana, el barbero de Russell no estaría obligado en la realidad a quedar paralizado ante la orden de rasurar a todo aquel que no se rasura a sí mismo, puede ignorar la orden o no incluirse en la misma o no rasurar a nadie sin conflictuarse por ello, aún más: en nuestro idioma usamos de manera cotidiana la doble negación para confirmar un “no” sin que ello nos paralice no obstante que en la lógica formal la doble negación significa afirmar.

Las derivaciones de esto son de máxima relevancia ya que es justo aquí donde se pueden cometer errores que pueden llevar al terapeuta a perder su potencial de ayudar al consultante al configurar para sí una suerte de doble vínculo, es decir, una situación paradójica de la que no pueda escapar (ya que escapar significa romper el vínculo terapéutico). Esto sucede cuando el terapeuta considera que un mensaje necesariamente pertenece a un tipo de contexto que lo explica, pero esto puede no tener sentido para el consultante ya que para este el mensaje (que puede ser el relato sobre un comportamiento, una conducta, una idea etc... ya sea sobre sí mismo o sobre la relación con alguien más) puede pertenecer a otra clase de mensajes (otro contexto), con esto se configuran dicha situación de doble vínculo: el terapeuta identifica cierto mensaje que supone importante para el proceso al suponer que pertenece a cierto contexto para darle sentido, pero al usarlo el consultante rechaza el sentido del mensaje pensado por el terapeuta, entonces se establece la paradoja ya que el mensaje debe ser elaborado para ayudar al proceso pero si se usa puede llegar a perjudicar al mismo (malo si lo uso, malo si no lo uso). Por ejemplo, si un hombre declara que es quien se responsabiliza de buscar y cuidar su empleo ya que a él le corresponde hacerlo como varón, se puede ver que en esta declaración se entrelazan diferentes significados que pertenecen a diferentes clases (el sentido de responsabilidad y la inflexibilidad por ejemplo); si el terapeuta supone que este mensaje pertenece necesariamente al contexto del discurso machista para darle significado puede quedar paralizado en sus intentos de construir significado con los consultantes ya que para ellos dicho mensaje pertenece a otro contexto, entonces la paradoja se configura al confundir la clase a la que pertenecen determinados mensajes ya

que el ser responsable es contradictorio con el contexto “esto es violencia” y a su vez el ser inflexible es paradójico al contexto “esto es bueno para la familia”.

Por esto las paradojas (pensadas como situaciones que paralizan al terapeuta) pueden no solo presentarse al contradecir los mensajes entre diferentes niveles lógicos, es posible que dicha confusión se deba también al designar a priori determinado mensaje como necesariamente perteneciente a cierta clase de mensajes cuando pueden pertenecer a otro o a varios otros.

Bateson afirma que para poder comprender como se establecen las paradojas es fundamental establecer cuáles son los niveles lógicos adyacentes a las clases de mensajes que se emiten en un momento dado y determinar si pertenecen a un nivel superior o inferior, pero he aquí donde encontramos esta diferencia fundamental entre las construcciones de sistemas formales y los sistemas humanos concebidos esencialmente como comunicacionales. En efecto, los sistemas formales establecen premisas que no se pueden romper sin con ello romper el sistema en sí, pero esto es diferente en los sistemas humanos, ya que en estos los tipos lógicos que contiene unas u otras clases de mensajes no pueden establecerse de manera formal sino contextual, lo que significa que los mensajes y sus contextos interactúan de manera mucho más compleja que la simple fórmula de suponer que, por ejemplo, determinadas conductas pertenecen necesariamente a determinados contextos. En $3+2=5$ los signos de + y de = determinan lo que sucede con 3, 2 y 5 y nunca a la inversa (a menos que se cambian las premisas), por lo tanto los signos aritméticos son de un tipo lógico necesariamente superior a los números; en cambio, en los sistemas comunicacionales humanos suponer que determinada construcción social, por ejemplo un discurso normalizado, da sentido a determinados mensajes expresados en ideas, comportamientos etc.. no es sino una posibilidad entre otras, no hay tal cosa como una formalidad lógica que exija que los discursos contienen a los comportamientos.

Si bien es cierto que todo mensaje está sostenido por ideas contextuales que le dan sentido, es un error suponer que se puede conocer a priori en qué contexto (en que clase) se deben clasificar tales mensajes, por esto es que cuando se trata de entender el significado de uno de estos mensajes se debe tener en cuenta cómo es que la persona construye el significado y para esto es necesario conocer la manera en que la persona decide entre sus diferentes opciones de vida.

Es aquí donde se retoma la idea de la responsabilidad ontológica sobre las decisiones propias en cuanto a la construcción de significado, ya que al considerar a la persona como necesariamente responsable de sí se torna esencial el entender que a través de sus opciones de existencia ha construido su estar en los diferentes contextos en que se ha desarrollado y de esta manera es posible tener una visión más completa de los significados de sus comportamientos, ideas, relaciones etc..

En los casos presentados se puede apreciar (como ya se mencionó) cierta ruptura con el discurso tradicional machista patriarcal pero no solo en los dichos de los hombres con quienes se trabajó, sino a través del curso de las intervenciones y en la forma de relacionarse con sus familias durante el proceso, es importante reiterar que esto se observó al revisar los casos bajo la mirada posmoderna y no durante el proceso mismo, esto es relevante ya que es precisamente esto lo que me hizo ver que ellos tomaban la responsabilidad de sus acciones no por una propuesta propia de los modelos terapéuticos sino por algún otro factor que, estoy convencido, tiene que ver sobre la manera en que deciden sobre las diversas opciones que sus contextos relacionales ofrecen.

Y esta es la idea central: son las formas de decidir las que dan significado a las opciones de los contextos y no los contextos los que explican de manera totalitaria los mensajes sean estos conductas, ideas o formas de relacionarse. Si un terapeuta considera que la información proporcionada por el consultante se pueden categorizar a priori en determinados discursos lo que está haciendo en realidad es cambiar un discurso normalizado por otro, uno que (desde la perspectiva del terapeuta) se puede calificar de moralmente más aceptable pero con el riesgo de estancar o incluso volver iatrogénico el proceso terapéutico; esto porque al no tomar en cuenta la responsabilidad ontológica que las personas tienen en la forma en que construyen significado como ordenador de las diversas opciones que ofrecen los diversos contextos en que se desarrollan y tomar una postura desde donde califica tal o cual forma de relación (por ejemplo) como necesariamente contenida en alguna clase predeterminada, está cometiendo un error de tipo lógico.

Al considerar que los contextos necesariamente contienen a los mensajes cómo si se tratase de un sistema formal y que por ello basta conocer el discurso que da sentido a algún contexto para conocer que significa tal o cual mensaje, el terapeuta establece entonces el saber qué tipo de mensajes pertenecen a qué tipo de clases, pero si para el consultante un mensaje x pertenece a una clase diferente que la considerada por el

terapeuta entonces este se encierra en una paradoja: o desoye el mensaje de la persona o desoye su propia construcción de significado, es decir, para establecer un diálogo terapéutico necesita prescindir de alguno de sus elementos esenciales “*para establecer un diálogo necesito no establecerlo*”; pero al considerar que la forma de decidir pertenece a un orden lógico superior y por tanto contiene los diferentes significados de los diversos contextos se puede romper dicha paradoja ya que aquí el terapeuta puede comprender de manera más acertada a qué tipo de clase pertenecen los mensajes de las personas (desde la persona misma y no desde x o y normalización) y con ello establecer un verdadero intercambio de significados, es decir: un diálogo.

Con lo arriba expuesto no se quiere decir que los discursos normalizados no puedan contener explicaciones acerca del porqué del comportamiento o construcciones de significado en general, lo que se pretende es que se recurra a estas como un recurso sin duda útil pero que no debe invisibilizar al dialogante que busca ayuda.

En conclusión puedo afirmar que todas estas ideas han sido producto de una larga reflexión acerca de muy diversas maneras de pensar la terapia, y es justo este último concepto el que debe encuadrar nuestra relación con las personas; de todas las definiciones posibles de “*terapia*” ninguna puede estar completa si no se incluye en ella el proporcionar ayuda para alentar o construir un *cambio*, pero no puede ser cualquier cambio ya que para que en verdad sea uno útil debe ser construido desde la persona misma, es decir, es el consultante quien debe responsabilizarse de este cambio, por ello es que el pensar que la persona es responsable de sus decisiones es que se posibilita el cambio desde esta perspectiva.

No es el inconsciente, no es el balance electroquímico del cerebro, no son los traumas, no son las conductas reforzadas, no son los discursos lo que la persona es, ya que nada de esto en realidad se puede modificar sin que la persona en sí decida modificarse. Si el dialogante que ofrece ayuda olvida este sencillo principio corre el riesgo de ser más un juez que un terapeuta.

3.2 Habilidades de investigación

Como una base para la comprensión de la complejidad de los fenómenos psicosociales se desarrollan las habilidades correspondientes al área de investigación, para ello se

revisaron de manera exhaustiva diferentes fuentes teóricas y se realizan los análisis correspondientes según el tipo de metodología.

3.2.1 Reportes de investigación

A continuación se presentan dos de las investigaciones realizadas durante la Residencia, cada una de ellas corresponde a diferentes metodologías: una cuantitativa y una cualitativa.

3.2.2 Metodología cuantitativa

Esta investigación se realizó de manera conjunta con la Psicóloga Anaid Casas bajo la supervisión de la Dra. Nazira Calleja y tuvo como objetivo conocer la manera en que los celos se manifiestan de diferente manera en las personas y como esto afecta la percepción que tienen respecto de su bienestar en general.

Relación entre la manifestación de celos e impulsividad y sus consecuencias en el bienestar subjetivo

Anaid Casas

Luis Darío Villela Soto

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El estudio de las emociones y rasgos de personalidad es muy amplio y de suma importancia para la comprensión del comportamiento del ser humano y para el conocimiento de las implicaciones que tienen en su bienestar o malestar. El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre el grado de control de impulsos y la manifestación de celos, así como la manera en que afectan al bienestar subjetivo de las personas. Los resultados sugieren que el bajo control de impulsos tiene una fuerte relación con la presencia de celos y que estos rasgos son más frecuentes en las mujeres. Así mismo los datos arrojaron evidencia acerca del impacto negativo de los celos sobre el bienestar subjetivo de las personas.

Palabras Clave: Celos, impulsividad, bienestar subjetivo, control de impulsos

(Relationship between the presence of jealousy and impulsivity and its impact on subjective well-being)

Abstract

The study of emotions and personality traits is very broad and important for understanding human behavior and for understanding the implications on their welfare or discomfort. The objective of this research is to analyze the relationship between the degree of impulse control and the manifestation of jealousy and how they affect the subjective well-being of people. The results suggest that low impulse control has a strong relationship with the presence of jealousy and that these traits are more common in women. Also, the data showed evidence of the negative impact of jealousy on subjective well-being of people.

Key Words: Jealousy, impulsivity, subjective well-being, impulse control

Introducción

De acuerdo con Yela (2000) el amor vinculado a las relaciones de pareja influye sobre lo que se denomina "salud psíquica" y por consiguiente su ausencia se vincula con repercusiones significativas en la vida de las personas. Las relaciones de pareja suelen iniciarse con felicidad y confianza mutua, sin embargo con el paso del tiempo los sentimientos y emociones que sostienen la relación pueden transformarse. La presencia de celos en las relaciones de pareja se acompaña de sentimientos y emociones negativas que dañan el vínculo (Riggs, 1993). Los celos son un estado sentimental y emocional incómodo que se desarrolla ante la real o imaginaria infidelidad o violación de la norma de exclusividad por parte de un miembro de la pareja, situación que desencadena comportamientos que pueden fomentar que estos sentimientos y emociones negativas desaparezcan o por el contrario que se acentúen y se salgan de control. Las conductas que demuestran que una persona presenta celos se han asociado con conductas impulsivas (Rossi, 2005; Lazarte, 2001) entre las que se encuentran crímenes pasionales, conductas suicidas y violencia contra el rival.

Los celos y la dificultad para controlar impulsos colocan a las personas en situaciones donde se pone en riesgo el bienestar personal, incluso son rasgos que forman parte de la sintomatología de ciertos trastornos mentales (Trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, disociativos, de control de impulsos, entre otros). Por ello se considera importante el análisis acerca de si el grado de control de impulsos y la manera de manifestar los celos pudieran estar relacionados con la percepción que las personas tienen acerca del bienestar en sus vidas.

Desde el punto de vista de la psicología sociocultural los celos tratan de un cuarteto formado por el rival, el miembro de la pareja objeto del deseo, el componente de la relación víctima de los celos y la comunidad, cuya función es vigilar el cumplimiento de las reglas, así, nuestra cultura es la encargada de determinar qué situación es amenazadora (García, Gómez y Canto, 2001).

Por otra parte Sánchez y Cortés (1996) definen los celos como inseguridad y desconfianza e incluyen diferentes estados emocionales como miedo, odio, susceptibilidad, hostilidad, enojo, tristeza, incertidumbre y dolor, de igual manera Reidl (2005) entiende los celos como un estado emocional, cognoscitivo, psicológico y social que se produce ante la percepción subjetiva de una pérdida real o potencial de la persona amada ante un rival sumiendo a la persona celosa en un estado de miedo y odio.

Díaz Loving, Rivera Aragón y Flores Galaz (1986) coinciden en que los celos son un concepto multidimensional, ya que pueden evocar diversas reacciones, afirman que los celos son sentimientos y emociones, desarrolladas ante la real o imaginada transgresión de la norma de exclusividad por parte de una pareja que tiene componentes como enojo, dolor, necesidad de poseer, desconfianza e intriga hacia la pareja.

Sagarin, Gaudagno, Nicastle y Millevoi (2003) mencionan que los celos se experimentan de diferentes formas y que el género influye en la manera en que se manifiestan. La amenaza genera que la persona que muestra celos se sienta insegura y puede presentar diversas reacciones (Parrot, 1991).

La impulsividad se ha relacionado de igual manera con los trastornos psiquiátricos de control de impulsos, sin embargo puede presentarse en cualquier persona en situaciones cotidianas sin

necesidad de que se asuma que tiene un trastorno mental.

Newton, Freeman y Munro (1993) plantean que desde el punto de vista psicométrico la definición de impulsividad se construye como un rasgo de la personalidad, diferente de las conductas que caracterizan a los trastornos de control de impulsos.

En otras investigaciones (Dickman, 1990) se ha asociado la impulsividad con aspectos negativos, ya que es común que se exprese en un contexto inapropiado y que presente una situación de riesgo tanto para el que ejecuta la conducta impulsiva como para las personas del entorno. No obstante, puede ser una característica funcional en el individuo, por lo que propone la siguiente clasificación: a) Impulsividad Funcional: Consiste en una tendencia a tomar decisiones rápidas cuando la situación implica un beneficio personal, lo que supone un proceso de toma de decisiones con riesgo calculado, b) Impulsividad Disfuncional: Consiste en una tendencia a tomar decisiones irreflexivas, rápidas y sin precisión en situaciones en las que esta estrategia no es óptima, con consecuencias negativas para el individuo.

La impulsividad también se explica como una explosión de energía, falta de control voluntario y vigilancia (Pinal, 2003), así como la tendencia a responder de forma rápida, no planificada y sin tener en cuenta las consecuencias de esa conducta (Iribarren, 2011).

De las distintas aproximaciones al constructo de impulsividad se distinguen elementos comunes (Eguiluz y Segarra, 2005): La inmediatez entre el estímulo desencadenante de una conducta y la aparición de la misma, la ausencia de reflexión y de planificación previos al desarrollo de la conducta impulsiva, la búsqueda de gratificación inmediata e incapacidad para mantener la atención,

la dificultad para detener acciones que ya han comenzado y el componente emocional que acompaña a todo acto impulsivo.

El constructo más investigado en la psicología positiva es el de felicidad o bienestar subjetivo (subjective well-being). Estos conceptos se utilizan como sinónimos cuando se realizan investigaciones de corte científico, ya que cuando se les define operacionalmente las diferencias semánticas desaparecen.

Diener (2000) y Diener, Oishi, y Lucas (2003) indican que el bienestar subjetivo se entiende como la evaluación afectiva y cognitiva que hacen las personas acerca de su satisfacción con la vida, en el momento actual y en largos periodos pasados. Se conforma de dos componentes: la satisfacción con la vida y la evaluación de afectos positivos y negativos.

El bienestar subjetivo es un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta una persona en posesión de un bien anhelado. Considera que la conducta feliz cuenta con las siguientes propiedades: a) Es un sentimiento de satisfacción que sólo puede ser percibida por la propia persona, por lo cual esta percepción es subjetiva e individualiza la felicidad entre las personas; b) Al considerarse un "estado" conductual, alude a una estabilidad temporal c) Supone la posesión de un "bien" que la persona evalúa con cualidades positivas, puede pertenecer a diferentes rubros: materiales, éticos, estéticos, psicológicos, religiosos, sociales, entre otros (Alarcón, 2006).

1. Método

Objetivos

- Determinar la relación existente entre la impulsividad y los celos y

establecer la medida en qué estos afectan el bienestar subjetivo.

- Evaluar las características psicométricas de la Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal (Ramos, 2002), la Escala Multidimensional de Celos (Díaz, 1989) y la Escala de Bienestar en la Vida (Alarcón, 2006).
- Determinar el efecto de las variables sociodemográficas sobre la impulsividad, los celos y el bienestar subjetivo en las personas.

1.1 Diseño

- Se realizó un estudio transversal, ex post facto y correlacional. La información se obtuvo a través de una encuesta electrónica que comprendía la Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal (Ramos, 2002), una versión reducida de la Escala Multidimensional de Celos (Díaz, 1989) y la Escala de Bienestar en la Vida (Alarcón, 2006).

1.2 Muestra

Participaron en el estudio 300 personas, 67% mujeres y 33% hombres cuyas edades oscilaron entre los 20 y los 60 años (Media=28.44; DE=7.61); 64.7% de los entrevistados reportaron una escolaridad de licenciatura, 21 % de bachillerato, 11.7% de posgrado y 2.7 de secundaria; 45% de los participantes señalaron que se encontraban estudiando y el 69.3% trabajando. Respecto al estado civil 61% fueron solteros y 23% casados. El 72.7% de la muestra tenía pareja.

1.3 Instrumentos

Se aplicó una versión reducida de la Escala Multidimensional de Celos (Díaz, 1989), integrada por 162 ítems de tipo

Likert con cinco opciones de respuesta que van de Totalmente de acuerdo a Totalmente en desacuerdo. Fue validada con 813 personas voluntarias, 401 hombres y 412 mujeres, de 17 a 70 años de edad en México. El análisis factorial aplicado arrojó 12 factores los cuales fueron divididos en 2 dimensiones de acuerdo a su contenido conceptual. La dimensión 1 "Emociones y sentimientos" abarca seis factores: Respuestas emocionales, Enojo, Actitud negativa, Dolor, Control y Temor. La dimensión 2 "Cogniciones y estilos" abarca: Obsesión por la pareja, Susplicacia e intriga, Confianza-desconfianza, Confianza, Frustración y Desconfianza, con una varianza explicada total de 69.8 %. El alfa de Cronbach reportada para la escala total fue de 0.980. Los 20 ítems de la Escala multidimensional de Celos incluidos en la presente investigación son adecuados para medir celos hacia el rival y celos de tipo sentimental.

Para evaluar impulsividad se empleó la Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal (ECIRyC) (Ramos, 2002) integrada por 20 reactivos de tipo Likert, con 4 opciones de respuesta, que van desde Siempre a Nunca. Se validó con 1,916 participantes hombres (M=23.93) y mujeres de (M=22.68) en Madrid, España. El análisis factorial de la ECIRyC arrojó cinco factores que son: I Impulsividad, II Inmediatez, III Imposición, IV de Riesgo y el V se mantuvo innominado dado que sólo estaba formado por un ítem. Estos factores explican el 53% de la varianza total obtenida. El alfa de Cronbach fue de 0.85, se obtuvo el mismo valor con el procedimiento de las dos mitades más la correlación de Spearman-Brown.

Se utilizó la escala de Bienestar en la Vida (Alarcón, 2006) para evaluar bienestar subjetivo. Está integrada por 27 ítems de tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de Totalmente de acuerdo a Totalmente en desacuerdo.

Fue validada con 709 estudiantes universitarios, hombres y mujeres, de 20 a 30 años de edad en Lima, Perú. El análisis factorial aplicado arrojó 4 factores: Sentido positivo de la vida, Satisfacción con la vida, Realización personal y Alegría de vivir, con una varianza explicada total de 49.79 %. El alfa de Cronbach que el autor reporta para la escala total fue de 0.916.

1.4 Levantamiento de información

Se aplicó la escala por medio de redes sociales y correo electrónico. Se solicitó a las personas que tuvieran más de 20 años de edad su colaboración para responder el instrumento. Se hizo énfasis en la confidencialidad de las respuestas y se ofreció enviar los resultados por correo electrónico a quienes estuvieran interesados en la investigación. Una vez concluida la aplicación se les agradeció su participación.

2. Análisis de datos

Se sometieron a análisis factorial exploratorio los siguientes instrumentos: una versión reducida de la Escala Multidimensional de Celos, la Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal y la Escala de Bienestar en la Vida; se obtuvo el índice de consistencia interna para cada una de ellas. Se obtuvieron

estadísticos descriptivos para cada uno de los factores y correlaciones interfactor por escala. Se efectuaron pruebas de diferencias por variables sociodemográficas con t y anovas para cada uno de los factores por escala. Se realizó una regresión múltiple para determinar los predictores de los celos sentimentales y celos hacia el rival hacia el bienestar subjetivo.

3. Resultados

Análisis psicométricos de las escalas

- ***Escala Multidimensional de Celos***

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax para la versión reducida de la Escala Multidimensional de Celos. El análisis arrojó dos factores que explicaron el 58.33% de la varianza total. La eliminación de los reactivos 6, 8, 9, 10, 13, 14 y 15 incrementó la consistencia interna y la varianza explicada de la escala. La consistencia interna obtenida para la escala total fue de $\alpha = .906$. La correlación entre factores fue de $(r=.654 \text{ } p<.001)$. En la tabla 1 se presentan las cargas factoriales por reactivo y los índices psicométricos por factor; también se incluyen la media y la desviación estándar para cada uno de ellos, así como las correlaciones interfactores.

Tabla 1. Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la versión reducida de la Escala Multidimensional de Celos, sus índices psicométricos, medidas descriptivas y correlaciones interfactores

Reactivos	Factores		
	Celos hacia el rival	Celos sentimentales	
16. Siento rabia cuando alguien del sexo opuesto abraza a mi pareja	.778		
18. Si mi pareja platica con alguien, yo le reclamo	.761		
20. He llegado a odiar a las personas que se acercan a mi pareja	.750		
19. Soy capaz de agredir a alguien que está con mi pareja	.727		
12. Me hace sentir iracundo que mi pareja tenga amigos del sexo opuesto	.722		
17. Me da rabia que mi pareja se le insinúe a alguien del sexo opuesto	.591		
1. Me disgusta que mi pareja tenga amistades	.497		
3. Pienso que existe otra persona en la vida de mi pareja		.799	
5. Pienso que mi pareja me puede engañar		.777	
7. Presiento que en cualquier momento puedo perder a mi pareja		.773	
4. Temo que mi pareja me abandone al conocer a otra persona		.711	
11. Vivo con el temor de perder a mi pareja		.634	
2. Me da miedo que mi pareja se fije en alguien más		.618	
	Total		
Número de reactivos	13	7	6
Porcentaje de varianza explicada	58.33%	30.97%	27.36%
α de Cronbach	.906	.853	.872
Media*		2.79	3.20
Desviación estándar		1.22	1.35

*Media teórica= 4

**p< .001

- **Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal**

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax para la Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal. El análisis arrojó cinco factores que explicaron el 66% de la varianza total. La consistencia interna obtenida para la escala total fue

de $\alpha = .920$. En la tabla 2 se presentan las cargas factoriales por reactivo y los índices psicométricos por factor; también se incluyen la media y la desviación estándar para cada uno de ellos, así como las correlaciones interfactores.

Tabla 2. Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal, sus índices psicométricos, medidas descriptivas y correlaciones interfactores

6.Hago y digo cosas sin pensar en sus consecuencias	.827					
7.Creo que soy bastante impulsivo	.800					
4.Tiendo a perder el control de mí mismo	.748					
5.Mis reacciones son imprevisibles	.725					
14.Creo que las cosas deben hacerse como yo digo	.757					
15.Me gusta quedar por encima de los demás	.715					
19.En líneas generales, soy una persona bastante exigente	.559					
11.Salto a la menor provocación o cuando me llevan la contraria	.516					
13.Soy una persona con poca paciencia	.502					
8.Si me excito sexualmente, necesito encontrar pronto la satisfacción	.710					
9.Me alivia mucho conseguir con rapidez algo que necesite hacer irresistiblemente	.704					
10.Mis méritos deben reconocerse inmediatamente, no con el paso del tiempo	.638					
12.Me siento mejor cuando hago algo sin necesidad de meditarlo	.507					
18.Soy incapaz de esperar largo tiempo para recibir cualquier cosa que me haya merecido	.464					
17.Me he colocado en situaciones de riesgo	.847					
16.He hecho cosas que me resultaban imposibles de resistir	.744					
20.Me coloco en situaciones que suelen acelerarme el corazón al límite	.628					
2.Cuando hago o digo algo, espero que los resultados se vean pronto	.799					
1.Mi carácter es fuerte	.789					
3.Me es imposible resistir el impulso de hacer algo inmediatamente después de que se me haya ocurrido	.572					
	Total					
Número de reactivos	20	4	5	5	3	3
Porcentaje de varianza explicada	66%	18.66%	13.24%	12.51%	11.06%	10.51%
α de Cronbach	.920	.887	.796	.776	.791	.715
Media*		3.15	3.23	3.10	3.53	4.61
Desviación estándar		1.51	1.22	1.14	1.49	1.22
Falta de control de impulsos		1				
Soberbia		.621**	1			
Inmediatez		.584**	.663**	1		
Toma de riesgos		.516**	.522**	.572**	1	
Autoeficacia impulsiva		.491**	.500**	.433**	.362**	1

*Media teórica= 4

** $p < .001$

- **Escala de Bienestar en la Vida**

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax para la Escala de Bienestar en la Vida. El análisis arrojó cuatro factores que explicaron el 60.96% de la varianza total. La consistencia interna obtenida para la escala total fue de $\alpha = .952$. En la

tabla 3 se presentan las cargas factoriales por reactivo y los índices psicométricos por factor; también se incluyen la media y la desviación estándar para cada uno de ellos, así como las correlaciones interfactores.

Tabla 3. Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la Escala de Bienestar en la Vida, sus índices psicométricos, medidas descriptivas y correlaciones interfactores

Reactivos	Factores				
	Desesperanza	Autorrealización	Satisfacción con la vida	Optimismo	
20.La felicidad es para algunas personas, no para mí	.736				
7.Pienso que nunca seré feliz	.733				
22.Me siento triste por lo que soy	.725				
23.Para mí, la vida es una cadena de sufrimientos	.701				
19. Me siento un(a) fracasado(a)	.688				
2.Siento que mi vida está vacía	.662				
14.Me siento inútil	.654				
26.Mi existencia carece de sentido	.654				
9.Si volviera a nacer, cambiaría casi todo de mi vida	.536				
24.Me considero una persona realizada		.741			
10.Estoy donde quiero estar		.710			
21.Estoy satisfecho(a) con lo que hasta ahora he logrado		.691			
8.Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes		.690			
4.Estoy satisfecho(a) con mi vida		.617			
1.En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal		.604			
6.Me siento satisfecho(a) con lo que soy		.583			
25.Mi vida transcurre plácidamente		.526			
3.Las condiciones de mi vida son excelentes		.513			
18.Mis graves problemas me quitan mi tranquilidad			.616		
27.Creo que no me falta nada			.604		
5.La vida ha sido buena conmigo			.546		
17.La vida ha sido injusta conmigo			.528		
11.La mayoría del tiempo me siento feliz			.486		
16.He experimentado la alegría de vivir				.757	
15.Soy una persona optimista				.653	
12.Es maravilloso vivir				.544	
13.Por lo general me siento bien				.520	
	Total				
Número de reactivos	27	9	9	5	4
Porcentaje de varianza explicada	60.96%	20.89%	18.51%	11.87%	9.67%
α de Cronbach	.952	.913	.906	-.668	.789

Media*	2.15	4.88	4.83	5.63
Desviación estándar	1.10	1.05	1.10	1.01
Desesperanza	1			
Autorrealización	-.696**	1		
Satisfacción con la vida	-.697**	.740**	1	
Optimismo	-.695**	.673**	.651**	1

*Media teórica= 4

**p< .001

Diferencias por variables sociodemográficas

Con el propósito de determinar las diferencias entre hombres y mujeres en los factores de las diferentes escalas se efectuaron pruebas t. Se encontró que las mujeres obtuvieron puntajes significativamente más altos (M=3.02, De=1.25) que los hombres (M=2.30, De=0.99) en celos hacia el rival, $t(236)=5.306$, $p=.000$; celos sentimentales (M=3.45, De=1.38, M=2.69, De=1.16, respectivamente) $t(224)=4.959$, $p=.000$, falta de control de impulsos (M=3.29, De=1.56, M=2.85, De=1.35, respectivamente) $t(219)=2.536$, $p=.012$ y soberbia (M=3.34, De=1.26, M=3.01, De=1.09, respectivamente) $t(220)=2.353$, $p=.019$

Se encontraron diferencias entre las personas que tienen pareja y quienes no tienen en cuanto a la toma de riesgos $t(181)=2.208$, $p=0.028$ y desesperanza $t(124)=2.272$, $p=.025$, reportándose una mayor toma de riesgos (M=3.81, De=1.25) y una mayor desesperanza (M=2.40, De=1.24) entre quienes no tienen pareja que entre quienes si tienen (M=3.43, De=1.56, M=2.05, De=1.02, respectivamente).

No se observaron diferencias significativas entre quienes estudian y no

estudian, el nivel de estudios, el estado civil y el tener o no empleo con los factores de las escalas de Celos, Impulsividad y Bienestar en la Vida.

Con el propósito de determinar la relación de los factores de la escala de Impulsividad con la escala de Celos y de Bienestar en la Vida así como estas dos últimas entre sí, se obtuvieron las correlaciones entre los diferentes factores que componen dichos instrumentos. En cuanto a la relación entre la escala de Impulsividad con la de Celos se encontró que los celos hacia el rival correlacionan positiva y significativamente con falta de control de impulsos ($r=512$ $p<.001$), soberbia ($r=398$ $p<.001$), inmediatez ($r=430$ $p<.001$), y autoeficacia impulsiva ($r=357$ $p<.001$); los celos sentimentales correlacionan positiva y significativamente con falta de control de impulsos ($r=446$ $p<.001$) e inmediatez ($r=418$ $p<.001$).

Tabla 4. Índices de correlación entre los factores de la versión reducida de la Escala Multidimensional de Celos y los de la Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal

Impulsividad	Celos	
	Celos hacia el rival	Celos Sentimentales
Falta de Control de Impulsos	.512*	.446*
Soberbia	.398*	.323*
Inmediatez	.430*	.418*
Toma de riesgos	.297*	.233*
Autoeficacia impulsiva	.357*	.247*

*P< .001

Respecto a la relación entre las escala de Celos con la de Bienestar en la Vida se encontró que los celos hacia el rival correlacionan positiva y significativamente con desesperanza (r=457 p<.001), mientras que correlacionan negativa y

significativamente con satisfacción con la vida (r=-352 p<.001); los celos sentimentales correlacionan positiva y significativamente con desesperanza (r=504 p<.001), y de manera negativa y significativa satisfacción con la vida (r=-422 p<.001).

Tabla 5. Índices de correlación entre los factores de la versión reducida de la Escala Multidimensional de Celos y los de la Escala de Bienestar en la Vida

Bienestar subjetivo	Celos	
	Celos hacia el rival	Celos Sentimentales
Desesperanza	.457*	.504*
Autorrealización	-.282*	-.317*
Satisfacción con la Vida	-.352*	-.422*
Optimismo	-.264*	-.265*

*P< .001

Por último, se efectuó un análisis de regresión lineal usando el método estándar, con el puntaje total de impulsividad (falta de control de impulsos M= 3.15, soberbia M= 3.23, inmediatez M=3.10, toma de riesgos M= 3.53, autoeficacia impulsiva M= 4.61 que

conformaron la Escala del Control de los impulsos Ramón y Cajal) como predictor del puntaje total de celos (celos sentimentales M= 3.20 y celos hacia el rival M=2.79 de la versión reducida de la Escala Multidimensional de Celos). El modelo fue significativo,

$F(1,298)=103.762$, $p<.001$, y explicó el 25.6% de la varianza de celos (R^2 ajustada=.256). El coeficiente de regresión de fue $\beta = 1.437$ (error estándar=.141; beta estandarizada = .508; $t=10.186$, $p<.001$) y $\alpha = .483$.

Con el propósito de determinar el efecto de los celos sobre el bienestar subjetivo, se llevó a cabo un análisis de regresión tomando a los celos como predictor del bienestar subjetivo (desesperanza $M=2.15$, autorrealización $M=4.88$, satisfacción con la vida $M=4.83$ y optimismo $M=5.63$). El modelo resultó significativo $F(1,298)=55.021$, $p<.001$, y explicó el 15.3% de la varianza de bienestar subjetivo (R^2 ajustada=.153). El coeficiente de regresión fue $\beta = -2.11$ (error estándar = .028; beta estandarizada = -.395; $t=7.418$, $p<.001$) y $\alpha = 2.020$.

4. Discusión

El presente trabajo intentó ampliar el conocimiento que existe respecto al fenómeno de los celos desde la perspectiva de la psicología social, aunque el sentir celos es algo que le sucede a todo ser humano, es la cultura en donde nos desarrollamos la encargada de determinar qué situación es amenazadora, cuándo esa situación es realmente un peligro y en qué condiciones se requiere la manifestación de la emoción de celos. Por lo tanto, la estructura social en la que vivimos es un factor determinante en la percepción de la amenaza. Sobre los pilares culturales hombres y mujeres construyen su desarrollo emocional, siendo el distinto proceso de socialización el responsable de las diferencias intergenéricas encontradas en las investigaciones de los psicólogos evolucionistas. Las normas y roles de género dominantes en un contexto ideológico van a determinar la percepción que ellas y ellos poseen de sus compañeros, creando diferentes expectativas ante el comportamiento

social del sexo opuesto. Este proceso de comparación, inherente al contexto social en que se vive, causa el alejamiento entre la imagen real y la ideal que la persona tiene de sí misma (García, Gómez, y Canto, 2001).

El propósito de este estudio fue determinar la relación entre la impulsividad y los celos y establecer la medida en qué estos afectan el bienestar psicológico de las personas. La hipótesis formulada de que a mayor impulsividad se manifiesta un mayor grado de celos y que ello impacta de manera negativa al bienestar psicológico de las personas fue sustentada mediante los resultados obtenidos en el estudio.

Generalmente se considera que los celos se muestran con una frecuencia similar entre hombres y mujeres, lo que resulta distintivo es el modo de expresión en uno y otro sexo, los hombres son más celosos sexualmente, mientras que a las mujeres les preocupa más la pérdida del apoyo económico, emocional, sentimental, físico, entre otros. En este estudio se encontró que la impulsividad muestra una relación significativa y positiva con la manifestación de los celos, siendo las mujeres quienes obtuvieron un puntaje más alto, lo cual no coincide con la literatura encontrada, sin embargo, al tomar en cuenta la creciente tendencia al cambio en la percepción de los roles de género se propone esta como una posible explicación a los resultados obtenidos.

Aunque algunos autores como Rossi (2005) y Lazarte (2001) han asociado las conductas impulsivas con la manifestación de los celos en general la literatura revisada no mostró resultados respecto a la relación entre la impulsividad y el grado de celos manifiestos, los resultados obtenidos al respecto sugieren la necesidad de estudios más profundos sobre este tema.

En cuanto al menor control de impulsos y mayor soberbia de las mujeres respecto a los hombres reportados en el presente trabajo se puede interpretar como un reflejo de la concepción contemporánea de los roles de género, ya que según la opinión de la perspectiva socio-constructivista (Eagly y Wood, 1999) aludiendo a que la historia patriarcal de la cultura contemporánea ha determinado la existencia de diferencias sexuales debido al poder que han ejercido los hombres sobre las mujeres tradicionalmente, definiendo entonces que la mujer es más proclive a aceptar sus emociones y manifestarlas que los hombres, quienes perciben como una falta a su identidad masculina el aceptar poco control de sí mismos, lo que explicaría por qué las mujeres manifiestan menor control de impulsos, respecto a la soberbia; sin embargo, está también la percepción de la mujer de verse a sí misma ya no como dependiente del hombre, sino como un ser autosuficiente, autónomo y revalorizado respecto a la postura femenina más tradicional.

La relación que arroja esta investigación respecto de los celos con el bienestar subjetivo y de la desesperanza y la toma de riesgos con el no tener pareja encuentra sustento en la concepción de bienestar subjetivo propuesta por Murrieta (2004) quien lo define como la sensación de felicidad que los individuos perciben de su propia persona (autoconcepto, necesidades básicas), sus relaciones interpersonales (pareja, familia, hijos, vecinos) y su esfera

laboral, esta impresión surge de la evaluación individual de la propia vida y de la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo. Entonces, la concordancia de los datos respecto a que las personas que manifiestan más celos tienen un menor bienestar psicológico se explica por la sensación de infelicidad derivada de una relación de pareja insatisfactoria. Sin embargo el no tener una pareja no exime a las personas de anhelarla y entonces esta sensación de infelicidad se manifiesta con desesperanza y mayor toma de riesgos.

Los resultados reportados sugieren que la impulsividad tiene un peso específico en la manifestación de los celos y estos son más frecuentes en las mujeres, así mismo se encontró que son ellas quienes tienen un menor control de impulsos, así mismo los datos arrojaron evidencia en cuanto al malestar psicológico relacionado con la manifestación de los celos. De esto se desprende la necesidad de profundizar los estudios de género relacionados con los celos, ya que desde la perspectiva de la psicología social se puede suponer que la desigualdad de la manifestación de los celos no corresponde a una situación "natural" del ser mujer, sino a una construcción social donde el expresar celos es una forma de asegurar la imagen de un ser dependiente emocionalmente del otro, que aunque sucede igualmente en hombres y en mujeres, el sistema patriarcal que predomina actualmente, pone en una situación precaria al género femenino.

Referencias

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40, 95-102.
- Díaz Loving, R., S. Rivera Aragón y M. Flores Galaz (1986). "Celos: reacciones ante la posible pérdida de la pareja". *La Psicología Social en México*, I. AMEPSO, 386-391
- Díaz-Loving, R., Rivera Aragón, S., & Flores Galaz, M. (1989). Desarrollo y análisis psicométricos de una medida multidimensional de celos [Development and psychometric analysis of a multidimensional jealousy measurement]. *Revista Mexicana de Psicología*, 6(2), 111-119.
- Dickman, S.(1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 95-109.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review Psychology*, 54, 403-425.
- Eagle, A., Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human Behavior. Recuperado de: https://dornsife.usc.edu/assets/sites/545/docs/Wendy_Wood_Research_Articles/Evolutionary_Origins_of_Mens_and_Womens_Behavior/Eagly_Wood_1999_the_origins_of_human_sex_differences.pdf
- Eguiluz, U., Segarra, E. (2005). Introducción a la Psicopatología. España: Psiquiatría Editores.
- García, L. P., J. L. Gómez y J. M. Canto (2001). Relación de celos ante una infidelidad: Diferencias entre hombres y mujeres y características del rival. *Psicothema*, 13, 611-616
- Iribarren, M., Jiménez, M., García, J. & Valladolid, G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la escala de impulsividad estado (EIE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 49-60.
- Lazarte, J. (2001). La psicología de los celos. México: Fondo de Cultura Económica
- Murrieta Sánchez, B. P. (2004). Estudio comparativo en madres solteras y casadas: con respecto al apego, los estilos de enfrentamiento, masculinidad-feminidad y bienestar subjetivo.(Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Newton, J., Freeman, C., & Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 389-394.
- Parrot, W. G. (1991). "The emotional experience of envy and jealousy" en P. Salovey (ed.), *The Psychology of jealousy and envy*, Nueva York, Guilford.

Pinal, B., & Pérez, A. (2003). Impulsividad: revisión histórica y conceptual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 220-230.

Ramos, J. (2002) Escala de Control de los Impulsos «Ramón y Cajal» (ECIRyC). Desarrollo, validación y baremación. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/72c1/374ffb5e4fb22d229d2af1cd5362075999c0.pdf>

Reidl, L. (2005). Celos y envidia: emociones humanas. Dirección General de Estudios de Posgrado. Facultad de Psicología, UNAM

Riggs, D. S. (1993). Relationship Problems and Dating Aggression A Potential Treatment Target. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 18-35.

Rossi, L. (2005). Relación de pareja: Retos y Soluciones. México, D.F: Editores de Textos Mexicanos.

Sagarin, B., Vaughn Becker, D., Guadagno, R., Nicastle, L. & Millevoi, A. (2003). Sex differences (and similarities) in jealousy: The moderating influence of infidelity experience and sexual orientation of the infidelity. *Evolution and Human Behavior*, 24, 17-23.

Sánchez, A. R. y S. Cortés (1996). Semántica de celos y conflicto. Trabajo presentado en el II Congreso Internacional de Psicología. Cholula, Puebla.

Yela, C. (2000). El amor desde la psicología social. Madrid. Pirámide.

3.2.3 Metodología cualitativa.

Esta investigación se realizó de manera conjunta con la Psicóloga Gabriela Cervantes bajo la supervisión del Dr. Ignacio Ramos y tuvo como objetivo conocer cuáles son los factores que influyeron en la toma de decisiones sobre el manejo de la sexualidad de hijos con retraso mental, realizando para esto entrevistas a 3 madres con hijos de estas características.

MODELO DE AFRONTAMIENTO Y MANEJO DE LA SEXUALIDAD EN HIJOS ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL

Gabriela Cervantes Galicia (bag.asopiram@outlook.com)

Luis Darío Villela Soto (ludvsoto@gmail.com)

Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Se trata de una investigación de tipo cualitativo en la que se entrevistaron a 3 madres cuyos hijos, en edad adolescente o adulta padecen algún grado de retraso mental. Se utilizó como eje el Modelo Holónico de la Sexualidad, para evaluar en qué medida se puede utilizar como marco teórico para generar propuestas para desarrollar talleres sobre sexualidad, dirigidos a padres de hijos con retraso mental. Las entrevistas versaron sobre la manera en que ellas viven y afrontan el desarrollo sexual de sus hijos desde las esferas fisiológicas, sociales, médicas, legales, afectivas y familiares. El resultado es un modelo configurado a través de las respuestas obtenidas en dichas entrevistas, en las que destaca la importancia del papel de los vínculos sociales para una integración adecuada de sus hijos a su entorno sociocultural. Así mismo el modelo sirve de marco para la creación y/o conducción de talleres donde padres e hijos puedan establecer redes de apoyo y puedan sentirse escuchados y comprendidos y acompañados, en el tema de la sexualidad de sus hijos (as) en condición de retraso mental, dando un lugar fundamental a las emociones que este proceso pueda generar en padres y madres.

Palabras clave: sexualidad, retraso mental, Modelo Holónico de la Sexualidad, redes de apoyo, emociones.

ABSTRACT

This is a qualitative research that interviewed 3 mothers whose children, adolescent or adult age, suffer some degree of mental retardation. The Holonic Model of Sexuality was used to evaluate the extent to which it can be used as a theoretical framework to generate versions to develop workshops on sexuality, aimed at parents of children with mental retardation. The interviews focused on how they live and address the sexual development of their children from the physiological, social, medical, legal, affective and family spheres. The result is a model configured through the answers obtained in these interviews, in which it emphasizes the importance of the role of social bonds for an adequate integration of their children to their socio-cultural environment. The model also serves as a framework for the creation and / or conduction of workshops where parents and children can establish networks of support and can feel heard and understood and accompanied, on the subject of sexuality of their children in a condition of delay Mental, giving a fundamental place to the emotions that this process can generate in fathers and mothers.

Key words: sexuality, mental delay (Mental retardation), Holonic Sexuality Model, support networks, emotions.

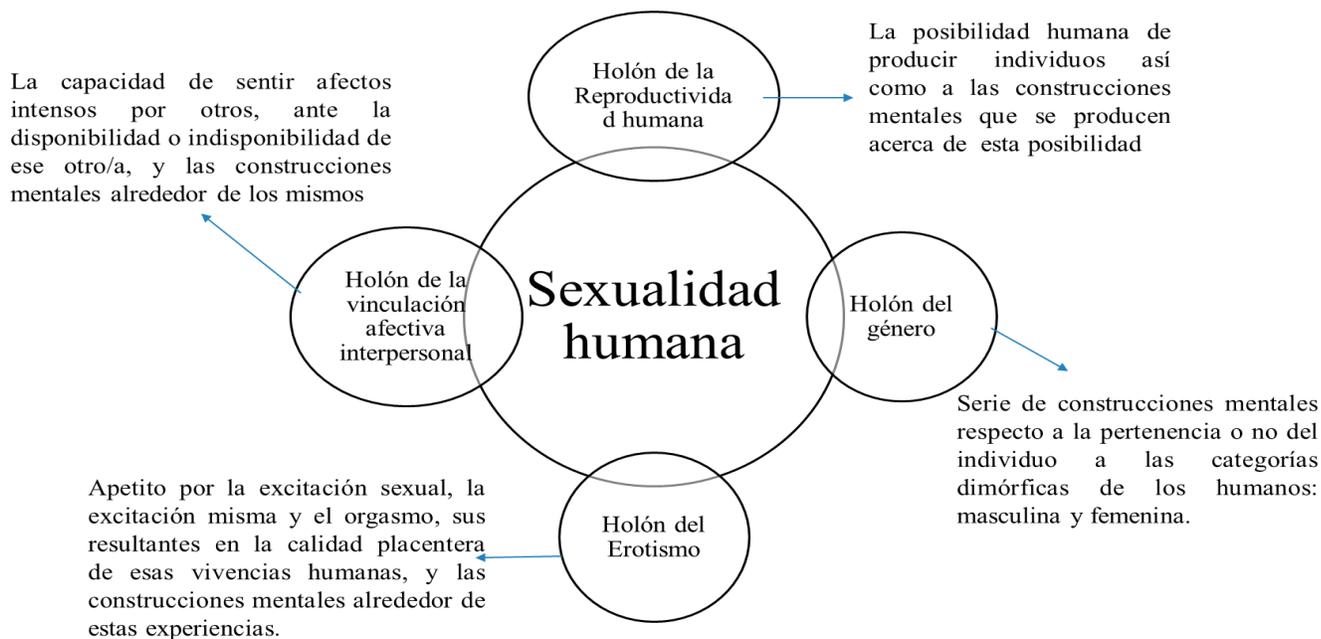
INTRODUCCIÓN

La sexualidad se ha explicado a través de tres modelos diferentes: los caracterizados por una serie de suposiciones psicodinámicas, que se denominarán en su conjunto modelos psicoanalíticos de la sexualidad, segundo, los caracterizados por el pensamiento empírico positivista, llamados modelos empíricos, y tercero, los modelos con base en un pensamiento de teoría de sistemas. En este estudio se hará referencia a un modelo construido desde el pensamiento de teoría de los sistemas llamado Modelo Holónico de la Sexualidad Humana.

A partir de la “**Teoría General de Sistemas**” propuesta por Ludwing von Bertalanffy (1968, propuesta originalmente en 1945) Eusebio Rubio (1994) construye el Modelo Holónico de la Sexualidad Humana. El Modelo considera a la sexualidad como el

resultado de la integración de cuatro subsistemas u holones sexuales: Erotismo, Vinculación afectiva interpersonal, Género y Reproductividad. Cada holón sexual resulta de la potencialidad que el ser humano tiene al nacer de experimentar vivencias que, en su desarrollo a la adultez, se integran, básicamente a través de significados, es decir, la sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción le hacen vivir. Estos cuatro elementos, en la visión del modelo sistémico, se integran en la adultez para conformar la sexualidad humana. En la Figura 1 se describe cada uno de los holones de la sexualidad humana, el orden en el que se presenta no obedece a que sea uno más importante que el otro, por el contrario, todos son importantes.

Figura 1. Modelo Holónico de la Sexualidad Humana



Retraso Mental

La definición de retraso mental propuesta por la AAMR en 2002 (Verdugo, 2002) plantea que es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años. Esta definición propone cinco dimensiones que abarcan aspectos diferentes de la persona y el ambiente con vistas a mejorar los apoyos que permitan a su vez un mejor funcionamiento individual:

Dimensión I: Habilidades Intelectuales. Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica). Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales. Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología). Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura).

Programas de educación sexual dirigidos a padres

Torres y Beltrán (2002) consideran que los padres con hijos con **'deficiencia mental'** abordan la educación sexual desde los conceptos que estos posean respecto a la sexualidad, así como los valores y actitudes que manifiestan ante las personas con discapacidad mental.

En México son escasos los trabajos de investigación relacionados con el tema de la educación sexual de las personas con discapacidad mental, esto es grave ya que la educación sexual constituye otro reto para los padres que tienen hijos es esta situación, ya que no solo se enfrentan a las circunstancias propias de su situación, que en nuestro país la mayoría de las veces son muy desventajosas, sino que además se enfrentan a una serie de falsas creencias como "quitarles su inocencia", "inducirles más curiosidad sexual", "por pena o vergüenza", por considerarlo "sucio", o

por sentir que no tienen las herramientas y conocimientos para contestar a las preguntas que sus hijos les hagan (Jiménez, 1984), prejuicios y fantasmas respecto a la sexualidad de sus hijos, así como a sus propios prejuicios, miedos y ansiedades sobre su sexualidad.

De acuerdo con lo anterior, el propósito del presente estudio fue evaluar en qué medida el Modelo Holónico de la sexualidad humana se puede utilizar como marco teórico para generar propuestas para desarrollar talleres sobre sexualidad, dirigidos a padres de hijos con retraso mental.

Un aporte fundamental desde la perspectiva propuesta en este trabajo es lograr una síntesis entre los diversos factores que se consideran, es decir, el retraso mental y la sexualidad explicados desde el modelo holónico adquieren un nuevo sentido al considerarse desde la experiencia que las madres entrevistadas han vivido la situación de sus hijos. Esto permite una jerarquización adecuada de los temas al contexto sociocultural en que se pretende impartir los talleres adecuando la información teórica a la realidad de las familias y no suponer explicaciones a priori sobre dicha realidad que comprometerían la utilidad de los mencionados talleres.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La técnica para recabar la información será a través de la **'entrevista semiestructurada'**. En la Figura 2 se presentan las dimensiones que se explorarán en la entrevista y posteriormente se muestran las preguntas guías que se utilizaron para entrevistar a los participantes.

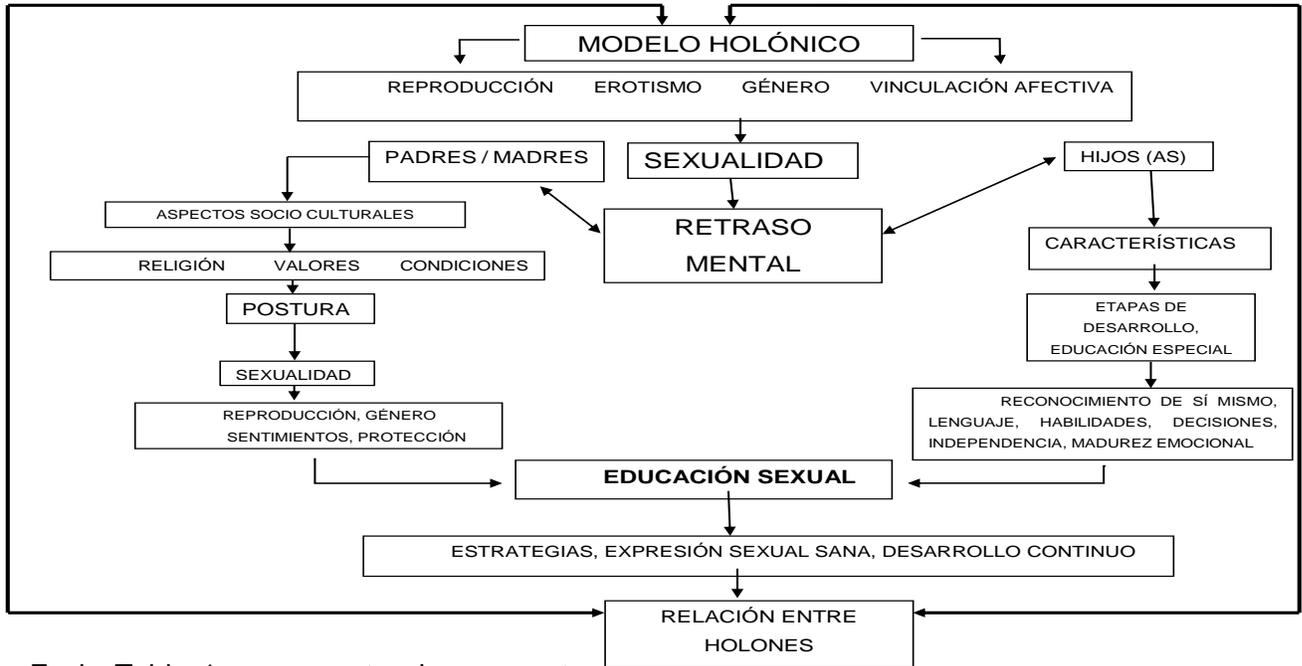
Participantes

La muestra la conformaron 3 madres con hijos con retraso mental, en edad adolescente o adulta. En el caso de la primera madre entrevistada, su hijo ya no era un adolescente, pero se tomó en cuenta su experiencia durante la

etapa de la adolescencia. La segunda y tercera madre sus hijos se encontraban en la 'adolescencia tardía'. Las últimas

dos madres entrevistadas tenían en común que sus hijos habían estudiado en el Centro de Atención Múltiples (CAM)

Figura 2. Ejes y dimensiones que se explorarán en las entrevistas semiestructurada



En la Tabla 1 se presentan las preguntas guía ordenadas por ejes que condujeron las entrevistas a las madres.

Tabla 1. Preguntas guía realizadas a las madres durante la entrevista

Eje 1 Sexualidad	Eje 2 Retraso mental
¿Qué es para usted la sexualidad?	¿Su hijo tiene algún grado de independencia o autonomía?
¿Cómo cree usted que se manifiesta?	¿Cuáles son las dificultades que tiene su hij@?
¿Cómo se expresa la sexualidad en hombres y en mujeres?	¿Cómo las afronta él/ella?
¿Es peligrosa algunas de estas manifestaciones?	¿Cómo las afronta usted?
¿Cómo manifiesta su hij@ su sexualidad?	¿En quiénes se apoya para ayudar a su hijo?
¿Cómo lo afronta usted? / ¿Considera que estas manifestaciones son aprendidas o naturales?	¿En qué se diferencia respecto a otro@s chic@s de su edad?
¿Consideran que los padres saben guiar a sus hijos?	¿Observa alguna ventaja en su hij@ dadas sus características?
¿Qué papel juega usted en las manifestaciones de la sexualidad de su hijo?	¿Cómo son sus estados de ánimo?
¿Ha recibido algún tipo de orientación sobre este tema?	¿Le causan problemas?
¿Utiliza la misma forma para educar en sexualidad a su hijo que a sus otros hijos?	¿En qué cosas es independiente su hij@?
	¿Cómo expresa lo que quiere?
	¿Cómo expresa lo que no quiere?
	¿Ha recibido algún tipo de medicación psiquiátrica?
	¿Ha estado en alguna institución? ¿Usted o su hijo recibieron algún tipo de orientación?

Tabla 1. Preguntas guía realizadas a las madres durante la entrevista (continuación)

Eje 3 Modelo Holónico	
<p>Vinculación afectiva</p> <p>¿Qué entiende por afecto?</p> <p>¿Cómo actúa una persona afectuosa?</p> <p>¿Qué cosas hace usted que considere afectuosas?</p> <p>¿Recibe afecto de su hij@?</p> <p>¿Hay diferencia entre afecto y amor?</p> <p>¿Cree usted que su hija puede establecer vínculos afectivos o amorosos? / ¿cómo lo expresa?, ¿con quiénes los expresa?</p>	<p>Género</p> <p>¿Usted cree que hay diferencias entre hombres y mujeres? / ¿En qué cosas son diferentes los hombres y las mujeres? / ¿a qué cree que se deba esto?</p> <p>¿En las situaciones mentales considera que hay diferencia entre hombres y mujeres?</p> <p>¿Existen labores solo para hombres? / ¿solo para mujeres?</p> <p>¿Establece diferencias entre hombres y mujeres en casa?/ ¿Cuáles?</p> <p>¿Cómo determina las labores de su hijo, por el género o por sus características?</p> <p>¿Su hijo (a) se vive como hombre (mujer)?</p>
<p>Reproducción</p> <p>¿Sabe desde que edad es posible la reproducción en los seres humanos?</p> <p>¿Conoce métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Utiliza usted algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Cómo es ser un buen padre?</p> <p>¿Cómo es ser una buena madre?</p> <p>¿Qué piensa de los embarazos no deseados/planeados?</p> <p>¿Qué entiende por reproducción responsable?</p> <p>¿Cree usted que su hija/o algún día será madre o padre?</p>	<p>Erotismo</p> <p>¿Sabe desde que edad se manifiesta la excitación sexual?</p> <p>¿Considera que la excitación sexual es buena o mala?</p> <p>¿La considera necesaria?</p> <p>¿Tienen algo que ver la excitación y el amor?</p> <p>¿Hay diferentes tipos de excitación?</p> <p>¿Qué se debe hacer con la excitación?</p> <p>¿Considera que la masturbación es una manera de manifestar el erotismo?</p> <p>¿Cómo expresa el erotismo su hij@?</p>

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

En la Tabla 2 se muestran los ejes y las dimensiones que se emplearon para el análisis de las entrevistas.

Tabla 2. Ejes y dimensiones que integran el modelo que se utilizará para el diseño de talleres de sexualidad para los padres de adolescentes con retraso mental

POSTURA	RED DE APOYO	MODELO HOLÓNICO	EDUCACIÓN SEXUAL	EXPECTATIVAS DE VIDA
Retraso mental	Familia	Reproducción	Información	Esperanza
Sexualidad	Cuidadores	Vínculos afectivos	Encuadre	Paternidad
Relaciones sociales	Comunidad	Género	Institucional	Género
Comunicación	Instituciones	Erotismo		Vida en pareja

Postura

Retraso mental

Uno de los factores principales que las entrevistadas visualizaron como un parámetro para tomar decisiones en cuanto a sus hijos es la concepción que tienen del retraso mental.

Los comentarios que las participantes¹ hicieron a este respecto fueron:

P1: Para mí fue muy pesado el enfrentar los problemas que vienen con la situación de mi hijo ya que en ese tiempo no había mucho apoyo, las escuelas especiales eran muy caras y en el gobierno no había, además era como algo que una persona debía ocultar, las personas sentían lastima por uno.

P2: Fernando es un muchacho con muchas habilidades y es muy inteligente, tiene su problema, pero por todo lo demás está bien, él sabe que tiene que echarle ganas a la escuela para salir adelante y tener un futuro, a lo mejor hasta un día vive solo.

P3: Jerónimo nunca aprendió a leer ni a escribir, pero sabe hacer muchas cosas, ahorita ya no va al CAM pues ya tiene 18 años, pero está trabajando en el Sanborns y tiene su novia, además de que sabe lo que hace y es muy responsable. Él tiene su propio espacio y aunque requiere mi apoyo (y a lo mejor siempre lo va a necesitar) es independiente.

Esto coincide con la definición de la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM), la cual supuso un cambio radical del paradigma tradicional, es decir, se aleja de una concepción del retraso mental como rasgo del individuo para plantear una concepción basada en la interacción de la persona y el contexto, y como un estado de funcionamiento de la persona. La definición que propone

AARM del retraso mental coincide con la visión de los padres entrevistados respecto a que sus hijos son más que su discapacidad y tienen muchas facetas de su vida que se pueden desarrollar de manera satisfactoria tanto para los chicos como para su entorno.

Sexualidad

La sexualidad es una situación vital que genera un gran número de mitos y tabúes, McCary (2002) dice que estos se mezclan con la información adecuada sobre este tema en el lenguaje cotidiano de las personas. Las entrevistadas afirman esta suposición ya que durante las preguntas que se les realizaron contestaban de manera ambigua:

P1: Fue muy difícil darme cuenta de que estaba creciendo y que ya no era un niño, que empezaba a ser un joven y pues tenía cosas de jóvenes, como erecciones y de repente quería tocar a las mujeres de la familia, cosa que causo mucha alarma, siempre pensamos en él como en un niño y fue muy traumático, fue por eso que lo tuvimos que llevar al psiquiátrico, no sabíamos qué hacer con él. Ahora ya está más tranquilo, a veces vemos que se masturba y lo dejamos tranquilo hasta que acaba, pero no hablamos de eso.

P2: Por los talleres que nos daban en el CAM yo sabía que en algún momento dejaría de ser niño y empezaría a tener necesidades de hombre, obviamente yo no le digo como masturbarse yo solo dejo que suceda lo que tiene que suceder y le digo que puede platicarme lo que quiera, pero hay cosas que espero no pasen porque no sabría qué hacer, por ejemplo, que quiera ser papa.

P3: Pues yo no sabía nada de sexualidad y él jamás me ha preguntado nada, supongo que sí es más como un

¹ El nombre de los participantes ha sido modificado

joven que como un niño por que ha tenido novias y veo que se pone nervioso y que le gusta, pero si me preguntara algo pues no sabría muy bien que decirle, porque yo casi no podía ir a los talleres del CAM. Sé que hay que saber cosas, pero la verdad no se mucho del tema.

Como se puede ver la principal tendencia es que tienen alguna idea sobre ciertas situaciones referentes a la sexualidad (por ejemplo, cómo manejar la masturbación en sus hijos), pero reconocen que en general no tienen certeza de que la información que poseen es o no cierta.

Relaciones sociales

Las relaciones sociales se pueden entender como construcciones que se dan dentro del lenguaje, Gergen (2007) propone una visión relacional del autoconcepto, que ve la concepción del yo, no como una estructura cognitiva privada y personal sino como una narración que se vuelve inteligible dentro de las relaciones sociales, esto desmitifica la imposibilidad de no relación o relación social limitada de las personas con alguna discapacidad y encuadra la discriminación como un discurso susceptible de ser modificado. Todo esto coincide con la visión que las entrevistadas manifestaron:

P1: Hace 30 años ni pensar en que los chicos especiales tuvieran amigos o fueran a fiestas, o sea si lo sacábamos, pero realmente no convivía con alguien que no fuera familiar cercano, ya que como estaba "enfermo" no podía y la verdad evitábamos que saliera mucho al cine o así, eso fue cambiando con los años sobre todo los amigos de mi hijo menor convivieron más con él.

P2 y P3: Los chicos conviven mucho con sus hermanos y con sus amigos, los llevamos a fiestas, bailan y se divierten, es sano para ellos, el hecho de que tengan un problema no significa que no puedan tener a sus amigos y que

convivan normal, si hay que cuidarlos, pero luego ni nos quieren cerca y los dejamos.

Estos datos nos permiten presumir que la situación ha cambiado con el paso de las últimas dos décadas, de un entorno muy limitado de relaciones sociales, donde incluso hablar del tema era un tabú, hasta el día de hoy donde la apertura y establecimiento de relaciones sociales más amplia es una esperanzadora realidad.

Comunicación

Una de las situaciones que más llamaron la atención durante las entrevistas era la interrogante que se plantearon las madres en su momento acerca de si debían o no abrir el tema de la sexualidad con sus hijos, pensando que, si no hablaban de ello, evadían el tema o aún si mentían, podrían mantener esta espinosa situación bajo control. Sin embargo, si nos atenemos al primer axioma de la comunicación humana propuesto por Watzlawick, Beavin y Jackson en 1967, sabemos que es imposible no comunicar. Esto significa que cualquier postura que tomen las personas al enfrentar estos temas comunica algo a los chicos y a su entorno sobre dicho tema. Al respecto las madres expresaron lo siguiente:

P1: La verdad es que nos comunicábamos poco con él, siempre lo tratamos como niño y había temas de los que no se podía hablar, por ejemplo, del sexo. O si alguien mencionaba el tema pasábamos a hablar de otra cosa o si veía alguna imagen en la tele o el cine de sexo le decíamos que jugaban en la playa o se iban a bañar.

P2: Pues yo espero a que Fernando me pregunte las cosas, pero si no me pregunta mejor no hablamos, hay cosas que no se si deba o no decirle, así que por eso prefiero decirle las cosas como son (o como yo creo que son) hasta que me pregunta.

P3: Yo no hablo de estas cosas con Jerónimo, él no me pregunta, si me

preguntara no sabría bien que decirle, le digo a su hermano que hable con él sobre cosas de sexo, pero Jerónimo no pregunta, yo no sé si sepa o no de sexo.

Al igual que muchas personas las madres entrevistadas piensan que al no hablar de algo la comunicación sobre el tema se detiene, es fundamental que de frente a situaciones vitales como la que aquí nos ocupa, madres y padres sepan que cualquier postura que tomen comunica algo.

Red de apoyo

Familia

García (s.f) señala que la persona con discapacidad intelectual pasa su vida entre el centro de apoyo y el hogar familiar, teniendo por tanto un mayor impacto estos agentes en la educación. En este sentido podemos hablar de forma teórica de una unidad diádica educativa en el ámbito de la educación sexual en las personas con discapacidad intelectual, la compuesta por la familia y el centro. Es por ello esencial que las dos partes participen, colaboren y se coordinen en la educación de las personas. Las madres entrevistadas declaran al respecto:

P2: Yo agradezco principalmente a mis hijos, porque han sido el brazo fuerte, principalmente a mi hija Liliana quien le decía a Fernando vente voy hacer mi tarea, vamos hacer bolitas, ella siempre lo jaló. Llego un momento en el que le decía a los maestros, Liliana es su maestra no yo. Yo me apoyé en ella, si no hubiera estado otra cosa hubiera sido. Yo me siento muy orgullosa de lo que he hecho y han hecho sus hermanos y los maestros.

P3: ¿Ha habido alguien que te haya ayudado en las cosas de la vida cotidiana? Hablando con mis patronas desde un principio, porque trabajo en casa, cuando le empezaron a dar a mi hijo convulsiones a los tres años, ellas me apoyaban en esas cosas, porque había que llevarlo a consulta, ellas me daban permiso. Yo metía a mis hijos en la escuela en la tarde, había vecinitas

que me apoyaban porque francamente de la familia no tuve apoyo. Mi hijo mayor me hecho mucho la mano con los otros, él era quien lo cuidaba.

En estos casos encontramos dos polos, por un lado, una de ellas recibió ayuda en el cuidado y otra no lo recibió de sus familiares. Pero podemos ver que la red de apoyo, ya sea familiar o de la comunidad es importante para las madres y los jóvenes.

Comunidad

Una de las formas fundamentales en que las personas encuentran el apoyo que necesitan para enfrentar las dificultades que se les presentan es la red que representa la comunidad. Méndez y Cruz (2008) ubican a la comunidad como un grupo primario de apoyo no formal, esto significa, según estos autores, que los amigos, la familia lejana, los centro comunitarios de apoyo y las personas no profesionales que brindan ayuda y que se encuentran en el entorno de las personas que requieren el apoyo, juegan un papel fundamental en brindar un sentido de seguridad y en proporcionar situaciones instrumentales que mejoran la calidad de vida no solo de quienes requieren un apoyo específico, sino de la comunidad en general, ya que al recibir el apoyo las personas se integran a la red y se convierten en potenciales agentes de ayuda. Las madres entrevistadas dicen que:

P1: Estos problemas los debía resolver la familia sola, no pedías ni esperabas ayuda de nadie.

P3: Todos los papas del CAM nos apoyamos unos a otros para que nuestros hijos convivan y estén cuidados, por ejemplo, si hay un taller y una de nosotras no puede ir, la otra toma los datos y la información y luego la platicamos, Lourdes era la que me decía que fuera a los talleres que era importante y yo pues le hacía caso cuando podía. Si tengo dudas o algo yo creo que acudiría a ella para que me oriente, yo creo que es una persona que

ha resuelto muy bien las cosas con su hijo. Mi familia nunca me apoyo con Jerónimo fueron mis vecinas y amigas y luego los papas en el CAM.

Se entiende por lo anterior que sin lugar a dudas han encontrado un gran apoyo en sus comunidades y esto ha sido fundamental en el desarrollo de sus hijos y en la socialización de las habilidades y conocimientos tanto de los chicos como de sus familias.

Institución

Las instituciones forman parte de un grupo secundario de apoyo formal (Sánchez 2000), según este autor la institución brinda un marco de referencia que posibilita la formalización de los esfuerzos de ayuda que existen dentro de un entorno sociocultural. Al analizar el apoyo brindado por la SEP y la Secretaría de Salud en el caso de los hijos de las madres entrevistadas, se torna evidente que la estructura normativa de dichas instituciones brindó intervenciones tanto médicas, psicológicas y educativas que favorecieron el desarrollo y la integración de los chicos a su comunidad. Esto es evidente en la forma en que las madres se refieren a este tipo de apoyo:

P2: En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) le daban sus terapias a Fernando, empezó a caminar muy tarde y ahí lo llevaba a sus terapias, pudo caminar, hablar y controlar esfínteres, además de que nos daban orientación psicológica. En el CAM aprendió muchas cosas, nos decían que lo debíamos tratar normal, nada de "pobrecito". Ahí nos daban los talleres de sexualidad y nos sirvieron mucho, las maestras creen que Fernando si puede llegar a ser estilista, la cosa es que deje de ser tan flojo.

P3: Yo lo llevaba al INP porque desde chico tuvo ataques epilépticos, ahí lo medicaron y le daban terapia. En el CAM daban talleres que nos servían para orientarnos sobre qué hacer con los chicos porque yo no sabía nada. Ahorita

ya término su CAM y está trabajando, en el Sanborns les dan trabajo.

Expectativa de vida

Esperanza

La esperanza que las madres entrevistadas declaran tener en que sus hijos puedan llegar a tener vidas más o menos normales, parece proporcionarles una motivación fundamental para enfrentar las duras circunstancias que las características de sus hijos y del entorno que les ha tocado vivir:

P1: Mi esperanza es que él logre estar bien lo que le quede, ahora ya lo medicamos menos y parece tranquilo, yo creo que es feliz a su manera.

P2: Yo creo que Fernando va a desarrollarse muy bien, tal vez llegue a vivir solo con su pareja y tenga su negocio propio.

P3: No sé hasta dónde llegue Jerónimo, tal vez viva con su pareja aquí en mi casa o en la de su pareja, yo creo que no puede vivir él solo, pero sí que tenga su espacio. Él ya trabaja y puede ser más o menos independiente

Según Seligman y Csikszentmihalyi (2000) en sus estudios de psicología positiva, la esperanza es uno de los factores que promueven en el ser humano el bienestar, es decir, no se concibe, desde aquí, la esperanza como una forma de alejarse del sufrimiento, sino como un factor que permite a las personas el desarrollo de sus potencialidades aún en circunstancias de vida favorables.

Paternidad

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe o CEPAL (2002) menciona en el proyecto de investigación "Educación reproductiva y la paternidad responsable en el Istmo Centroamericano", la importancia de que los hombres asuman las consecuencias de sus actos reproductivos y sexuales, esto tiene consecuencias de amplio espectro. Al considerar que el asumir las consecuencias del acto sexual, desde su

función reproductiva, incluye el deber para con los hijos (con todo lo que esto implica) se debe tomar en cuenta lo que las madres opinan al respecto:

P2: Yo no sé si quiera tener hijos, pero lo cierto es que yo lo cuidaría, y no sé si pudiera salir mal, prefiero que, si tenga su pareja, pero no hijos.

P3: Definitivamente no debe ser padre, es una responsabilidad muy grande y Jerónimo no podría con ella, además de que podría salir mal. Hijos de plano no.

Aunque en ambas madres se encuentran diferentes posturas en cuanto a la posibilidad de que sus hijos con retraso tengan hijos, quien acepta la posibilidad de que esto ocurra, asume que sería ella quien cuidaría a los nietos. En este sentido coincide con quien niegan totalmente la posibilidad de que su hijo procrea, en el sentido de que ellos no son capaces de asumir de manera adecuada las consecuencias de dicho acto.

Género

Una de las situaciones que preocupa a las madres entrevistadas es la manera en que sus hijos varones deben asumir su responsabilidad en cuanto al sexo; independientemente de las características de los chicos, sus madres tienen la perspectiva de género en el sentido en que es responsabilidad del hombre (y en este caso de ellas mismas ya por la situación de sus hijos) de cuidar a la mujer y de vivir su sexualidad. Incluso con sus otros hijos se aprecian diferencias de postura por el género:

P2: Me preocupa que su hermana piense en sexo y se llegue a masturbar porque si un hombre se masturba pues termina y ya, se calma, pero con la mujer es diferente porque si piensa en eso o se toca no queda tranquila y eso la puede llevar a hacer cosas que la pongan en riesgo, como buscar estar con alguien.

Si Fernando llega a tener pareja pues yo creo que vivirían aquí, y que él se haga responsable

P3: Pues el riesgo que veo es que si Jerónimo llegara a embarazarse a una chica yo tendría que cuidar al bebé, aparte de a Jerónimo porque pues él, no puede hacerse cargo.

Lamas (2007) dice que cuando se aborda el sexismo, o la discriminación basada en el sexo, se enfrentan situaciones de negación o de ceguera, que no aparecen en otros tipos de discriminación. En relación a las mujeres, hay presunciones culturales con gran arraigo histórico sobre su "debilidad física", su "vulnerabilidad" durante el embarazo o su "papel especial e insustituible" para cierto modelo de familia. Según estas concepciones, está plenamente "justificado" el "proteger" a las mujeres, aunque ese trato encubra una real discriminación.

Vida en pareja

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2015) reconoce como parte de los derechos humanos fundamentales el derecho a la vida sexual y reproductiva. Esto supone tomar decisiones sobre nuestra salud, cuerpo, vida sexual e identidad sin temor a sufrir coacción o discriminación. Además de pedir y recibir información sobre la sexualidad y la reproducción, y acceso a servicios de salud relacionados con ellas y a métodos anticonceptivos, decidir si tener hijos, cuándo y cuántos, elegir a nuestra pareja íntima y si casarnos y cuándo, decidir qué tipo de familia formar.

Las madres entrevistadas dicen estar de acuerdo en que sus hijos lleguen a vivir en pareja, ya que es su derecho, pero es claro que se establece una diferencia entre si esto incluye o no tener descendencia:

P2: Fernando quiere tener novia y cuando llegue el momento podrá vivir con ella y formalizar.

P3: Yo no sé si Jerónimo está preparado o no, pero si él quiere vivir con su pareja yo creo que estaría bien.

Parece haber una confusión en la concepción de los derechos de sus hijos, ya que, aunque se utiliza este término, en la realidad, parece que se trata más bien de otorgar o no su consentimiento a sus hijos.

Creencias

Uno de los aspectos fundamentales para las madres sobre cómo deben dirigir sus acciones para dar el mejor futuro posible a sus hijos son sus creencias. Pepitone (1991) considera a las creencias como conceptos normativos creados y enraizados en los grupos culturales como estructuras relativamente estables de lo que existe más allá de sus percepciones. Reflexionando sobre ambas ideas podemos concluir que las personas necesitan marcos de referencia que les permitan tomar decisiones justificadas. Las madres entrevistadas dicen al respecto:

P1: Siempre hice lo mejor que pude por mi hijo, ahora veo que cometí errores, pero en ese tiempo la cosas se pensaban y se vivían diferente, creo que si hay cosas que haría diferente de cómo las hice, pero siempre busque lo mejor para él.

P2: Yo siempre he buscado que mis hijos estén bien, hago todo lo que puedo y si cometo errores es porque hay cosas que no sé, pero me informó y busco como apoyarlos.

P3: Ayudo a Jerónimo y a mis hijos en lo que puedo, pero hay muchas cosas que no sé así que les digo lo que yo creo que está bien.

Con esto queremos decir que la creencia de que las madres "hacen lo mejor por sus hijos" no se establece sin bases firmes, por el contrario, estas decisiones están fuertemente cimentadas en marcos de referencia construidos en su entorno sociocultural.

Educación sexual

Información

Los derechos humanos son aquellos principios que se consideran universalmente como protectores de la dignidad humana y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma. Dado que la protección de la salud es un derecho fundamental del ser humano, en el año 2000, la Organización Panamericana de la Salud Sexual junto con la Asociación Mundial de Sexología (WAS), en su reunión para evaluar las estrategias de promoción de la salud sexual, efectuada en Guatemala, citan la declaración de los Derechos sexuales emitida por la WAS, en el considera que las personas tienen el derecho a recibir información basada en el conocimiento científico.

Las madres han tenido acceso a este tipo de información que las ha ayudado a tratar de entender la situación que viven sus hijos:

P2: En el taller para padres estaba la psicóloga de la escuela, alumnos que iban de CU y presentaban su tesis. Ellos estaban para orientarnos. Nos enseñaron a minimizar mi niño, mi bebe. Todavía está en preescolar y son unos bebes, ya en cuestión de la primaria ya no son unos bebes porque su edad y su cuerpo están creciendo, quizá su mente no, pero físicamente todo lo demás se está desarrollando a su etapa. Yo a Fernando le decía Fernandito, hasta que nos dijeron no más Fernandito, es Fernando, ya está en tercero de primaria, y ya no hay más de Fernandito porque les empiezas a quitar su crecimiento, si quieres que tu hijo crezca como va a crecer por medio de que tú lo enseñes y que van creciendo sus etapas emocionales y se va desarrollando su cuerpo.

Les enseñe que los cuerpos no se tocan, no debes dejar que nadie te toque, la única que los puede tocar soy yo, porque los estoy bañando o inyectando, pero no debe de haber caricias, ustedes

van a sentir cuando alguien los esté acariciando y me deben de decir si alguien los está tocando.

P3: En la escuela les enseñaban como usar un condón, acerca del sexo. También le decían que nadie lo puedo tocar y que a las chicas se les respeta.

Aunque esta información tiene un cierto sesgo debido al contexto y al encuadre teórico, si cumple con la función de ayudar a las madres de estos chicos a construir un marco donde la información que reciban de manera “oficial” tiene su utilidad.

Encuadre institucional

Booth y Ainscow (2000) opinan que la educación inclusiva no es otro nombre para referirse a la integración de los alumnos que presentan discapacidad, implica identificar e intentar resolver las dificultades que se presentan en las escuelas al ofrecer una respuesta educativa pertinente a la diversidad; implica promover procesos para aumentar la participación de todos los estudiantes, independientemente de sus características, en todos los aspectos de la vida escolar y, con ello, reducir su exclusión; la inclusión implica reestructurar la cultura, las políticas y las prácticas de las escuelas para que puedan atender a la diversidad de los alumnos de su localidad. Las madres entrevistadas dan cuenta de cómo en el CAM al que asisten sus hijos se ha puesto en práctica esta idea de inclusión, ya que, aunque los contenidos se adecuan el ciclo escolar lo van cumpliendo de acuerdo a su edad cronológica:

P2: En una ocasión hablé con la psicóloga y me dijo que tenía que manejar con Fernando, les enseñábamos a los hijos que los cuerpos no se tocan, nadie tiene derecho a tocarte tu cuerpo, más que tú, ni tu papá, ni tu mamá, porque ya había casos donde los niños quería abusar de las niñas, o las niñas también agarraban a los niños. Era manejar individualmente cada uno a sus

hijos y no permitir que llegara el abuso, pues en la escuela si se maneja mucho el abuso entre ellos mismos. Otra cosa que nos decían es tu hijo no está malito, porque mucha gente en la calle te pregunta que tiene tu hijo y respondemos es que está malito y decían pobrecito. Si era muy común que las mamás lo dijéramos, es que mi hijito pobrecito. Nos decían depende de los papás como queremos que nuestros hijos se desarrollen y avancen. En la escuela me dijeron que Fernando estaba capacitado para la secundaria y dijimos vamos para que nuestros hijos se queden juntos, pero íbamos con miedo, solo Fernando y otro se quedaron en la secundaria y los maestros nos dijeron ya no son unos niños, ya empiezan a ser unos adolescentes y como tal se debe de manejar.

Aunado a ello la WAS promueve que la educación sexual integral en la escuela actúa como uno de los componentes esenciales de la construcción de la salud sexual a lo largo del ciclo vital de las personas y, por ello exige particular atención a los gobiernos para hacer obligatoria este tipo de educación en las escuelas.

Modelo holónico

Holón de la Reproductividad Humana

El tema de la reproductividad parece ser identificado inmediatamente con nuestra condición biológica, sin embargo, la reproductividad humana tiene manifestaciones psicológicas y sociales de importancia y no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto, sino que puede ser a través, del ejercicio de muchas actividades humanas cuyo resultado final es la reproducción (Rubio, 1994). Las madres entrevistadas tienen en claro la responsabilidad que implica la función reproductiva, aun así, manifiestan diferentes posturas:

P2: Yo he hablado con mi hijo de que, si ocurre la penetración, la chica puede salir embarazada, pero esto no

necesariamente tiene que ser así, recuerda que para eso están los anticonceptivos y tú ya sabes cómo usar un condón y la responsabilidad que implica ser padre. Porque ya sabes que para tener un hijo es porque ya sabes trabajar y ya no vas andar en fiesta, le empiezo a enseñar todo el cambio que habría.

P3: En el caso de la otra madre, muestra ambivalencia respecto a que su hijo procrea, mi idea es que no tenga hijos considero que no tiene la capacidad de asumir de manera adecuada las consecuencias de ser padre. No lo veo con una chica o hacer su vida, siento que no lo va a poder hacer y creo que nunca se va a casar.

Holón del Género

El género aparece en la conformación de la identidad individual, nos permite respondernos quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y a dónde vamos. Uno de los principales componentes de la identidad, es precisamente el género, en la llamada identidad genérica; yo soy hombre, yo soy mujer. Las participantes expresan una clara conciencia de la diferencia biológica entre los sexos, aunque atribuyen ciertas características que más bien tiene que ver con los roles de género:

P2: Pienso que los hombres se pueden masturbar como niños, pero una mujer no va a llegar al punto de satisfacerse porque no tiene una pareja. A mi hijo en el Instituto Nacional de Pediatría le enseñaron el cuerpo de la mujer y del hombre. Yo le he enseñado que su cuerpo es natural y que es muy bonito tener su cuerpo, que se presenta de diferentes formas entre hombres y mujeres, y que se tiene que respetar. Empezó a ver que le crecía el bello, es que mira mamá, la mamá entrevistada le responde si es normal, pero a nadie le tienes que enseñar. En otra ocasión, se despierta bien alterado, mamá mira es que no se quiere bajar, tranquilo ya fuiste

hacer pipí, va y regresa, sintió feo porque su cuerpo ya está manifestando otros cambios, pero yo no le he hablado mucho acerca de que se toque, porque me da miedo que le guste

La expresión pública de nuestra identidad genérica se llama roles sexuales. Cuando se estudian estos roles de género, es posible identificar lo que es esperado por el grupo en función del género de los individuos y la sociedad norma muchas de sus interacciones en función de estas conceptualizaciones (Rubio, 1994).

Holón del Erotismo

El erotismo es un elemento de la sexualidad que nos remite a las experiencias sexuales, que hacen alusión a los cambios corporales que se experimentan (excitación y orgasmo). También el erotismo se identifica con el amor, porque la experiencia erótica está relacionada con la experiencia amorosa. No obstante, son sus componentes mentales; las representaciones, las simbolizaciones, la significación social y su regulación, lo que hacen del erotismo, una característica humana (Rubio, 1994). Las entrevistadas manifiestan desde desconocimiento hasta una manera adecuada de tratar el tema con sus hijos:

P2: Yo veía que cuando mi hijo estaba en primero de secundaria se metía debajo de las cobijas y ya lo veía rascándose, él le decía que ya iba a dormirse por lo que le dije, si tienes sensaciones y quieres tocarte tu cuerpo y tu pene, está bien, sientes rico, pero sabes que tienes que tener privacidad, está el baño y puedes tocarte, puedes hacerlo libremente y nadie te va a ver, pero estás en privado y nadie te está observando. Comenta cuando su hijo entró a la secundaria las niñas lo arrinconaban y le dice ven dame un beso, tócame los pechos, me voy a sentar en ti. Yo le hacía hincapié en que, si él quiere tener una relación sexual, debe de preguntarle a la chica si está de acuerdo y que no puede tocar otros

cuerpos sin el consentimiento de la persona, ni él debe dejar que le toquen su cuerpo.

P3: Yo no he hablado con mis hijos de sexualidad, por lo que desconozco cómo es.

Es importante analizar con más profundidad cuales son los factores que crean estas diferencias.

Holón de la Vinculación Afectiva Interpersonal

Otro elemento de la sexualidad es el de la vinculación afectiva entre los seres humanos, el amor es la forma más reconocida de vinculación afectiva (Rubio, 1994). En las entrevistadas las madres lograron identificar con mucha facilidad este holón, dando ejemplos muy claros de cómo sus hijos lo experimentan:

P2: Mi hijo me ha expresado que le gusta una niña y que en el taller los dejan tener novios (as) y que una niña le dijo a su hijo que le iba a enseñar a besar y a él le gusto, la mamá le pregunta si ya le dijo a la niña si quiere ser su novia, y si la chica aceptaba, ella estaba de acuerdo, pero siempre y cuando le diera besitos "son piquitos", nada de que toques pechos, nalgas y vulva. Además, que su hijo es muy detallista y le dice a su papá si le puede mandar dinero para que le regale unos chocolates a la chica que le gusta.

P3: Mi hijo tiene una novia con la que se escribe mensajes y se la pasa

horas platicando. Él se emociona y dice que la va a ir a ver, pero es una chica más despierta que él.

Dado que la vinculación afectiva es la expresión más socialmente aceptada de la sexualidad es coherente con el contexto social que a los chicos se les permita expresarse de manera más libre en este aspecto.

CONCLUSIÓN

El Modelo presentado en la Figura 1 fue un primer bosquejo de los elementos que podrían tomarse en cuenta para la elaboración de talleres sobre sexualidad dirigidos a padres y madres con hijas(os) con retraso mental, en el que el Modelo Holónico de la Sexualidad Humana era el eje central para la elaboración de los contenidos sobre dicho tema. Sin embargo, a partir de las entrevistas fue modificándose, se añadieron otros elementos y el Modelo Holónico dejó de ser el eje central del modelo, pero siguió considerándose como un eje para la enseñanza de la sexualidad. En el Figura 3 se muestra el Modelo que se configuró después de las entrevistas y que servirá para el diseño de talleres de sexualidad.

Durante las entrevistas las madres mostraron diferentes tipos de expresiones emocionales como miedo, esperanza, ansiedad, alegría, enojo, incertidumbre, entre otras. Pero dos situaciones fueron constantes: el sentimiento de protección para con sus hijos y la necesidad de apoyo efectivo.

REFERENCIAS

- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Booth, T., y Ainscow, M. (2000). *Índice de inclusión. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Santiago: Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2015). *Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México*. México.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2002). *Proyecto Educación reproductiva y paternidad responsable en el Istmo Centroamericano*. México: Autor.
- García, M. (s.f.). *Educación Sexual y Discapacidad. Talleres de educación sexual con personas con discapacidad*. Narcea.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social: Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Jiménez, A. (1984). *Educación sexual un programa de concientización*. Caracas: Asociación Venezolana de Psicología Social.
- Lamas, M. (1995). La perspectiva de género. *Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE*, 8. Disponible en <http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm>
- McCary, J. (2002). *Sexualidad humana de McCary*, México: El Manual Moderno
- Méndez, E., y Cruz, L. (2008). *Redes Sociales de apoyo y persona adulta mayor*. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Costa Rica: CONAPAM.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Sexología. (2000). *Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción*. Guatemala. Recuperado de: http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial. *Psicología Social y Personalidad*, 61-97.
- Rubio, E. (1994). Introducción al estudio de la Sexualidad Humana. En P. Cecilia (Comp), *Antología de la Sexualidad Humana*. (Vol. 1). México: Consejo Nacional de Población- Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez, C. (2002). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Torres, I., y Beltrán, F. (2002). Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. *Educación XXI*, 35-76.
- Verdugo, M. (2002). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación americana sobre retraso mental de 2002*. Recuperado de: inico.usal.es/publicaciones/pdf/AAMR_2002.pdf
- Watzlawick, P., Beavin, B., y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

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

Como una de las bases de la formación integral del profesional en psicología se contempla el desarrollo de las habilidades de enseñanza, en este sentido es que se elaboran diferentes propuestas que cumplan con este cometido desde la observación de los estándares de calidad académica y compromiso ético y social construidos durante la formación.

3.3.1 Productos tecnológicos.

Durante la estancia en la residencia se elaboró el taller de inducción para los alumnos de nuevo ingreso a la maestría de Terapia junto con Gabriela Cervantes Galicia y Andrea Anaya Acosta. También se realizó el Manual para trabajar los formularios de Google junto con Anaid Georgina Casas López y Cindy Roxanna Estrada Tosca. Ambos productos sirven como andamiaje para la formación académica de los futuros terapeutas familiares.

Producto 1

Taller de inducción a la Residencia en Terapia Familiar

Dirigido a: Los alumnos y alumnas de nuevo ingreso a la maestría en Terapia Familiar.

No. de Participantes: 10

Lugar: Edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología

Duración: 8 hrs

Periodo: 3 al 6 de agosto de 2015

Horario: 10:00 a 12:00 hrs

Instructoras:

Andrea Anaya Acosta

Gabriela Cervantes Galicia

Luis Darío Villela Soto

Objetivo General: Al finalizar el taller, el alumno identificará aspectos generales de la maestría en Terapia familiar.

Justificación:

Este curso tiene 2 objetivos primordiales: Por un lado está el proporcionar a los compañeros un conocimiento claro y práctico sobre algunos aspectos que les facilitarán el inicio de sus estudios en la maestría, tales como los lugares donde se realizan trámites administrativos así como los procedimientos más comunes en este sentido, los lugares donde pueden realizar las consultas de los materiales teóricos, los lugares donde pueden trabajar fuera de las aulas y donde pueden convivir. Por otra parte, se pretende que los recién ingresados logren una buena integración entre ellos y con sus compañeros de tercer semestre, es muy importante no perder de vista que la exigencia de la maestría se puede visualizar como una oportunidad para crecer como ser humano al formar parte de un verdadero equipo y no solo de un grupo de personas. La comprensión de esto es fundamental para lograr un óptimo desempeño en el posgrado.

Las dinámicas están planeadas para que los participantes puedan en todo momento poner en práctica las habilidades de interrelacionarse con otra personas en busca de un objetivo en común, habilidades que les serán de suma importancia en los futuros semestres.

La inducción es entonces una parte fundamental del inicio de este proceso, ya que no solo es una formación en los aspectos académicos, sino que se enfrentan a un verdadero cambio de visión y de manera de enfrentar la vida.

El taller se dividió en 4 sesiones y se trabajaron los siguientes temas:

Sesión 1:

- Bienvenida
- Apertura y presentación del taller
- Objetivo general del curso
- Presentación curricular de y las instructoras y los participantes
- Presentación profunda de las instructoras y los participantes
- Conclusiones

Sesión 2:

- Apertura de sesión
- Detección de expectativas de las y los participantes con respecto del curso
- Detección de afinidades para conformar equipos
- Conociendo la Facultad de Psicología
- Conclusiones

Sesión 3:

- Apertura de sesión
- Reactivación de la información
- Materias, Profesores y consejos
- Conociendo CU
- Temas de investigación
- Conclusiones

Sesión 4:

- Temas de investigación
- Roll playing
- Revisión de expectativas
- Conclusiones

Resultados: El taller logró cumplir con sus expectativas ya que los participantes reportaron haber tenido una cabal comprensión de los temas abordados, además de que las dinámicas prácticas les proporcionaron un adecuado andamiaje que les facilita los diferentes retos académicos que enfrentarán.

Producto 2

Manual para trabajar los formularios de Google

Este manual se elaboró con el objetivo específico de apoyar a los residentes para la aplicación de los instrumentos que se utilizan para las diferentes investigaciones que se llevan a cabo. El objetivo es que puedan hacer un uso efectivo de las TIC's al lograr reducir los recursos que se destinan a recabar la información para desarrollar los análisis estadísticos.

El manual constó de los siguientes apartados:

- Qué son los formularios de Google
- Introducción a las funciones de los formularios de Google Drive

- Botones de acción por pregunta
- Sección de preguntas
- Categoría básica
- Opciones Avanzadas
- Opciones de diseño
- ¿Cómo insertar una imagen o video?
- Creando un formulario nuevo
- Personalización del aspecto del formulario
- Guardando las respuestas del formulario
- Desvincular una hoja de cálculo de respuestas
- Compartiendo el formulario
- Conclusiones

Resultados: El manual tuvo una aplicación aceptable para ahorrar recursos al realizar mediciones mediante encuestas a la población en general. Sin embargo mostró ciertas limitaciones cuando se trata de buscar información en poblaciones específicas (como adolescentes embarazadas). Aun así es una buena opción que forma parte de las herramientas con que debe contar todo profesional que trabaje alguna investigación.

3.3.2 Programa de intervención comunitaria

Como una base que permite sintetizar las diversas competencias y habilidades desarrolladas en la formación se encuentra el programa de intervención comunitaria, ya que para poder comprender los complejos problemas psicosociales y lograr conformar una intervención que resulte efectiva, se debe echar mano de cada conocimiento (teórico y práctico) que se ha consolidado. De esta manera el compromiso social se establece a partir de la inteligencia de una necesaria preparación de alto nivel que permita un efecto benéfico en las personas expuestas a las más diversas y complejas problemáticas.

Taller de manejo de emociones

Una de las áreas que más conflictos presentan durante las sesiones de terapia, es aquella que se refiere a las consecuencias de los estallidos emocionales de las personas; más allá de las ideas y/o contextos (los cuales son tanto la materia prima como los objetivos de la terapia) que sustentan dichos estallidos, las consecuencias tienen una

gran significación para las personas ya que su impacto es visible e inmediato, y es precisamente por esto que se les atribuye a las emociones una gran poder sobre los orígenes de los conflictos.

Es por esto que se decide presentar el taller de control de las emociones con el fin de sensibilizar a las personas para que logren construir una postura con dos ejes rectores primordiales; por una parte el entendimiento de sí mismos como generadores (conscientes o no) de sus emociones y por otra la responsabilidad que es totalmente personal en cuanto a las consecuencias de sus acciones. Así, se abre la posibilidad de proporcionar al público, más allá del espacio terapéutico, herramientas que le permitan relacionarse de mejor manera con sus estados emocionales y responsabilizarse de sus interacciones humanas.

Así, el objetivo principal del taller es que los participantes comprenderán cómo es que sus respuestas conductuales basadas en estados emocionales impactan en sus relaciones y lograrán desarrollar ideas reflexivas sobre cómo controlar dichas respuestas

El taller estuvo dirigido a la comunidad de la ciudad de Cuernavaca convocados por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos, estuvo distribuido en dos sesiones de cinco horas cada una, el taller se brindó las fechas 29 de abril y 6 de mayo de 2016. Se llevó a cabo en un salón ubicado en la propia Comisión en la ciudad de Cuernavaca.

Al taller asistieron 20 participantes en ambas sesiones. Los participantes se dividían en 12 mujeres y 8 hombres, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 65 años siendo la edad promedio de 32 años.

Los temas que se trabajaron fueron los siguientes:

- Expectativas del participante
- Conocimientos previos
- Teoría de las emociones: Psicoanálisis, Teoría evolutiva, Teoría cognoscitiva y Enfoque relacional
- Desarrollo del enfoque relacional
- Desarrollo de las competencias emocionales

- Razón y emoción
- Técnicas de control de la reacción física
- Les emociones y las relaciones humanas

Al final del taller se aplicó una evaluación, el propósito fue evaluar la calidad del taller, el material empleado para la impartición del mismo así como la percepción que tuvieron las participantes respecto al espacio físico en el que se facilitó. Además de la evaluación a nuestro desempeño como facilitadoras del taller.

Los resultados de la evaluación fueron los siguientes:

El 100% de las personas consideraron el lugar confortable, el 62.5% piensas que la organización fue excelente mientras que el 37.5 %opina que fue satisfactoria. En cuanto a las expectativas, el 77.5% considera que se cumplieron totalmente y el 22.5% solo parcialmente. El 85% de los participantes reportaron que el contenido del taller fue totalmente satisfactorio mientras que el 15% restante apuntan que obtuvieron una satisfacción parcial. En cuanto a la actuación del facilitador el 100% de los encuestados lo calificaron de excelente.

Considero que el taller tuvo un impacto positivo en la comunidad en donde se aplicó, situación reflejada en los comentarios alentadores que se hicieron durante la retroalimentación a mi persona. Por otra parte es importante mencionar que parte de las reflexiones a lo largo del taller permitieron abordar de manera somera el tema de la violencia, lo cual abre una punta muy rica de trabajo que sería muy importante poder hilar al presente taller.

3.3.3 Presentación en un foro académico

PRESENTACIONES EN CONGRESOS

PRESENTACIONES EN CONGRESOS (*continuación*)

- Cervantes, G. y Villela L. *La coterapia como método de enseñanza en la formación de terapeutas familiares: una aproximación a la experiencia emocional*. XII Jornadas Antropológica de Literatura y Semiótica (JALyS); Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) y Universidad Nacional Autónoma de México; CDMX, México: 2016.
- Cervantes, G. y Villela L. *Terapia Breve MRI: Cuando la solución es el problema*. IX Congreso de Posgrado en Psicología; Universidad Nacional Autónoma de México CDMX, México: 2015

ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

- 4° Congreso Internacional: *“Terapia Breve y Familiar. MRI. Ayer y hoy”*; Institución Patrocinadora: C.E.FA.P. Puebla, México. Octubre 2014
- Taller: *Trabajo terapéutico con parejas desde las distintas miradas de la terapia familiar*, UNAM, CDMX, México. Junio 2015

3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional

A continuación se presentan las consideraciones éticas que se han configurado durante el proceso formativo de la Residencia, en ellas se trata de mostrar no solo las normas morales que guían la práctica terapéutica, sino también la construcción ética de la relación tomando como base el enfoque posmoderno

3.4.1 Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.

La ética es definida por Ferrater (1975) como aquella disciplina filosófica que estudia los conceptos morales de determinada sociedad, es decir, según el autor la ética estudia lo moral, este último concepto es definido por Foucault (Rodríguez, 2005) como la serie de reglas y códigos de acción que provienen de un discurso normalizado. Esto lleva a formular una pregunta fundamental para lograr establecer cuáles son los parámetros de

conducción profesional que un terapeuta debe observar: ¿Cuál es la diferencia entre lo ético y lo moral?

Rodríguez (2005) hace referencia a que esta cuestión no es algo sencillo de discernir ya que si lo moral debe ser estudiado y esto es lo ético, entonces queda la pregunta de cómo es que ambas cosas se relacionan ya que si lo moral se constituye como el objeto de estudio entonces queda definido en sí mismo, mientras que si es lo ético lo que debe ser considerado como base para la constitución de lo moral entonces es el proceso de construcción lo que se debe estudiar y no el contenido de la moral en sí. Es sobre esta última idea que se desarrollan los conceptos éticos que guían la práctica terapéutica considerada desde los principios posmodernos ya que al pensar dicha práctica como un proceso en constante construcción se puede visualizar el contrasentido que existe en suponer que existe una serie de ideas (a manera de reglas o principios) que deben ser observados de manera unívoca, ya que se revelan como una totalidad que debe ser estudiada, y la concepción de la terapia como construcción dialógica que requiere necesariamente la revisión de sus procesos y donde los contenidos están en constante transformación al reconfigurarse dichos procesos.

Telfener (2014) desarrolla de manera amplia estos conceptos al retomar las ideas presentadas por Von Foerster acerca de la imposibilidad de hablar de ética ya que este es un proceso sobre el cual se decide y no una categoría discursiva (esto sería lo moral); para ello la autora hace mención de un concepto fundamental: lo indecible. Este constructo se refiere a aquellas ideas o concepciones que no contienen decisión formal sobre sí mismas, es decir, al pensar en una proposición que requiere ser decidida para valorarla como cierta o falsa se puede recurrir a la lógica implícita en su misma construcción para darle tal o cual valor y este sería absoluto, la decisión sobre su valoración no requiere la interpretación metafísica (que Telfener equipara aquí con la subjetividad), por ejemplo: al proponer la expresión $2 + x = 6$ se puede observar que la decisión que la haría falsa o verdadera está contenida en sí misma (por el principio de igualdad), no se requiere de una intervención subjetiva para determinar que 4 hace verdadera la proposición y cualquier otro valor la haría falsa, es en este sentido que se consideran a este tipo de expresiones formalmente constituidas se deciden a sí mismas... caso contrario a las ideas que para ser decididas requieren la intervención de una subjetividad, ya que (en este sentido) es imposible se decidan a sí mismas, una subjetividad las decide y es por ello que se les considera indecibles.

Resumiendo: lo indecidible serían aquellas situaciones sobre las que no aplica la lógica formal para su valoración sino la subjetividad y por lo tanto su estatus como verdaderas o falsas depende de *cómo* se decide sobre ellas. Es aquí donde la labor humana en tanto constructora de realidades dialógicas cobra sentido ya que ante la visión de los indecidibles como base de los encuentros terapéuticos no es posible ya recurrir a la idea de principios morales totales que guíen lo que sucede en las sesiones. Es importante aclarar que no se trata de desvalorizar estos principios que guían las relaciones humanas, sino de cambiar la forma en que estos son pensados ya que al considerarlos como producto de una realidad total se corre el riesgo de comparar a la persona en terapia con un modelo moral (aquí se inscribe la idea de “salud”) que podría devenir en una obturación de las posibilidades de creación de realidades dialógicas por la imposición de un discurso (el del terapeuta) en vez de otro (el del *paciente*). Es importante anotar aquí la mención que se hace del concepto de *paciente*, esto se debe a que al suponer a una persona que busca ayuda esta en déficit, es necesario establecer previamente cuales son los parámetros en donde encuadrar dicho déficit en término de alejarse más o menos del concepto de salud establecido, por ello, es que al considerar a una persona fuera de los parámetros de salud mental que se encuentren normalizados es que se le considera enfermo, es decir: un paciente.

Sin embargo desde la perspectiva planteada por Telfener esta normalización no se debe a una propiedad intrínseca de la problemática de quien busca ayuda ni de quien la ofrece, no hay tal cosa como una lógica implícita en la problemática per se que permita decidirse a sí misma, es necesario una interpretación y toda interpretación requiere necesariamente ser construida desde la subjetividad, por esto es que al dialogar sobre cualquier condición de existencia de las personas (se vivan o no como problemas) se está construyendo sobre indecidibles y es sobre esta inteligencia que la ética como base del proceso relacional es fundamental.

Al pensar que la ética es una forma de relacionarse con las personas y no una serie de reglas a seguir se abre la inmensa posibilidad de explorar junto con las personas que acuden a terapia una inmensa gama de realidades que al ser consideradas como construcciones que dependen de la subjetividad de cada sistema es absolutamente indispensable explorar desde la verdadera curiosidad para lograr entretenerse con dicha realidad, el terapeuta no puede dar por sentado que conoce la solución a los problemas de las personas sino que sabe que no sabe cómo es que tal o cual situación se ha

constituido y por ello debe permitirse interactuar, preguntar, dudar, suponer, errar etc.. ya que todo esto es parte de la construcción de un diálogo desde donde se pueden configurar realidades diferentes a aquellas en donde las personas se encuentran insertas. Al observar el proceso terapéutico desde esta óptica se pone en evidencia que los contenidos discursivos no operan como fundamento de una práctica ética sino son solo una parte de un proceso más abarcativo en donde se busca como fundamento ético el cambio de segundo orden en cuanto al sistema de significados del sistema terapéutico (incluido el terapeuta), con esto en mente la responsabilidad ética del terapeuta versa sobre el cuidado de que la construcción del diálogo permita precisamente este tipo de cambio ya que en él la responsabilidad de generarlo incluye a todos los miembros del sistema y con ello se potencializa la posibilidad de que las personas en terapia se visualicen como responsables de sí mismas y por tanto libres de decidir y de construir sus propias realidades. Sin embargo queda aquí una situación en la que se debe pensar con mucho cautela: si la praxis ética exige el cuidar el proceso de la relación desde la idea de la colaboración y la responsabilidad mutua en cuanto a la construcción de una nueva realidad... ¿cómo se debe actuar cuando existe una situación de violencia donde tales conceptos no tienen lugar?, ¿puede el terapeuta imponer un discurso que proteja a unos y evidencie a otros desde una perspectiva moral y no ética?, más aún... ¿no es un contrasentido plantear una práctica ética y la imposición de un discurso que detenga la violencia?. Sobre esta cuestión se volverá más adelante.

Una vez establecida cual es la responsabilidad ética del terapeuta queda aún la situación de las consideraciones morales que se deben observar, efectivamente, aunque la ética debe guiar la práctica clínica en cuanto a la construcción de un proceso, esto no excluye los aspectos morales inscritos en tal o cual realidad sociocultural en la que se encuentra inserta el sistema terapéutico. Si bien es necesario considerar, como ya se mencionó, que el pensar las construcciones morales como totalidades constituyen el riesgo de patologizar a las personas esto no significa que dichos contenidos carezcan de sentido; los contenidos morales constituyen (siguiendo la idea de Foucault) la forma en que las relaciones se contextualizan, esto es: al considerar la ética como una praxis la moral son los códigos y reglas producto de dicha praxis, aún más: la ética se puede considerar el proceso que posibilita la creación de la moral, si la moral es un código o regla, la ética es la capacidad de crear (y por lo tanto de modificar) códigos y reglas.

Con esto en mente se validan los planteamientos morales como la base sobre la cual se puede “conversar” éticamente, es decir, al conocer cuáles son las reglas que guían el comportamiento de las personas (incluidos los terapeutas), es posible hablar sobre ellos para comprender tanto los significados de las ideas de las personas como la manera en que justifican sus actos. Si esto partiera de una hipótesis moral entonces necesariamente se debe considerar aquello que las personas expresan como bueno o malo ya que se evalúa desde el propio sistema moral del terapeuta, sin embargo al establecer la lectura de los contenidos de las personas desde una hipótesis ética, entonces lo importante es poner el foco en el proceso vital sobre el cual las personas deciden y sobre el cual se construyen significados, con esto la lectura no versa ya sobre la evaluación acerca del empate o no con los valores morales del terapeuta sino sobre como la relación terapéutica se edifica en tanto construcción donde los significados se multiplican sobre las mismas ideas y/o acciones permitiendo un movimiento mucho más amplio en el sentido dialógico, así, los constructores se posibilitan a sí mismos dentro de un marco donde aquellas pautas relacionales, comportamentales o de significado se flexibilizan al considerarlas ya no productos necesarios de tal o cual “verdad” totalizadora sino una construcción sobre la cual necesariamente se decide y por lo tanto es susceptible de cambiar.

De este modo se puede observar la relación entre ética y moral ya no como conceptos contrapuestos sino como niveles de significado que se complementan en uno u otro contexto, en el caso de la práctica terapéutica se observan una serie de reglas y códigos que deben ser leídos desde la perspectiva de la construcción de realidades que posibiliten el cambio en las personas. Sin embargo es importante apuntar que si bien tanto el consultante como el terapeuta se encuentran construyendo diálogos el nivel de responsabilidad es diferente ya que quien busca ayuda puede explayarse en sus definiciones morales en cualquier sentido, mientras que quien se responsabiliza de que la relación se mantenga como terapéutica (el terapeuta) debe observar ciertos principios morales ya que su práctica está inscrita en un contexto sociocultural que encuadra su quehacer profesional. Esto no contradice lo anteriormente expuesto ya que si bien el terapeuta debe observar ciertas reglas para conducirse en la relación esto no lo exime de la responsabilidad de utilizar dichas reglas para cuidar el proceso desde la flexibilidad de la praxis ética, por el contrario, la ética pensada como una decisión existencial donde se posibilita la construcción de significados diferentes logra que la lectura de lo moral

adquiera un carácter inclusivo donde el proceso se vea beneficiado en el sentido de desarrollar diferentes posibilidades a aquellas por las que alguien acude a terapia.

A continuación se presentan las reglas y códigos que se establecen para el ejercicio de la terapia en México desde la propuesta de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, es importante observar que el título de código ético es inexacto desde la perspectiva presentada más arriba ya que por definición todo código es evidentemente moral:

Responsabilidad con los pacientes	Confidencialidad	Capacidad e integridad profesional
<ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada. <ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta no discriminará. • Evitará el abuso de confianza y la dependencia. • No utilizará la relación terapéutica para su propio beneficio. • Respetará la toma de decisiones. <ul style="list-style-type: none"> • La terapia se prolongará lo necesario. • Se ayudará en la búsqueda de otro terapeuta si se considera que no se está calificado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente puede ser más de una persona. Los terapeutas deberán respetar y reservarse las confidencias de cada uno de los pacientes. • Las confidencias que el terapeuta puede hacer respecto a lo que se le ha dicho tendrán lugar si está relacionado con la ley, poner a salvo a alguien. • Debe mantener en anonimato la información del paciente cuando realice actividades de enseñanza, escritura y presentaciones. • La conservación de registros deben garantizar la confidencialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberán conservar un alto nivel de capacidad e integridad profesional. • Los terapeutas violarán el Código Ético cuando participen en un delito, sus credenciales estén revocadas o suspendidas y cuando se encuentren incapacitado mental o físicamente. • Buscarán ayuda para sus problemas personales. <ul style="list-style-type: none"> • Se mantendrán actualizados. • No se involucrarán en actividades sexuales con estudiantes, pacientes, supervisados, etc. • No brindará sus servicios si el problema está fuera de su competencia.
<ul style="list-style-type: none"> • No abandonará ni negará el servicio sin hacer los arreglos necesarios. 	<p style="text-align: center;">Responsabilidad con los participantes de investigaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitará la ateración y mal uso de sus hallazgos clínicos y/o investigación. • Tendrá cuidado al expresar sus opiniones y recomendaciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Obtendrá consentimiento informado para grabaciones y presencia de terceros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los investigadores deberán respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación y estar concientes de las leyes y reglamentos federales y estatales, así como de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión.
<p style="text-align: center;">enseñanza-aprendizaje e investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitarán el abuso de confianza y dependencia. • Preservarán la confidencialidad del material presentado por los otros a excepción de necesidad legal, en situaciones educativas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarán la aceptabilidad ética de dichos estudios. • Informarán de todos los aspectos de la investigación a los participantes. • Respetarán la libertad que tiene los participantes para declinar su participación. <ul style="list-style-type: none"> • La información obtenida es confidencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Otorgarán créditos de publicación. <ul style="list-style-type: none"> • Los autores de libros deberán aclarar de quién fue la idea original. • Deberán participar en actividades que contribuyan a mejorar a la sociedad y a las comunidad.

Arreglos financieros	Publicidad	Publicidad General
<ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional. • Los terapeutas deberán notificar a los clientes los honorarios pactados desde el inicio del servicio. • Los terapeutas deberán proporcionar al cliente, a las terceras personas que cubren los honorarios o a los supervisados información correcta relativa al encuadre de los servicios prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deberán mostrar con exactitud, su capacidad, educación, preparación y experiencia. • La propaganda y publicidad por cualquier medio de comunicación transmitirá la información necesaria para que el público haga la selección de los servicios profesionales adecuados. • No deberán utilizar un nombre o razón social que pudiera ser mal interpretado por el público. <ul style="list-style-type: none"> • No utilizarán una identificación profesional falsa. • Deberán corregir falsas apariencias, información errónea, etc.

La aplicación de las reglas mencionadas en el código da una idea general de la forma de conducirse en terapia sin embargo son las decisiones que se toman sobre los indecibles las que configuran de manera específica lo que suceda en los encuentros terapéuticos y esta configuración es única e irreplicable sesión a sesión y (evidentemente) caso a caso.

Queda sin embargo aún una situación por plantear. Se mencionó más arriba los aspectos aparentemente contradictorios entre la praxis ética y el mandato moral de detener la violencia. Si se plantea que la ética se refiere a la manera en que respeta las diferentes realidades de las personas para construir un diálogo, ¿Cómo actuar cuando la situación vital de las personas se configura de manera violenta?. Cuando se dan casos de violencia física extrema esta situación tiene una lectura más bien obvia ya que ahí se está poniendo en riesgo la vida de alguien y esto requiere intervenciones inmediatas más allá de lo terapéutico (legales o de control social.) El problema más bien se plantea cuando la violencia esta invisibilizada ya que la visibilización de esta situación necesariamente necesita la lectura subjetiva de quien la mira por sobre la mirada de quien no la ve (y que resulta paradójico que suele ser quien la sufre). Al tomar acciones que protegen a quienes sufren los efectos del ejercicio de la violencia es factible caer en la idea de una “doble moral” donde el terapeuta valida un discurso para unos y otro para algunos más o de manera directa impone su propio discurso acerca de lo que significa una relación

violenta. En este sentido es que el plantear las prácticas éticas y los contenidos morales no como contrapuestos sino como pertenecientes a diferentes niveles lógicos (donde lo ético contiene lo moral) es que se puede comprender que el detener las acciones violentas no constituyen una falta ética aún al plantear conceptos morales aparentemente contradictorios en el misma construcción dialógica, por ejemplo: en un caso clínico observado en el Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila un hombre había intentado ahorcar a su esposa ante la sospecha de que esta lo engañaba, por lo que ella estableció una demanda y se separaron, ahora (seis meses después) él la buscaba para reestablecer la relación cosa que ella aceptó a condición de acudir a terapia; la pareja comentó que la violencia se había detenido desde hacía tiempo y por esto es ella estaba reconsiderando el volver con él, sin embargo ambos reconocían que el hecho de que el esposo estuviera en constante vigilancia de ella creaba conflictos aunque no “violentos”; el terapeuta apuntó que si bien entendía que la violencia física se había detenido los intentos de él por controlarla eran también un acto violento por lo que ante todo impuso la condición de que para poder trabajar en terapia la violencia debía detenerse censurando la actitud del hombre y validando los intentos de su esposa de protegerse ante el riesgo que representaba el comportamiento violento de su esposo. Al hacer una lectura donde se planten mandatos morales la situación planteada por el terapeuta parece contradictoria ya que se establece que en una relación dialógica el terapeuta debe cuidar que la subjetividad de todos los dialogantes tenga cabida en el discurso y sin embargo en este tipo de situaciones claramente toma una actitud parcial pero por otra parte el admitir la violencia en la relación es inadmisible...entonces ¿qué hacer?. La respuesta es cambiar el nivel lógico, al plantear la situación pensada desde lo ético como contenedor de lo moral se puede comprender la mirada ética del encuadre hecha por el terapeuta ya que ponderar la relación que debe establecerse para construir un diálogo sobre los contenidos discursivos es precisamente encuadrar lo moral en lo ético; las reglas y códigos de los dialogantes son tomadas en cuenta en igualdad, son escuchadas, pero el terapeuta tiene un compromiso ético con sus consultantes en el sentido de establecer una relación dialógica, entonces, considerando aquellas ideas que se expresan en prácticas violentas y hacer un marcaje en cuanto a su visibilización, al detener el ejercicio violento el objetivo no está en censurar a tal o cual persona (quien ejerce la violencia) y defender a otra (quien sufre los efectos), sino que ambas personas se incluyan en el diálogo terapéutico al validar las ideas (en el sentido de escucharlas y discutir las) que sostienen esos comportamientos, ya que aunque se hace el citado marcaje se busca que la persona

violenta y la violentada participen en la terapia donde sus discursos serán tomados en cuenta en la misma medida al considerarlos dialogantes, es decir lo que se censura es la relación violenta pero no a las personas y sus ideas; además, si se considera que la violencia es la negación ontológica del otro (Finemann, 2009) entonces es imposible pensar en una relación donde el dialogo entre iguales se posibilite si algún (xs) dialogante (s) considera (n) a otrx (s) como sometidx (s) a su voluntad y por ello negado como persona capaz de decidir por sí misma. Es así como se clarifica la acción terapéutica como una obligación ética en el sentido de construir una relación dialógica tomando como principio básico el cuidar que todos los participantes sean considerados con iguales derechos diluyendo la imposibilidad del sometimiento de algunos.

Los mandatos morales entonces no son en sí mismos benéficos o perjudiciales en cuanto a los procesos terapéuticos, caso contrario al de la praxis ética que los encuadran y es precisamente esta práctica la que debe cuidar el terapeuta en la inteligencia que el discurso en el que se hallen enmarcados sus propias ideas no es en sí mismo mejor o peor que el de quienes acuden a su consulta, sino que tiene el potencial de ser útil para dicho proceso, siempre y cuando el terapeuta se considere un dialogante más, reconociendo, sin embargo, el tipo de responsabilidad que tiene en cuanto a la construcción de la relación y todo esto solo es posible al revisar constantemente su propio estar en el diálogo, su propia transformación al estar inserto en tal o cual sistema, su curiosidad para saber a dónde se llegará con una u otra idea y su respeto por las decisiones que los demás dialogantes tomen. Los terapeutas no están obligados de saberlo todo, deben saber que saben y que no saben y deben hacerse responsables por las decisiones que toman sobre ello en pos de la construcción de un diálogo que resulte terapéutico para los participantes; los mandatos morales se incluyen en el proceso pero no lo determinan, es la praxis ética lo que guía la terapia, pero esta praxis no existe per se, se conforma como posibilidades sobre las cuales decidir y cada decisión es responsabilidad de quien la toma al configurar en sí mismo la imposibilidad de no ser responsable de las propias decisiones, al ser subjetividad se es posibilidad y la posibilidad deviene en acción al decidir sobre ella, no se decide a sí misma, es indecible, al tomar responsabilidad por la decisión se abren las posibilidades dialógicas, se da oportunidad a nuevas realidades de existencia, un estar en el mundo diferente....esto es lo ético.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencia profesionales adquiridas

El programa de maestría profesionalizante en psicología de terapia familiar establece una serie de competencias que los egresados deben haber consolidado durante su formación, estas competencias se detallan en la página oficial del programa de posgrado de psicología de la UNAM y se transcriben a continuación:

Teórico-Conceptuales	Investigación-Enseñanza	Prevención	Ética y compromiso social
Conceptualización de los fundamentos teóricos que caracterizan a los modelos de intervención.	Diseño, aplicación e implementación de proyectos de investigación relacionados con la problemática de los consultantes.	Elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria.	Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, basados en el compromiso personal y social.
Análisis y discusión de la viabilidad de las teorías, establecimiento de hipótesis explicativas.	Difusión de conocimiento.	Identificación de procesos que ayudan a prevenir problemas familiares y grupales.	Establecimiento de una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los consultantes.
Identificación de la especificidad de los modelos de intervención, así como su aplicación clínica en el contexto de incidencia.	Obtención de datos que den noción del surgimiento, mantenimiento, severidad, etc. de los problemas psicosociales presentados. Formulación de hipótesis sobre los posibles factores involucrados.	Diseño de programas de difusión, educación e intervención para solucionar o prevenir problemas psicosociales en la familia y en la comunidad.	Manifestación de respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.
	Realización de análisis contextuales de los problemas clínicos para establecer su conceptualización y procesos inmersos.	Aplicación de los programas, en colaboración los diferentes agentes que intervienen.	Sensibilidad y respuesta profesional ante las necesidades de la población.
	Diseño y conducción de proyectos de investigación aplicada.		Análisis honesto del trabajo terapéutico realizado, apegándose a las normas éticas profesionales.
	Establecimiento de condiciones para el trabajo inter y multidisciplinario relacionado con la investigación aplicada.		Actualización e innovación de las capacidades profesionales constantemente.
			Responsabilización del desarrollo profesional, considerando la necesidad de acudir a terapia si es pertinente.

Clínicas-Detección-Evaluación-Tratamiento			
Observación de procesos terapéuticos.	Definición del motivo de consulta y de demandas terapéuticas.	Generación y aplicación de la metodología de cada modelo de intervención para el tratamiento de las demandas de los consultantes.	Reconocimiento de la interdependencia entre conocimiento científico, práctica profesional y necesidades del consultante, contextualizado, para la evaluación.
Establecimiento del contacto terapéutico con las personas que solicitan el servicio.	Evaluación del tipo de problema y posibilidades de solución.	Formulación de hipótesis que promuevan el cambio.	Diseño, selección y aplicación de los diferentes métodos, procedimientos y técnicas para incidir efectivamente en la problemática presentada.
Generación de una relación de colaboración con los involucrados.	Definición de objetivos terapéuticos en colaboración con los consultantes.	Evaluación de los resultados y término del tratamiento.	Establecimiento del curso de acción terapéutico con el consultante para dar respuesta a las necesidades y co-establecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico.
Creación del enganche y de la alianza terapéutica.	Identificación de necesidades y recursos dentro y entre los sistemas.	Creación e instrumentación de herramientas innovadoras para la evaluación en el proceso de intervención y seguimiento.	Elaboración de reportes de tratamiento.

Las competencias descritas arriba sin duda alguna constituyen la base para lograr un desempeño profesional de alto nivel, es muy importante considerara que cada una de ellas cubre un aspecto diferente del amplio espectro con que se debe contar para cumplir con el objetivo último de la formación terapéutica: lograr generar un cambio en la vida de las personas. Las perspectivas teóricas revisadas han tenido un efecto considerable en mi formación profesional ya que me permitieron actualizarme en lo referente a los nuevos enfoques en cuanto a las maneras de intervenir con las personas. Las habilidades desarrolladas en las investigaciones así como el trabajo realizado referente a la prevención me permiten tener una visión más amplia en cuanto al impacto que las condiciones socioculturales tienen en la realidad cotidiana de las personas, así como el poder visualizar no solo la manera de intervenir sobre la problemática actual de las personas sino como estructurar una prevención efectiva de aquellas situaciones que pueden devenir en problemáticas complejas tanto en situaciones individuales como de pareja, familia e incluso comunitarias. Sin embargo es la construcción de las competencias éticas donde en mi particular caso más he sentido un cambio radical ya que antes de la residencia me conflictuaba el nivel de responsabilidad depositado en la teoría por el encuadre en que desarrollaba mi práctica, sin embargo al trabajar desde el enfoque sistémico y posmoderno he podido discernir de manera clarificadora el nivel de

responsabilidad que tengo en los procesos terapéuticos y esto, si bien es cierto exige una alto grado de compromiso y una autorevisión constante, me permite actuar con más libertad al poder posicionarme como parte de un sistema de cuya formación, evolución o cualquier situación todos los participantes somos responsables aunque en diferentes niveles y es la comprensión de mi responsabilidad donde lo ético ha operado en mí un cambio de segundo orden.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

Sin duda alguna el haber vivido la experiencia de la formación como terapeuta sistémico me ha generado un cambio cualitativo muy importante, cuando reflexiono en lo que la residencia significó para mí, caigo en cuenta del sorprendente hecho de que mis ideas se modificaron más en los últimos 2 años que en los anteriores 10 y es sobre esto que quisiera abundar.

Aunque inicie mi preparación profesional a los 34 años y mi estancia en la licenciatura fue altamente satisfactoria debo admitir que muchas de los conocimientos previos que tenía se fueron reafirmando y agregando otros nuevos. El extenso bagaje teórico y práctico que construí en la carrera iba consolidando las ideas que tenía sobre tal o cual tema ya que al trabajar con diferentes tipos de personas pude irlos aplicando conforme los aprendía y esto me sirvió enormemente durante mi formación como psicólogo. No quiero decir que no hubiese ideas nuevas, sino que estas se adherían sin problema alguno a mis concepciones previas sobre los tópicos de que se tratase. Como ya mencioné, todo este conocimiento y habilidades me condujeron a donde quería llegar, es decir, fue como si tuviera un plan establecido y supiera que me faltaba desarrollar tal o cual contenido para trabajarlo de manera más adecuada y en esto puedo afirmar que la licenciatura cumplió su cometido...sin embargo algo faltaba y lo más sorprendente (que solo ahora puedo ver) es que yo no sabía que faltaba.

Cuando ingrese a la maestría mi idea acerca de la postura sistémica era sumamente vaga y los autores posmodernos me eran desconocidos (aunque sus ideas no me resultaron ajenas), además de que el proceso de selección me resultaba un enigma en cuanto a la entrevista, ya que de buena fuente sabía que esta era fundamental pero no sabía qué se buscaba..."solo se tú mismo" me habían recomendado, pero, debo confesar, a pesar de la enorme alegría de ser seleccionado solo hacía el final de la residencia supe porque lo fui; al empezar con las propuestas teóricas acerca de los sistémico en el primer semestre

traté de emular mi participación en la licenciatura y trataba de comprender desde lo que ya sabía para encuadrar los nuevos temas...pero bien pronto me di cuenta de que aquí se trataba no solo de un nuevo conocimiento sino de una diferente manera de entender no solo las nuevas visiones teóricas, también los conocimientos que ya tenía. Esto fue para mí sorprendente ya que me hizo replantear toda la forma en que anteriormente concebía la terapia y el estar con los pacientes...de hecho ya ni el término paciente tenía mucho sentido ya que al incluirme en el sistema terapéutico y dejar de considerar que alguien debía ser el experto, la figura de la persona que busca ayuda dejó de configurarse bajo el encuadre de la imposición de un déficit para ser simplemente alguien que busca ayuda por alguna situación determinada.

En esta nueva visión se incluyeron las investigaciones realizadas ya que aún en el rigor metodológico que estas requieren, la mirada de la interpretación humana, el “toque cibernético de segundo orden” aparecía y esto me resultó muy formativo ya que pude comprender cabalmente la utilidad de estos procesos en cuanto a la lectura psicosocial de los fenómenos humanos.

De igual forma sucedió con las supervisiones y con las coterapias, el sentirme acompañado, el poder trabajar mi propia falibilidad, mis propios prejuicios me otorgó una visión de la terapia y de mí mismo en el proceso que me conmovió profundamente ya que el sentirme rodeado de mis compañeras y vivir juntas la formación produjo mi propio “giro copernicano” si se me permite el exceso. Por otra parte las posturas posmodernas de la terapia fueron adquiriendo sentido aún con lo arduo de algunos temas, al pensarlas desde el nuevo encuadre construido durante mi formación y aunque ahora sigo en constante preparación ya que (afortunadamente) siempre hay algo diferente que aprender, esto ya no me angustia como antes cuando intentaba descubrir si tal o cual postura estaba más cerca de la “verdad”.

Antes de cerrar quiero retomar la idea apuntada más arriba acerca de aquello que faltaba y que no sabía que faltaba; efectivamente, al terminar la licenciatura me sentía como estructurado en cuanto a mi forma de comprender la realidad y que lo único que debía preocuparme era obtener más información teórica y más práctica para desarrollar mis habilidades terapéuticas, sin embargo conforme transcurría el tiempo de formación en la residencia surgió (o más bien me permití ver) lo que faltaba: la falta. El poder darle voz a esta falta que me permitió reestructurar la visión que tenía del mundo, esta falta es ahora un precioso recurso presente porque me permite afrontar nuevos conocimientos, este

apunte que se escribe fácil requirió en realidad de un intenso proceso, antes de la maestría la falta era un algo de lo que había que huir ya que representaba la posibilidad de la descalificación al encuadrarla con un necesidad de experticia, ahora, como ya señale, es una oportunidad no para justificar una preparación deficiente sino para reconfigurarse o reconstruirse ante las diferentes realidades que los consultantes traen a nuestra mirada con la esperanza de aliviar su sufrimiento y es para mí ahora evidente que la falta es donde se construye la posibilidad, la posibilidad de contribuir a la construcción de una realidad diferente donde el consultante tome la responsabilidad de sus decisiones y de su estar en el mundo.

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

Continuando con el tenor del punto anterior es para mí fundamental compartir el impacto que la formación sistémica y las ideas posmodernas han tenido en mi vida, no solo a nivel profesional sino también en las cuestiones personales y familiares. Siempre me he preguntado cómo es que un terapeuta puede ejercer su profesión sin verse afectado en lo personal por las ideas teóricas que encuadran dicha práctica y sin involucrarse afectivamente con sus pacientes, a manera de respuesta había obtenido la proporcionada por la visión psicodinámica en el sentido de que parte de la experticia del terapeuta es no explicarse las situaciones personales desde la teoría que ocupa en la terapia y trabajar mediante un análisis los procesos de transferencia para evitar la afectación en la relación terapeuta paciente, este último punto siempre lo mire con desconfianza ya que durante mis años de trabajo en el ámbito del acompañamiento terapéutico pude observar que esta máxima era repetida por los analistas pero más a manera de un adoctrinamiento que de una praxis real, ya que el involucramiento personal en los casos clínicos y el uso de la teoría para negar esto y conservar la posición de experto era evidente, aún ante la negación retórica de la situación.

Por mi parte, como acompañante terapéutico, me era complicado reconocer que mis valores personales, mis emociones y sentimientos se incluían en la relación con los pacientes ya que esto es casi un tabú para algunos en el ambiente donde trabajaba en ese entonces, si alguien se sentía rebasado por sus afecciones personales en cuanto a la relación con los pacientes debía acudir a supervisión para trabajar esta situación que más bien parecía un readoctrinamiento sobre las ideas de la importancia de no involucrarse.

Ahora sin embargo he podido vivir la enorme satisfacción de compartir mi propia subjetividad con las personas que acuden a terapia, esto no significa que deban escuchar mis problemas sino que al usarme sin temores de manera integral puedo resultar más útil al proceso que al incluir solo aquella parte de mí que supongo “racional” y que es desde donde se espera, al tomar decisiones desde la teoría, uno este a salvo de verse afectado por las situaciones personales de los consultantes. Con esto trato de describir una forma de estar en terapia donde mis afectos, vivencias, valores, sentimientos, prejuicios y emociones son potencialmente útiles para el proceso quedando entonces la responsabilidad de utilizar todos estos recursos de manera ética.

Sobre la primera situación señalada más arriba (sobre el uso de los recursos teóricos en la vida persona) quiero compartir que en mi caso la incorporación de estas nuevas visiones en el plano personal y sobre todo en el familiar me han impactado positivamente; si desde lo psicodinámico existe la prohibición (a mi juicio ontológicamente imposible) de mirar los afectos personales bajo esa mirada, ahora me encuentro con la enorme satisfacción de aplicar todos los recursos que he construido para mejorar la relaciones familiares, no desde la imposición de un experto, sino desde la propuesta de alguien que está dispuesto a modificarse a sí mismo para configurar la posibilidad de un cambio en el sistema que me es propio: mi familia; y debo decir que esto ha dado estupendos resultados sobre todo porque me ha permitido mirar como el hacerse responsable de los efectos de mis ideas y actos en mis relaciones personales permiten un estar más armonioso en el mundo y sobre todo que mi voz puede ser escuchada una vez que he escuchado la de los demás. Pero no se trata aquí de una escucha retórica donde más bien se juzga a quien habla, se trata de un verdadero proceso de escuchar incluso aquello que no me gusta y pensarlo desde el respeto, desde la posibilidad de que la propuesta que escucho y la mía produzcan una nueva, pero sobre todo se trata de entender que esto no es una fórmula que se aplica de manera unívoca sino un proceso que debe ser vivido cada vez desde la responsabilidad y que vivirlo y mirarlo es una decisión mía que no obliga a los demás a hacerlo...sin embargo puedo afirmar que si lo miran y si lo viven y esto crea ondas que cambian un poco nuestro estar como familia, un estar mejor en el mundo.

Es toda esta reflexión la que me ha llevado a considerar el papel principal que tiene la toma de responsabilidad personal en la configuración de los sistemas humanos, por ello me avoqué a indagar sobre las concepciones filosóficas que sustentan la responsabilidad

del individuo sobre cualquier otra cosa...no porque crea en una única verdad, sino porque me siento enormemente identificado con esta idea, ha sido parte de mi vida desde la infancia. La responsabilidad es para mí lo que fundamenta los cambios y es una de las ideas más estéticas que he construido durante toda mi vida y sobre todo en esta parte de mi existencia que es la formación como terapeuta sistémico y posmoderno...formación que me ha dado la enorme oportunidad de reconfigurarme, reinventarme y reiniciarme una y otra y otra y otra vez.....

Referencias

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40, 95-102.
- Anderson, H. & Goolishian, A.H. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar, los personajes y las ideas*. Paidós: Barcelona.
- Bertrando, P. (2011). *El dialogo que conmueve y transforma*. El terapeuta dialógico. México: Pax
- Beuchot, M. (1998). *Historia de la filosofía*. Desde la antigüedad a la posmodernidad. México: Editorial Torres Asociados
- Booth, T., y Ainscow, M. (2000). *Índice de inclusión. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Santiago: Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe.
- Ceberio, M. (2002). *Mitos y desmitificaciones del modelo sistémico*. Recuperado de: <http://www.escuelasistémica.com.ar/publicaciones/articulos/7.pdf>
- Ceberio, Marcelo; Watzlawick, Paul. (1998). *La Construcción del Universo*. Barcelona: Herder

CENSIDA (2014). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México
Recuperado de:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2014.pdf

Centro de atención a la Violencia Domestica del Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia CAVIDA-ILEF (2012). *Masculinidad y parentalidad. Caminos en el trabajo con la violencia*. México: CAVIDA-ILEF

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2002). *Proyecto Educación reproductiva y paternidad responsable en el Istmo Centroamericano*. México: CEPAL.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2015). *Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México*. México.

Consuegra, N. (2007). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: ECOE Ediciones.

Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax-México.

Díaz Loving, R., S. Rivera Aragón y M. Flores Galaz (1986). "Celos: reacciones ante la posible pérdida de la pareja". *La Psicología Social en México*, I. AMEPSO, 386-391

Dickman, S. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 95-109.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review Psychology*, 54, 403-425.

Dominici, E. (2004). *Terapia Familiar*. Recuperado de:
http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/terapiafamiliar_autor_es_y_su_historia.pdf

Eguiluz, U., Segarra, E. (2005). *Introducción a la Psicopatología*. España: Psiquiatría Editores.

- Encuesta Nacional de Adicciones (2011). *Consumo de Drogas: Prevalencia, tendencias y variaciones regionales*. Recuperado de: http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/factsheet_ENA_drogas25oct.pdf
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2013) recuperado de: http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/est_epidemiologicos.html
- Epston, D., White, M y Murray, K. (1996). Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: la revisión de una vida y un comentario. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Falicov, Celia (2010). Changing Constructions of Machismo for Latino Men in Therapy: “The Devil Never Sleeps”. *Family Process*. 49, (3) 309–329
- Fernández del Valle, A. (1972). *Significación y sentido del pragmatismo norteamericano*. Recuperado de: http://dianoia.filosoficas.unam.mx/files/1813/6996/8753/DIA72_Basave.pdf
- Ferrater, J. (1975). *Diccionario de filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana. Recuperado: https://drive.google.com/file/d/0B92HO5w_GVA2NTEyZjc3OWYtNDRkNi00MDJkLTg5Y2YtYjdhNmVjYTcxZDVj/view?ddrp=1&hl=en&pli=1#
- Finemann, J. (2009). *Filosofía aquí y ahora*. Recuperado de: <http://nitegastesenleerme.blogspot.mx/2009/06/filosofia-aqui-y-ahora-ii-segunda.html>
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio*. Como abreviar la terapia. Barcelona: Herder.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. *Psicoterapia y familia*, 2 (1)
- García, L. P., J. L. Gómez y J. M. Canto (2001). Relación de celos ante una infidelidad: Diferencias entre hombres y mujeres y características del rival. *Psicothema*, 13, 611-616
- García, M. (s.f.). *Educación Sexual y Discapacidad. Talleres de educación sexual con personas con discapacidad*. Narcea.

- García-Valdecasas, J.; Tobías, C. (2009). *Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos*. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n2/10.pdf>
- Gendel, E. (1968). *Sex education of the mentally retarded child in the home*. Texas: National Association for retarded children.
- Gergen, K. (1991). *El yo saturado*. España: Paidós.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social: Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Universidad de los Andes
- Gergen, K. (2010). *Hablando de construccionismo social*. Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=COJaS8C1erM>
- Glaserfeld, E.v. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En Packman, M. (Comp.), *Construcciones de la experiencia humana*, vol. 1 Barcelona: Gedisa.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional*. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Argentina: Amorrortu editores.
- Haley, J. (1987). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray
- Hoffman, L. (1991). *Fundamentos de terapia familiar*. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- INEGI (2015). *Mujeres y hombres en México 2015*. Recuperado de:
cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101256.pdf
- INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2010. Recuperado de:
<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2010/>
- INMUJERES, (2013). Estadísticas de violencia contra las mujeres en México Recuperado de:
<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/convenciones/Nota.pdf>
- Iribarren, M., Jiménez, M., García, J. & Valladolid, G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la escala de impulsividad estado (EIE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 49-60.
- Jaramillo, Luis. (2003). *¿Qué es Epistemología?*
Mi mirar epistemológico y el progreso de la ciencia Recuperado de:
<http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/18/jaramillo.htm>

- Jiménez, A. (1984). *Educación sexual un programa de concientización*. Caracas: Asociación Venezolana de Psicología Social.
- Kempton, W. (1978). The right of mentally ill and the mentally retarded: Are sexual reight included. *Deveraux forum*, 41-49.
- Lamas, M. (2007). La perspectiva de género. *Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE*
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Lazarte, J. (2001). *La psicología de los celos*. México: Fondo de Cultura Económica
- Maldonado, I. (2001), "Celebrando a Minuchin: el arte de la terapia familiar durante 50 años", *Boletín ILEF*, núm 2, noviembre-diciembre de 2001
- McCary, J. (2002). *Sexualidad humana*. México: El Manual Moderno
- Mimier, D. (1978). *Sex Education: A sourcebook for instruction of the trainable mentally retarded*. U.S.A: The University of Arkansas.
- Minuchin, P., J. Colapinto y S Minuchin (1999), *Working with Families of the Poor*, Nueva York: Guliford Publications
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1989). *Técnicas de Terapia Familiar*. México; Paidós
- Méndez, E., y Cruz, L. (2008). *Redes Sociales de apoyo y persona adulta mayor*. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/Costa: CONAPAM.
- Nardone, G.; Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder
- Newton, J., Freeman, C., & Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 389-394.
- Organización Mundial de la Salud (1975). *Instrucciones y asistencia en cuestiones de Sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Ginebra.

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2000). *Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción*. Guatemala: Asociación Mundial de Sexología (WAS).
- Ortega, E. (Noviembre de 2016). *Filosofía, política y educación en México*. En el 2º. Foro Educativo de la CNTE. Ciudad de México
- Péndola, M., & Perotti, G. 2008. Algunas reflexiones técnicas sobre un caso de psicoterapia. En *Terapia breve de pareja*. Recuperado de http://scholar.google.com.mx/scholar?q=pendola+perotti&bG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as
- Peña, E. (2003). *Los entornos y las sexualidades de las personas con discapacidad*. México: Edefam.
- Pepitone, A. (1991). EL mundo de las creencias: Un análisis psicosocial. *Psicología Social y Personalidad*, 61-97.
- Pérez, Teresa. (2010). *Diagnóstico sobre la violencia de género y social en la Ciudad de México*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/159755/2010_OVSyG_DF_3_CIP E.pdf
- Pezo del Pino, M. (2006) *Freud y el Positivismo de su época: ¿El psicoanálisis una ciencia positivista?* Recuperado de: http://fepal.org/images/2006invest/pezo_del_pino.pdf
- Pinal, B., & Pérez, A. (2003). Impulsividad: revisión histórica y conceptual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 220-230.
- Registro Nacional de Casos de Sida Recuperado: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2014.pdf
- Riggs, D. S. (1993). Relationship Problems and Dating Aggression A Potential Treatment Target. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 18-35.
- Rodríguez, M. (2005). *Sobre ética y moral*. Revista Digital Universitaria. 6 (3) Recuperado de: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num3/art19/mar_art19.pdf
- Rossi, L. (2005). *Relación de pareja: Retos y Soluciones*. México, D.F: Editores de Textos Mexicanos.

- Rubio, E. (1994). Introducción al estudio de la Sexualidad Humana. En: Consejo Nacional de Población, *Antología de la Sexualidad Humana*. (Vol. 1). México: Consejo Nacional de Población- Miguel Ángel Porrúa.
- Sagarin, B., Vaughn Becker, D., Guadagno, R., Nicastle, L. & Millevoi, A. (2003). Sex differences (and similarities) in jealousy: The moderating influence of infidelity experience and sexual orientation of the infidelity. *Evolution and Human Behavior*, 24, 17-23.
- Sahakian, W. (1990). *Historia de la Psicología*. México: Trillas
- Salvatico, L. (2006). *Depurando el mecanicismo moderno*. Análisis de filosofías naturales del siglo XVII a partir de una noción teórica. Córdoba: Editorial Brujas
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, A. R. y S. Cortés (1996). Semántica de celos y conflicto. Trabajo presentado en el II Congreso Internacional de Psicología. Cholula, Puebla.
- Sánchez, C. (2002). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Sánchez-Migallón, S. (2014). *Fenomenología*. Recuperado de: <http://www.philosophica.info/voces/fenomenologia/Fenomenologia.html>
- Santos, J. (2013). *Jean Paul Sartre, debate sobre su pensamiento*. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=i2acto8s87o>
- Savater, F. (2008). *La aventura de pensar*. Barcelona: editorial Random House Mondadori
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi. M. (2000) Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14
- Shotter, J. (1993). *Realidades conversacionales*. La construcción de la vida a través del lenguaje. Buenos Aires: Amorrortu.
- SSA. DGEPI. Anuarios de morbilidad 2000-2015. Disponible en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html (Consulta: 14 de octubre de 2016).
- SSA. Base de egresos hospitalarios (2013) Disponible en: www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_egresoshospitalarios.html

- Sztajnszrajber, D. (2015). *8 Filósofos: Foucault*. Ciclo de conferencias Facultad Libre de Rosario. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=03aGHnsSzh0>
- Telfener, U. (2014). *La elección clínica entre indecibles e indeterminables*. En Bianciardi, M. y Gálvez, F. (Comp.). *Ética y psicoterapia. Responsabilidad y condición posmoderna*. Santiago de Chile: Colección Praxis Psicológica, Universidad de Chile.
- Torres, I., y Beltrán, F. (1994). *Estudio exploratorio de actitudes sobre sexualidad y deficiencia mental en un grupo de padres*. Xalapa: Reporte interno. Instituto de Investigaciones Psicológicas.
- Torres, I., y Beltrán, F. (2002). Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. *Educación XX1*, 35-76.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2013). Perfil de Egreso Terapia Familiar. Recuperado de: <http://psicologia.posgrado.unam.mx/?p=1491>.
- Verdugo, M. (2002). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación americana sobre retraso mental de 2002*. Disponible en: inico.usal.es/publicaciones/pdf/AAMR_2002.pdf
- Watzlawick, P. (1999). La técnica psicoterapéutica del Reencuadre. En G. Nardone y P. Watzlawick. *Terapia breve: filosofía y arte*. España: Herder.
- Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder. .
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13, 141-168.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.
- Yela, C. (2000). *El amor desde la psicología social*. Madrid. Piramide