



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

**Terapia Familiar con Perspectiva de Género: Un Espacio
Relacional-Discursivo de Empoderamiento para la Mujer**

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

Anayanci Alvarez Sevilla

Directora del Reporte: Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte
Facultad de Psicología

Comité Tutorial: Mtra. Nora Claudia Rentería Cobos
Facultad de Psicología
Dra. Nazira Calleja Bello
Facultad de Psicología
Mtra. Silvia Guadalupe Vite San Pedro
Facultad de Psicología
Dra. Noemí Díaz Marroquín
Facultad de Psicología

México, Ciudad de México, Diciembre del 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

¡Gracias mamá y abuelita Chole!

Gracias por haberme mostrado día a día otras formas de construirse como mujer. Les dedico el logro de esta maestría; sus voces me abrazan y acompañan siempre. ¡Las amo!

Gracias a CONACYT por la beca brindada para la realización de esta Maestría y a la Universidad Nacional Autónoma de México, que después de 23 años, me abre de nueva cuenta sus espacios de conocimiento y experiencia.

¡Gracias querida UNAM!

Gracias a mi familia sanguínea y de elección; su presencia enriquece y alegra mi vida. Carnavalito José Luis: gracias por acompañar mi esfuerzo en esta aventura con hamburguesas, jochos y malabares informáticas. ¡Eso es Tokio!

Gracias a mi comité académico:

Gracias Dra. Blanca por la dirección de este reporte.

Gracias Nora por colaborar en la revisión de mi reporte, por propiciar que en cada conversación construyéramos un puente interminable de reflexiones y compartir en la práctica cotidiana, tu postura de vida. Me llevo cariñosamente tu voz como un crisol de posibilidades.

Gracias Nazira por compartir paciente y amorosamente tu experiencia. ¡Qué forma de humanizar la investigación cuantitativa!

Gracias Silvia por estar al pendiente de mi persona, por los abrazos que confortaron momentos de dolor y por compartir algunas experiencias de vida conmigo.

Gracias Noemí por haber compartido generosamente tus andares y saberes, tu mirada de género así como el compromiso por nuestra profesión. ¡Fue un privilegio haber sido tu alumna!

Gracias a las(os) profesoras(es) y compañeras(os) de la residencia; sus ideas, posturas y estilos colaboraron en mi formación como terapeuta y en la diversidad que hoy tiene mi mirada.

Gracias a mis queridas cómplices del Tacotour; ¡fue un placer compartir este viaje con ustedes!

Gracias infinitas a todas las personas, parejas y familias consultantes, porque en colaboración, pudimos construir otras formas de mirar y conversar sobre distintas experiencias de vida.

Gracias a todas las mujeres que, desde diferentes espacios profesionales y personales, han alzado y empoderado su voz para seguir construyendo caminos que posibiliten la equidad de género y el respeto a nuestros derechos.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL	15
1.1. Principales problemas que presentan las familias atendidas	15
1.2. Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica	23
1.2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	23
1.2.2. Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”	24
1.3. Cuadro de familias atendidas	25
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	33
2.1. Modelos(s) que guiaron los casos clínicos	33
2.1.1. Modelo Estructural	33
2.1.2. Modelo Estratégico	44
2.1.3. Modelo Milán	56
2.1.4. Abordaje Multinivel	69

2.2. Análisis y discusión del tema(s) que sustentan los casos clínicos	76
2.2.1. Violencia contra la mujer	76
2.2.2. Perspectiva de Género en la Terapia Familiar	94
2.2.3. Empoderamiento de la Mujer	102
CAPÍTULO III. CASOS CLÍNICOS	111
3.1 Integración del primer expediente de trabajo clínico	111
3.2 Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica	126
3.3 Análisis del sistema terapéutico total	135
3.4 Integración del segundo expediente de trabajo clínico	139
3.5 Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica	164
3.6 Análisis del sistema terapéutico total	169
CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES	173
4.1. Resumen de las competencias profesionales adquiridas: teórico conceptuales, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social	173
4.2. Reflexión y análisis de la experiencia	184
4.3. Implicaciones en la persona del terapeuta	186
REFERENCIAS	191
ANEXOS	201

RESUMEN

La Terapia Familiar, como alternativa de la Psicología para el abordaje de diversas problemáticas, se ha co-construido y transformado recursivamente con las ideas, posturas e identidades de los(as) autores(as) que la iniciaron así como de los(as) que continúan participando en ella, incluidas personas y familias consultantes. La inclusión de la perspectiva de género realizada por diversas feministas, ha sido clave para distinguir que la familia como sistema social, está basada en el género, por tanto, las experiencias de hombres y mujeres son diferenciales. La mirada feminista además de transparentar cómo las experiencias de las mujeres estaban siendo representadas por la Terapia Familiar, propuso nuevas formas teóricas-metodológicas para incluir las voces, vivencias, dilemas y desafíos de las mujeres, y colaborar con ellas en su empoderamiento.

Este reporte de experiencia profesional, estructurado en cuatro capítulos, es una expresión del trabajo realizado durante la formación como terapeuta en la Residencia de Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El primer capítulo muestra un análisis del campo psicosocial que distingue estadísticas e información general de las principales problemáticas de las familias atendidas, las sedes donde se realizó la atención clínica y un cuadro descriptivo que señala el tipo de atención, motivo de consulta y modelo utilizado.

El segundo capítulo comprende el marco teórico que sustenta la intervención clínica de los casos elegidos para exposición así como un análisis y discusión de los temas que convergieron en dichos casos.

En el tercer capítulo se expone la integración de dos casos clínicos acompañado de un análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención realizada y del sistema terapéutico participante.

Finalmente el cuarto capítulo integra las competencias profesionales adquiridas durante la residencia, las implicaciones de estas en la persona de la terapeuta y una reflexión final.

Palabras clave: terapia familiar, perspectiva de género, mujeres, empoderamiento.

ABSTRACT

Family Therapy, as an alternative of Psychology for the approach of diverse problems, has been co-constructed and recursively transformed with the ideas, positions and identities of the authors who initiated it as well as those who continue to participate in it, including people and consulting families. The inclusion of the gender perspective carried out by various feminists has been key to distinguish that the family as a social system is based on gender, therefore, the experiences of men and women are different. The feminist perspective in addition to making transparent how women's experiences were being represented by Family Therapy, proposed new theoretical-methodological ways to include women's voices, experiences, dilemmas and challenges, and collaborate with them in their empowerment.

This professional experience report, structured in four chapters, is an expression of the work done during the training as a therapist in the Family Therapy Residency of the National Autonomous University of Mexico.

The first chapter shows an analysis of the psychosocial field that distinguishes statistics and general information on the main problems of the families served, the sites where the clinical assistance was performed and a descriptive chart that indicates the type of attention, reason for consultation and model used.

The second chapter includes the theoretical framework that supports the clinical intervention of the cases chosen for the exposition as well as an analysis and discussion of the topics that converged in these cases.

In the third chapter, the integration of two clinical cases is presented along with a theoretical-methodological analysis and discussion of the intervention performed and the participating therapeutic system.

Finally, the fourth chapter integrates the acquired professional competences during the residency, the implications of these in the person of the therapist and a final reflection.

Key words: family therapy, gender perspective, women, empowerment.

INTRODUCCIÓN

La familia -de forma general- ha sido conceptualizada como la célula social por excelencia. A lo largo de la historia, esta unidad que se puede definir de muchas formas y que se ha adaptado a nuevas y distintas realidades, es la principal responsable de los procesos de socialización y aculturación de hombres y mujeres. A través de sus estilos relacionales y de significación, de sus creencias y roles (individuales y compartidas), las familias, parejas y otros sistemas sociales construyen determinados tipos de convivencias que pueden llegar a ser benéficas para el desarrollo de sus miembros o fuente de problemas que demanden la atención de un(a) profesional de la salud.

La Terapia Familiar ha dado distintas comprensiones a las situaciones que viven los diferentes sistemas sociales. Es claro el abanico de alternativas que han generado las epistemologías sistémica y postmoderna para los y las terapeutas familiares; cada modelo, enfoque o perspectiva han explicado en su momento, la forma en que los problemas, situaciones o historias se originan, su abordaje terapéutico, el papel del o la terapeuta así como el lugar del o la consultante; incluso algunos enfoques o modelos han resignificado algunos de sus supuestos.

Para el pensamiento sistémico, las familias son sistemas compuestos por unidades o subsistemas que se interrelacionan e influyen de forma recursiva, de modo que lo que acontece en una parte del sistema impacta a su totalidad. Este modo particular de significar a las familias, permitió a la terapia familiar construir una concepción circular de los problemas, del comportamiento y las relaciones, en donde la conducta de una persona está relacionada con las de otras (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Sánchez y Gutiérrez (2000) consideran que las ideas cibernéticas enriquecieron aún más al pensamiento sistémico, al señalar que el sistema familiar está inmerso en un sistema mayor (sociedad, cultura, instituciones, etc.) con el que también interactúa de forma recursiva. Según este autor, el concepto de recursividad también debe considerar al observador(a) como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta, definiendo entonces ecológicamente la relación de terapeuta-sistema familiar. Esto se convierte en un cambio radical para la misma Cibernética, pasando de los sistemas observados (Cibernética de primer orden) a los sistemas observantes (Cibernética de segundo orden).

Sin embargo, la postura postmoderna dio otro giro epistemológico a la práctica de la Terapia Familiar, al dar énfasis al lenguaje y a las conversaciones, a la forma en que las personas co-construyen sus historias, sus narraciones y sus realidades en relación con otros. Para el posmodernismo, ahora la “realidad” se construye, ya no se descubre ni se considera objetiva (Gergen, 2006). Para Anderson (1997), la terapia “es un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y conversación colaborativas”.

Las conversaciones construidas desde una posición de igualdad, donde el lenguaje se muestra cooperativo, posibilitan que la terapia se vuelva un proceso de expansión de nuevos temas y narraciones, convirtiéndose así, en un “círculo de lo no expresado”, donde se pueden generar muchas y variadas formas de comprender los significados (Anderson y Goolishian, 1998 y 1996).

Si bien la Terapia Familiar sigue desarrollándose incorporando nuevas ideas y abordajes terapéuticos, es importante considerar que las familias, parejas y personas que asisten a ella, están insertas en un contexto sociocultural, político y económico determinado. Este contexto al

determinar, estructurar y organizar las vidas de hombres y mujeres en una sociedad a través de los procesos de socialización que realizan diversas instituciones, entre ellas, la familia, puede llegar a limitar y ser inequitativo en términos de poder, responsabilidades, funciones, derechos y privilegios para alguno de los géneros. Ninguna formulación sistémica o posmoderna es independiente de la cuestión del género (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Por lo anterior, cualquier abordaje terapéutico cuya postura política sean los caminos de las subjetividades, la diversidad, las múltiples realidades y la equidad entre hombres y mujeres, y pretenda ser un espacio para que en colaboración con el o la terapeuta, las familias, parejas y personas co-construyan el mejor modo de relacionarse y vivir, con goce y disfrute de los derechos humanos que nos asisten, será sensible a la manera en que el género permea en nuestras vidas.

CAPÍTULO I

ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

1.1. Principales problemas que presentan las familias atendidas

Uno de los principales referentes en la vida del ser humano, es la “familia”. A través del tiempo se ha escrito sobre esta red primaria desde diversas posturas ideológicas, filosóficas y religiosas; incluso se han hecho generalizaciones sin conocer la realidad compleja y variante de las familias en todas y cada una de sus manifestaciones. De igual manera, se le han dado diversas definiciones.

Entre las definiciones de uso común, se señala que es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, en el que se generan sentimientos de pertenencia, existe un compromiso personal y se establecen relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia entre sus miembros (Fernández, 2010). Desde una postura sociológica clásica, la “familia” es considerada como una estructura que da vida y forma a un sistema social, en donde los individuos interiorizan el papel que cada uno “debe” desempeñar en determinados subsistemas (Ritzer, 2001).

De igual forma se ha definido como una instancia normada por relaciones afectivas, consanguíneas y filiales, haciendo diferencia al término de hogar, el cual es definido, como un escenario primario para la expresión de roles de edad y sexo, de socialización de parentesco y cooperación económica y cultural de género (CONAPO, 2009).

Por su parte, la terapia familiar sistémica refiere a la familia como un sistema organizado comprendido dentro de un contexto social, cuyas partes funcionan de manera tal que trasciende sus características individuales (Minuchin, Nichols y Lee, 2007).

Para el construccionismo social, el concepto de familia es una invención social; es concebida como una comunidad de significados conformada por un grupo de personas que hablan de sí mismas en términos de nosotros y que generan y comparten un conjunto de historias. Desde esta perspectiva, la familia se construye como un sistema de relaciones que se constituye como tal en la medida en que sus individuos definen esas relaciones en sus comunicaciones cotidianas con los demás (Gergen, 1994, 2006; Jorgenson, 1996).

No obstante estas definiciones, para hablar sobre las familias en México resulta imperante mostrar una descripción general de la “realidad” actual en el país, es decir, conocer algunos aspectos sobre la situación demográfica, social, económica, educación, de salud y empleo que hombres y mujeres viven todos los días. Estas “realidades” han colocado a muchas familias mexicanas en una condición de riesgo social. He aquí algunos datos:

De acuerdo al censo realizado por el INEGI en el 2010, México presentó una población de 112.3 millones de habitantes, con un porcentaje mayor de mujeres que de hombres. La densidad poblacional se concentró mayoritariamente en los estados de México, D.F. Veracruz, Jalisco y Puebla, ubicándose en el otro extremo, los estados de Colima, Baja California Sur y Campeche. Entre los factores que definen la distribución espacial de las poblaciones están los índices de natalidad y mortalidad así como aspectos sociales, económicos y culturales que pueden determinar movimientos migratorios de los habitantes hacia un determinado lugar (INEGI, 2014).

Según datos de Instituto Nacional de Migración (INM), cada año migran más de un millón de mexicanos(as) hacia EUA por falta de oportunidades laborales y por el alto índice de pobreza en el país. Zacatecas, Guanajuato, Michoacán y Nayarit son las entidades con más altos índices de migración (Organización Internacional para las Migraciones, 2014). Hombres y mujeres e incluso familias enteras dejan su lugar de origen y se movilizan principalmente al país vecino del norte arriesgando la vida, con el fin de buscar establecerse en algún lugar en donde puedan tener acceso a una mejor calidad de vida. Aunque cada día hay más mujeres migrantes, este fenómeno migratorio sigue siendo preponderantemente masculino.

Desde luego que este movimiento poblacional genera un impacto no sólo en las esferas social, política y económica del país sino también en los microsistemas, es decir, cada una de las familias con miembros que han migrado tendrá entre otras experiencias, la ausencia de un padre, una madre, un hermano(a), un hijo(a) o algún otro miembro significativo, de tal forma que inevitablemente, experimentarán un cambio en la dinámica de su sistema familiar. La mayoría de las familias se ven ante la necesidad de reorganizarse en diversos aspectos (roles y funciones), lo cual, puede ser para algunas de ellas más que para otras, todo un desafío. Para algunas de estas familias, la migración del algún integrante, pueda traer consigo diversos tipos de problemas como deserción escolar, alcoholismo, desintegración familiar, pandillerismo, violencia intrafamiliar, entre muchos otros.

Otro factor que incide en el ámbito familiar de múltiples formas es la mortalidad. En el 2011, según datos del INEGI (2014), los grupos de edad con mayor disparidad en el número de defunciones por sexo fueron: el grupo de 15 a 29 años, donde el total de muertes de hombres triplicó al de mujeres y el de 30 a 64 años, en el que la cifra de defunciones masculinas duplicó las femeninas.

Las enfermedades causales de muerte que alcanzaron mayor registro estuvieron los padecimientos de corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos (INEGI, 2013). A pesar de que los servicios de salud están presentes en nuestro país, resultan insuficientes y desproporcionados los recursos humanos y materiales, en relación a las necesidades de la población. Muchas familias de diversos estados en el país viven la condición de que algunos de sus integrantes tengan que trasladarse a la capital para recibir atención médica especializada debido a que en sus lugares de origen, no existen incluso los servicios básicos de atención.

Sumado a lo anterior, el costo de las enfermedades en las familias no sólo es económico sino también físico y emocional. Hay hogares con necesidades de cuidado, es decir, aquellos en los que al menos uno de sus integrantes presenta alguna limitación o enfermedad temporal. Esto se puede convertir aún para las familias más “funcionales” en un factor crítico, principalmente, para el o la que realiza la labor de cuidador(a). Al respecto, la brecha de género de los(as) cuidadores(as) es mayor para las mujeres, las cuales viven una sobrecarga de trabajo (INEGI, 2014). En muchas de estas familias, las mujeres incorporadas en el ámbito laboral, siguen siendo las principales responsables de las actividades domésticas y de las actividades de cuidado en el interior de los hogares sin que haya corresponsabilidad por parte de otros integrantes de la familia, de las empresas o de la sociedad en general.

Cabe señalar que alrededor de una cuarta parte de los hogares mexicanos, tienen como jefa a una mujer y que uno de cada cinco hogares encabezados por una mujer es unipersonal en tanto que en el caso de los dirigidos por los varones es menos de uno de cada 10. El 44% de los hogares con jefatura femenina son nucleares comparado con el 70% de los encabezados por un hombre. La composición familiar más frecuente dentro de los hogares mexicanos con jefatura femenina es aquella en la que la jefa de la familia no tiene pareja pero sí tiene hijos (79.3%). En

contraste el 80.6% de los hogares encabezados por hombres hay una pareja presente e hijos, siendo el tipo de hogar más común de jefatura masculina (INEGI, 2014).

De este modo, las mujeres enfrentan una doble problemática, una de ellas, es el hecho de realizar actividades de cuidado y trabajar, lo cual conlleva a hacer compatibles los requerimientos que implica el cuidado de personas con las obligaciones y compromisos laborales. La otra problemática que viven las mujeres en México tiene que ver con que el trabajo doméstico no esté remunerado, hecho que provoca que el ingreso económico en muchas familias con una sola persona incorporada en la vida laboral, sea insuficiente.

Cabe destacar que en el 2012, el ingreso trimestral de las zonas urbanas fue 95.9% más alto que el de las rurales y el 10% de los hogares con las percepciones más altas superó en 19 veces al ingreso de los hogares con las percepciones más bajas. Es evidente la disparidad que existe en el país en cuanto a la distribución de la riqueza. Mientras que algunas familias gozan de “casas blancas” construidas a través del erario, es decir, del pago de impuestos que con esfuerzos hacen la mayoría de los(as) mexicanos(as), hay otras que no tienen condiciones dignas para vivir, que habitan en viviendas hechas de cartón, lámina, asbesto o palma (Foncerrada, Castillo y Hernández, 2014). Lo anterior señala que una de las mayores problemáticas que viven las familias mexicanas es la pobreza. Los hogares más pobres enfrentan fuertes presiones asociadas al costo de la vida mediante un aumento en el precio de bienes y servicio. En este sentido, muchas familias tienen serias dificultades para tener acceso a la educación, a los servicios de salud y a tener una buena alimentación.

Al igual que la mortalidad, las enfermedades y la pobreza, otro factor que reconfigura y reorganiza la vida familiar, es el nacimiento de un nuevo miembro. De acuerdo a las cifras del

INEGI, la tasa de natalidad del país ha ido disminuyendo; en el 2014, la mujer alcanzó un promedio de 2.2 hijos, sin embargo, el 34% de los nacimientos se presentaron en madres que cursaban la secundaria o su equivalente. La mayor proporción de nacimientos de mujeres menores de 20 años se presentaron en los estados de Coahuila, Chihuahua, Nayarit, Durango, Sonora, Guerrero y Chiapas. En relación a esta información, es de llamar la atención la edad en que las mujeres comienzan a ejercer su maternidad. Datos obtenidos en diversas investigaciones sobre el comportamiento sexual y reproductivo en la adolescencia, señalan que los(as) adolescentes tienden a iniciar relaciones sexo-genitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos, sin información objetiva, oportuna, clara y veraz sobre el manejo de la sexualidad y de las implicaciones que esto conlleva (INEGI, 2014). Estas situaciones exponen a las y los adolescentes a mayores riesgos de embarazo no planeado.

De acuerdo a la OMS, se considera al embarazo durante la adolescencia como una situación de riesgo debido a las repercusiones que tienen en la salud y en el proyecto de vida de las y los adolescentes, recordando que la vivencia de cada una de ellas ante la experiencia de ser madre varía de acuerdo a sus características, dado que no es lo mismo una adolescente temprana, intermedia o tardía, urbana, rural o indígena, escolarizada o sin escolarización así como en diferentes contextos socioculturales (Secretaría de Salud, 2002). Muchas adolescentes abandonan la escuela o el hogar familiar como consecuencia de esta condición colocándose en situaciones inseguras y precarias.

Dentro de las posibles causas que influyen en la presencia de embarazos no planeados se encuentran factores personales, sociales y familiares. En la esfera familiar, las principales situaciones de riesgo son la pobreza y la violencia intrafamiliar (Secretaría de Salud, 2002). En

ese sentido, la familia puede ser para muchas adolescentes una red de protección que las contenga en esa etapa de transición o una estructura con pocas posibilidades de contención.

Resulta necesario también mencionar que algunas de las entidades antes mencionadas con madres adolescentes, se encuentran aún inmersas en la problemática de trata de personas. Rivas, Cendejas, Pérez y Díaz (2015) señalan que según datos del Observatorio Nacional Ciudadano (ONC) recolectados entre 2010 y 2013, se identificó a Chiapas y D.F. dentro de los principales destinos de explotación en materia de trata de personas, en tanto que Durango, Chihuahua, Guanajuato, Colima y Nayarit están identificados como foco rojo en dicho diagnóstico. En ese sentido, una posible víctima es más vulnerable si se encuentra dentro de una entidad fronteriza o en ciudades densamente pobladas.

La explotación sexual y comercial infantil, principalmente de niñas y mujeres ha traído consigo no sólo un aumento en el número de embarazos no deseados sino también de muertes (Rivas *et al.*, 2015). Miles de familias han tenido que experimentar el dolor a causa de esta situación, teniendo como consecuencia que muchas de estas se desintegren o reorganicen su vida con el objetivo de encontrar a sus seres queridos. Sin duda, esto señala uno de los mayores problemas sociales que presentan las familias, en general la sociedad mexicana: la violencia contra la mujer.

Mejía (2015) señala que en el 2011 se llevó a cabo una Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) con el objetivo de recolectar información sobre la violencia contra la mujer. Se encontró que la mayoría de las mujeres encuestadas (edad de 15 años o más) han vivido algún tipo de violencia (física, sexual, psicológica, económica, patrimonial y/o laboral) por parte del actual esposo o pareja, o de alguna otra persona diferente a

los antes mencionados en algún momento de su vida. De igual forma se reportó con un 27.3%, la tasa de prevalencia de violencia reciente de pareja (12 meses) entre mujeres casadas o unidas.

La violencia contra la mujer, sea en el entorno familiar, de pareja, laboral, escolar o comunitario, es una problemática social reconocida que no resulta fácil cuantificarla de forma total y en sus diferentes dimensiones, dado que aunando al bagaje cultural asociado al machismo y la estructura patriarcal de la sociedad que invisibiliza algunas prácticas de violencia, las víctimas en un alto porcentaje no denuncian, ya sea por desconfianza a las autoridades, miedo al agresor(a), vergüenza, etc. Además de que todavía hay tipos de violencia que no están tipificados como delito (Mejía, 2015).

Resulta claro que la violencia contra la mujer es uno de los principales y mayores problemas que presentan la sociedad mexicana. Indudablemente, este fenómeno social impactará de muchas formas en la vida de cada uno de los integrantes de una familia; tendrá repercusiones en la salud tanto física, emocional, psicológica, provocando como desenlace para muchas de las víctimas, la muerte.

Por este motivo, resulta imperativo que las instituciones (de salud, seguridad, educación, etc.) y la sociedad en general visibilicen los rostros de la violencia y combata a las estrategias con las que los victimarios la ocultan. Miles de mujeres llegan a los servicios de salud con quemaduras, fracturas, contusiones, abortos, como efectos de esta situación sin que se intervenga más allá de la atención al síntoma. De ahí la importancia de que los(as) profesionales de la salud intervengan con una perspectiva que considere el género.

Considerando lo mencionado anteriormente, es evidente la variedad de problemáticas y sus respectivas implicaciones con la que se enfrenta la Terapia Familiar; por lo que resulta

fundamental que el, la o los(as) terapeutas familiares conozcan el contexto en sus diferentes esferas y posibiliten espacios inclusivos y de participación que sirvan como herramienta, como un recurso, que les permitan a las personas y familias no quedarse atrapadas en su situación actual sino que construyan un mejor escenario de vida.

A continuación y de forma resumida, se muestra un cuadro de casos que retrata sólo una parte de las problemáticas de nuestra sociedad así como la caracterización de las sedes en las cuales se prestó el servicio a la comunidad.

1.2. Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica

El trabajo terapéutico requiere que el o la terapeuta esté habilitada(o) de diversas perspectivas, estrategias y técnicas para incidir en las situaciones demandadas por las familias, parejas y personas consultantes. En ese sentido, durante la formación como terapeuta se tuvo la oportunidad de aplicar los saberes aprendidos en dos sedes que trabajan en colaboración con la residencia en Terapia Familiar de la UNAM. Estas fueron el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y el Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”.

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

Este centro ubicado en el sótano del edificio “D” de la Facultad de Psicología bajo la jefatura de la Dra. Noemí Díaz Marroquín, que colabora en la formación clínica aplicada y especializada de estudiantes en niveles de estudios superior y posgrado, ofrece servicios psicológicos en modalidades de pre-consulta, evaluación, referencia y canalización, tratamiento individual, de pareja, familiar y grupal así como de prevención primaria a través de diversos talleres, en un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 hrs.

El Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila cuenta con cuatro cámaras de Gesell con equipo de audio y videograbación, diez cubículos para terapia individual y pre-consulta y tres más asignados para retroalimentación biológica, una sala de espera y una recepción.

El procedimiento de atención se inicia mediante solicitud; posteriormente y conforme al motivo de consulta y evaluación derivada de una entrevista inicial, se canaliza a los distintos programas que brindan servicio en el Centro para iniciar el tratamiento solicitado. El costo de la atención oscila de los \$50 a los \$150, dependiendo del ingreso económico de la persona solicitante.

1.2.2. Centro Comunitario Julián McGregor y Sánchez Navarro

Este centro que comenzó sus actividades en 1981 y que actualmente está bajo coordinación de la Dra. Verónica Ruiz González, se encuentra ubicado en la calle de Tecacalo, manzana 21, lote 24, en la colonia Ruiz Cortines de la delegación Coyoacán. El horario de atención es de lunes a viernes de las 08:00 a las 20:00 hrs y sábados de las 10:00 a las 14:00 hrs.

El centro comunitario está equipado con dos cámaras de Gesell con equipo de audio, una recepción con sala de espera, una biblioteca, dos aulas para cursos, una sala de cómputo y cubículos para el profesorado.

Con el objetivo de desarrollar y consolidar habilidades profesionales en los(as) estudiantes de la Facultad de Psicología en sus diversos niveles de formación, este centro ofrece un servicio preventivo y de intervención a la comunidad en sus diversos grupos de edad, a través de los programas de Adicciones, Promoción de la salud, Psicología de la Educación y Género y violencia.

El procedimiento de atención comienza mediante la solicitud de atención que realizan las personas vía telefónica o de forma directa en el centro comunitario. Una vez recabados los datos de identificación y el motivo de consulta de quien solicita el servicio regularmente por el personal administrativo, se hace derivación a los distintos programas con los que cuenta el centro, llevándose a cabo el contacto de forma directa por los y las estudiantes que están en formación.

1.3. Cuadro de familias atendidas

El aprendizaje y la experiencia adquirida con cada persona, pareja o familia ha sido valiosa; la aplicación de cada modelo de intervención en distintas problemáticas y escenarios ha permitido fortalecer y seguir co-construyendo habilidades terapéuticas para colaborar de la mejor forma posible con cada consultante que ha venido a solicitar terapia.

En la tabla 1 se muestra generalidades de los casos atendidos en la residencia teniendo como sedes el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y el Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”. Se señala la modalidad de atención (individual, de pareja o familiar), el tipo de participación (terapeuta, co-terapeuta o equipo terapéutico), el modelo de terapia, el número de sesiones, el motivo de consulta, el status del proceso, la sede y la responsable de la supervisión.

Como se puede apreciar en dicha tabla, las situaciones que tuvieron mayor incidencia (aproximadamente la mitad de los casos) fueron la violencia y los problemas dentro de la relación de pareja. Los procesos de duelo y sentimientos relacionados con depresión y ansiedad (16 casos) por diversas causas, ocuparon el segundo lugar en los motivos de consulta. Finalmente, en tercer lugar de incidencia, con 14 casos, estuvieron las crisis y los problemas familiares.

Tabla 1*Casos atendidos en la Residencia*

No. de caso	Caso	Modalidad de consulta	Modelo	Participación	No. de sesiones	Motivo de Consulta	Estatus del Proceso	Sede	Supervisión
1	M.R.R. y P.V.C.	Pareja – Individual	Integración de Modelos	Co-terapia	16	Celos y violencia en la relación de pareja	Alta	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Dra. Noemí Díaz Marroquín
2	M.G.C.	Individual	Estratégico	Co-terapia	9	Violencia en relación de pareja/separación	Alta	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Dra. Luz María Rocha Jiménez
3	G.G.	Familiar	Colaborativo	Co-terapia	14	Crisis familiar por problemas de salud/violencia	Baja	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Mtro. Gilberto Limón Arce/Dr. Flavio Sifuentes
4	S.E.O.H	Individual	Estratégico	Co-terapia	1	Orientación para develar un secreto familiar	Alta	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Dra. Luz María Rocha Jiménez
5	J. y K.	Pareja	Integración de Modelos	Co-terapia	26	Violencia en la relación de pareja	Alta	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Mtra. Vanessa Guzmán Díaz
6	I.E.F. y M.M.N.	Pareja	Modelo centrado en Soluciones	Co-terapia	8	Infidelidad y violencia	En proceso	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Mtra. Miriam Zavala Díaz
7	J.G.	Familiar	Estratégico	Equipo terapéutico	4	Problemas escolares	Alta	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Dra. Luz María Rocha Jiménez
8	P.R.	Familiar	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	14	Crisis familiares por problemas de salud	Alta	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Dra. Noemí Díaz Marroquín
9	I.V.A.	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	6	Abandono	Alta	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Dra. Noemí Díaz Marroquín
10	R.B.V. y F.G.M.	Pareja	Terapia centrada en soluciones/Milán	Equipo terapéutico	12	Dificultades en la comunicación de la pareja	Baja	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	Dra. Carolina Díaz Walls Robledo

11	S.	Familiar	Estructural	Equipo terapéutico	13	Duelo	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dra. Noemí Díaz Marroquín
12	A.T.	Familiar	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	16	Crisis familiar, comunicación con los hijos	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dra. Noemí Díaz Marroquín
13	E.G.R.	Familiar	Estructural-Milán	Equipo terapéutico	36	Crisis familiar por mala interacción con hijo	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dra. Carolina Díaz Walls Robledo
14	V.V.	Familiar	Modelo Narrativo	Equipo terapéutico	10	Falta de habilidad para poner límites a los hijos	En proceso	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
15	R.V.	Pareja	Modelo Milán	Equipo terapéutico	8	Celos, infidelidad y falta de confianza	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez
16	J.R.	Familiar	Estratégico	Equipo terapéutico	3	Disfemia	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dra. Luz María Rocha Jiménez
17	V.G.	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	7	Problemas de ansiedad/Hiperactividad infantil	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dra. Noemí Díaz Marroquín
18	I.G.A.	Familiar	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	9	Reorganización familiar tras infidelidad y separación	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dra. Noemí Díaz Marroquín
19	I.G.	Individual	Terapia Breve Centrado en Problemas	Equipo terapéutico	7	Problemas en la relación de pareja	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Miriam Zavala Díaz
20	S.	Individual	Estructural	Equipo terapéutico	5	Problemas en las relaciones familiares	Baja	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dra. Carolina Díaz Walls Robledo
21	D. D.	Individual	Terapia Breve Centrado en Problemas	Equipo terapéutico	1	Problemas en el control de impulsos	Baja	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Miriam Zavala Díaz

22	R.V.G.	Individual	Modelo Narrativo	Equipo terapéutico	3	Episodio de depresión y ansiedad	Baja	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
23	L.L. y E.C.	Pareja	Modelo Narrativo	Equipo terapéutico	2	Problemas de pareja	Baja	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
24	H.H.	Individual	Modelo Narrativo	Equipo terapéutico	4	Problemas en las relaciones familiares	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
25	A.C.	Individual	Estratégico/Colaborativo	Equipo terapéutico	27	Separación de pareja	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dra. Luz María Rocha/Mtra. Nora Rentería Cobos
26	T.M.M	Familiar	Colaborativo	Equipo terapéutico	12	Problemas en las relaciones familiares	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtro. Gilberto Limón Arce/Dr. Flavio Sifuentes
27	G.A.	Individual	Modelo Milán	Equipo terapéutico	3	Relación y conducta problemática con hijo	En proceso	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez
28	F.M. y M.A.H.	Pareja	Modelo centrado en Soluciones	Equipo terapéutico	9	Infidelidad en relación de pareja	Derivado	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Miriam Zavala Díaz
29	B.R. y R.M.	Pareja	Integración de modelos	Equipo terapéutico	1	Infidelidad/celos y violencia	Baja	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dr. Flavio Sifuentes
30	S.A.R.	Familiar	Modelo Milán	Equipo terapéutico	2	Problemas de hiperactividad, organización familiar	En proceso	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez
31	N.	Familiar	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	1	Problemas familiares/comunicación madre e hijo	Baja	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dra. Noemí Díaz Marroquín
32	R.H.	Familiar	Colaborativo	Equipo terapéutico	3	Duelo por separación	En proceso	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos

33	L.Z.P.	Individual	Integración de modelos	Equipo terapéutico	4	Violencia psicológica en la pareja, infidelidad	En proceso	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Dr. Flavio Sifuentes
34	M.A. y D.	Pareja	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Problemas de pareja/separación	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
35	D.J.	Individual	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Separación de pareja	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
36	P.R.M.	Individual	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Depresión/toma de decisiones	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
37	L.H.I.	Individual	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Problemas de pareja/celos	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
38	J.A.H.	Individual	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Tristeza por rompimiento de pareja	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
39	D.S.	Individual	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Ansiedad y toma de decisiones	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
40	D.G.	Individual	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Problemas en la relación madre e hija	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
41	L.P.	Individual	Sesión Única	Terapeuta	1	Relaciones familiares	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
42	G.F.	Individual	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Saber si su hijo requiere terapia	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
43	ANP	Individual	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Dificultad para controlar el enojo	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos

44	S y E	Individual	Sesión Única	Terapeuta	1	Problemas de comunicación en la pareja	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
45	Y.C.C.	Individual	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Problemas de pareja y ansiedad	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
46	A.H.	Individual	Sesión Única	Equipo terapéutico	1	Duelo por separación de pareja	Alta	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Mtra. Nora Rentería Cobos
47	V. y F.	Pareja	Terapia Breve Centrado en Soluciones	Co-terapia	14	Problemas en la relación de pareja	Alta	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
48	S.R.	Individual	Terapia Breve Centrado en Soluciones	Terapeuta	19	Problemas en la relación de pareja	Alta	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
49	E.F.V.G	Individual	Terapia Breve Centrado en Soluciones	Co-terapia	12	Síntomas relacionados con episodio de depresión y ansiedad	Alta	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
50	C.D.A	Individual	Modelo Centrado en Problemas	Equipo terapéutico	4	Separación de la pareja	Baja	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
51	R. y S.	Familiar	Estructural	Terapeuta	1	Problemas en las relaciones familiares	Baja	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
52	B.E.G.	Individual	Integración de Modelos	Co-terapia	1	Duelo por muerte de un familiar	Baja	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
53	C.I.P.G	Individual	Estructural	Co-terapia	4	Problemas en la relación de pareja	Baja	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
54	L.P.	Individual	Integración de Modelos	Co-terapia	3	Adaptación de proceso de separación	Alta	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio

55	M.C.C.R	Individual	Integración de Modelos	Co-terapia	10	Duelo por pérdidas familiares	En proceso	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
56	D.S.	Individual	Narrativa	Equipo terapéutico	3	Celos en la pareja	Baja	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
57	M.C.M.P	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	1	Duelo por separación	Baja	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
58	C.R.	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	1	Violencia/Problemas en relación de pareja	Baja	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
59	M.C.G.	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	1	Problemas en las relaciones familiares	Baja	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
60	R.G.	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	1	Episodio depresivo con síntomas de ansiedad	Baja	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
61	E. y I.	Pareja	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	7	Problemas en la relación de pareja	En proceso	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
62	P.F.	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	13	Problemas en las relaciones de pareja y familiares, violencia intrafamiliar	Alta	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
63	M.M.	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	8	Depresión	En proceso	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
64	L.M.Z	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	5	Dificultad para relacionarse	En proceso	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
65	D.	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	2	Problemas de conducta	En proceso	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio

66	A.D.	Individual	Integración de Modelos	Equipo terapéutico	9	Problemas en las relaciones familiares	Alta	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio
67	S.S.	Individual	Modelo Centrado en Soluciones	Co-terapia	1	Duelo	Baja	Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro"	Mtra. Martha López Zamudio

En el siguiente capítulo se presentan además de los modelos que guiaron el trabajo terapéutico de los casos elegidos para su exposición, un análisis y discusión de los temas principales que estuvieron alrededor de estos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Modelo(s) que guiaron los casos clínicos

La residencia en Terapia Familiar posibilita el aprendizaje de distintos enfoques y perspectivas para poder co-construir y colaborar con las y los consultantes los caminos más viables para que puedan resolver, disolver o solucionar las situaciones que los llevan a buscar un servicio terapéutico. A continuación se exponen las líneas teóricas de los modelos que se utilizaron en dos de los casos en los cuales se intervino durante la formación como terapeuta familiar.

2.1.1. Modelo Estructural

2.1.1.1. Antecedentes

Durante décadas, la conducta humana fue estudiada e intervenida desde un abordaje intrapsíquico. Este paradigma que analizaba la vida interior mecánicamente y que concebía linealmente lo causal, guió la tarea de curar las perturbaciones de la conducta. Este abordaje en muchos casos resultó infructuoso ya que no conseguía modificar los problemas. No había explicación para entender cómo es que una persona podía conducirse bien en un escenario (consultorio) y mal en otro (hogar). Sin embargo, en la década de 1950 diversos especialistas tales como Bell, Midelfort, Lidz, Wynne, Bowen, Whitaker, el grupo de Palo Alto en el MRI, Ackerman, Minuchin, entre muchos otros, centraron su interés en este fenómeno; advirtieron que los progresos alcanzados en la terapia individual de un niño se hacían más lentos e incluso se

revertían cuando aquel se reintegraba a su familia. Se observó entonces como la inestabilidad del cambio estaba relacionada con lo que sucedía en la vida familiar (Umbarger, 1983).

A partir de esos hallazgos, el interés exclusivo por el carácter individual dio paso al contexto de interacción, creándose un paradigma completamente diferente: un paradigma sistémico, circular, organísmico. De esta forma se establecía que las partes interdependientes de toda entidad viva están en consecuencia organizadas según pautas relacionales con un alcance mayor y un sentido diferente a la sola adición de sus partes. Fue a partir de este paradigma sistémico-circular- que el modelo de terapia estructural extrae sus términos teóricos (Umbarger, 1983).

A finales de 1950 ya se había analizado los tipos de comunicación e interacción de las familias que producían miembros problemáticos. Sin embargo, en las familias que se estudiaron durante los años sesenta, -familias pobres y en desventaja socioeconómica-, se observó que existía otra clase de tipología basada en la arquitectura de la familia, es decir, se analizó que la estructura y organización de la familia se reflejaba en la clase de problemas que presentaban. De esta manera surgió el primer intento por lograr una tipología organizativa-estructural para el estudio y tratamiento de las familias (Hoffman, 1987).

2.1.1.2. Principales representantes

El desarrollo de la terapia estructural fue iniciado a finales de los años 60s e inicios de la década de los años 70s por Salvador Minuchin en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, E.U., con la colaboración de Jay Haley (después elaboró el modelo estratégico), Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte y H. Charles Fishman (Umbarger, 1983). Sin duda puede mencionarse a Salvador Minuchin como un hombre interesado siempre por cuestiones sociales.

En Israel trabajó en un programa con niños huérfanos y en Estados Unidos realizó labor con familias negras, familias marginadas y con jóvenes delincuentes (Bertrando y Toffaneti, 2004).

Minuchin, en colaboración con otros colegas, se interesó en realizar programas de entrenamiento para terapeutas y personas no profesionales que trabajaban en comunidades marginadas. En México impartió seminarios y talleres de entrenamiento en el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (Desatnik, 2004).

2.1.1.3. Premisas y fundamentos básicos

Para la terapia estructural, el ser humano no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales y lo que experimente como real depende tanto de lo interno como de lo externo. La familia entonces constituye un factor significativo en este proceso ya que determina las respuestas de cada uno de sus miembros; su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de cada uno de ellos (Minuchin, 1989).

Bajo esta lógica, la terapia con este marco de referencia tendrá como objetivo modificar tanto la estructura como la organización de la familia (Minuchin, 1989). La figura 1 muestra los tres axiomas que de acuerdo a este autor, se basa la terapia estructural:

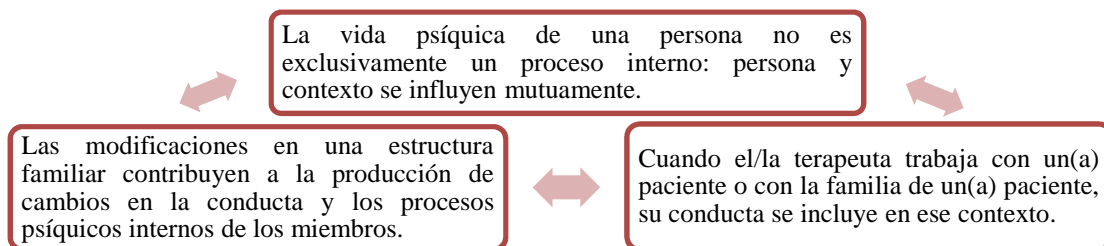


Figura 1. Axiomas de la terapia estructural

La terapia familiar estructural es una terapia de acción que consiste en modificar el presente, no se centra en explorar ni interpretar el pasado. El objetivo de las intervenciones es cambiar la organización del sistema familiar, para ello, el/la terapeuta se asocia a este y utiliza su persona para transformarlo. De esta forma, al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia las experiencias subjetivas de cada uno de ellos (Minuchin, 1989). Para realizar este objetivo, el/la terapeuta confía en las propiedades del sistema familiar señaladas en la figura 2.

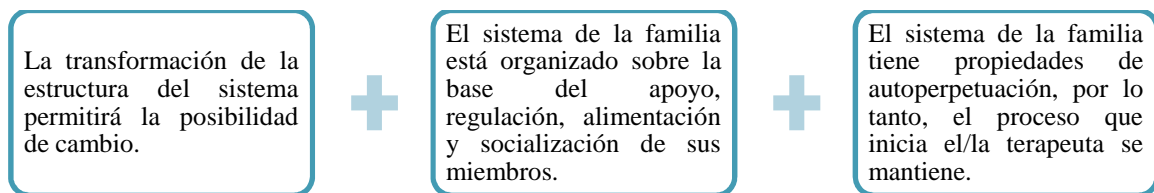


Figura 2. Propiedades del sistema familiar

Minuchin (1989) señala que la familia como unidad social tiene que enfrentar una serie de tareas en cada etapa de su desarrollo que difieren de acuerdo a normas culturales. Para Carter y McGoldrick (1999), la familia atraviesa por las siguientes etapas: *la adultez joven sin ataduras, la pareja, las familias a través del matrimonio: la pareja recién casada, la familia con hijos(as) pequeños, la familia con hijos(as) adolescentes, establecimiento de los hijos(as) fuera del hogar, la familia en la etapa adulta y la vejez*. Estas etapas producen cambios que requieren ajustes en las relaciones del sistema, por lo que puede haber inestabilidad y crisis durante el paso en estos periodos. En este proceso la familia irá modificando su estructura, experimentará cambios internos y externos, enfrentará desafíos y buscará estimular el crecimiento de cada uno de sus miembros. (Desatnik, 2004).

La familia socializa a sus miembros cambiando y al mismo tiempo, manteniendo una continuidad. La figura 3 muestra que el sistema familiar que se mueve dentro de contextos sociales tiene las siguientes características (Desatnik, 2004):

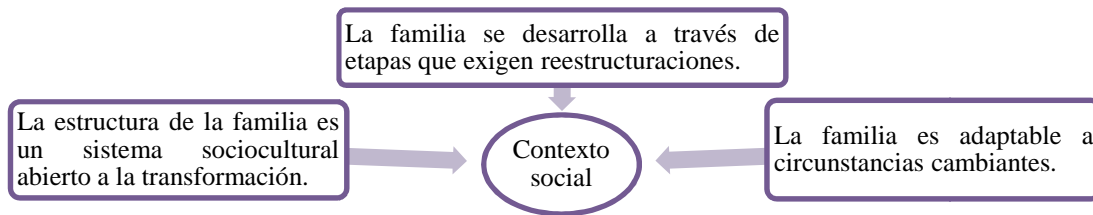


Figura 3. Características del sistema familiar

La familia se transforma a lo largo del tiempo, se adapta y se reestructura para poder seguir funcionando, por lo que su estructura sólo se puede ver en movimiento. Esta estructura (figura 4) definida como *un conjunto invisible de demandas funcionales que organiza las formas de interacción de los miembros de una familia* (Minuchin, 1989) puede evaluarse conociendo los elementos que lo integran (Desatnik, 2004).

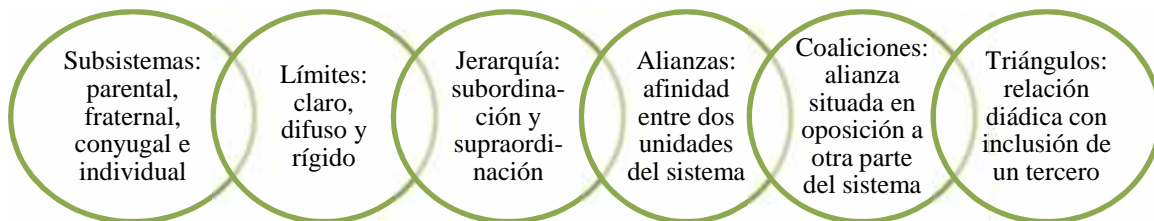


Figura 4. Elementos de la estructura familiar

Una vez identificados los elementos de la estructura del sistema familiar, el modelo estructural plantea la realización de un diagnóstico. El diagnóstico estructural implica hacer hipótesis que expliquen la relación entre las interacciones sistémicas que se dan en el contexto de la familia y el o los síntomas de sus miembros. Para realizar este diagnóstico, el/la terapeuta debe tomar en cuenta: *los elementos de la estructura familiar, las pautas transaccionales repetitivas,*

el proceso de desarrollo del ciclo vital familiar, construcciones acerca de la realidad, la conexión del síntoma con el sistema y la relación con los contextos con lo que interactúa (Desatnik, 2004).

Minuchin y Fishman (1989) señalan que para conocer la modalidad de interacción de una familia, es necesario que el/la terapeuta tenga presente que las familias que acuden a terapia además de tener una configuración y una estructura determinada, también presentan problemáticas relacionadas con los aspectos antes mencionados. La tabla 2 muestra las principales problemáticas según la configuración, el estadio de desarrollo y ordenamiento familiar.

Tabla 2
Problemáticas de configuración, estadio de desarrollo y ordenamiento familiar

Problemáticas debido a la configuración familiar	Problemáticas debido al estadio de desarrollo familiar	Problemáticas debido al ordenamiento familiar
<p>Familias de pas de deux: Son familias compuestas por dos personas con tendencia a la dependencia recíproca.</p>	<p>Familias con padrastro o madrastra: La familia vive un proceso de integración que puede ocasionar problemas en la organización familiar.</p>	<p>Familias descontroladas: Son familias donde sus miembros presentan síntomas en el área de control, en la organización jerárquica.</p>
<p>Familias de tres generaciones: Son familias extensas que viven en íntima relación; pueden tener problemas en la organización jerárquica.</p>	<p>Familias con un fantasma: Se presenta en familias que han sufrido muerte o deserción de algún miembro de la familiar; pueden tener dificultades para reasignar tareas.</p>	<p>Familias psicósomáticas: Son familias donde hay demanda de un problema psicósomático en los miembros de la familia; pueden ser familias sobreprotectoras o fusionadas.</p>
<p>Familias con soporte: Son familias donde existe un niño(a) con funciones parentales por lo que pueden presentar sobrecarga de responsabilidad.</p>		
<p>Familias acordeón: Son familias donde uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados; puede haber dificultades en la organización familiar.</p>		

Familias cambiantes:

Aquellas familias que cambian constantemente de contexto, lo cual puede provocar crisis y un funcionamiento por debajo de la capacidad de la familia.

Familias huéspedes:

Se presenta en las familias donde se incorpora un miembro.

En términos generales, estos conceptos constituyen el fundamento de la terapia familiar. El o la terapeuta se asocia a la familia con el objetivo de que esta cambie su organización y como resultado de ello, modifique la experiencia de sus miembros.

2.1.1.4. Proceso terapéutico

Para realizar el proceso terapéutico es necesario que el/la terapeuta considere cómo los miembros de una familia experimentan la realidad, cómo se relacionan entre sí y con él/ella. Se considera que el cambio es producido por un doble proceso de asociación con la familia y de reestructuración planificada para cambiar los patrones disfuncionales (Desatnik, 2004).

De acuerdo a Umbarger (1983), redefinir el significado del síntoma, es decir, el problema referido es una de las metas del tratamiento. Esto conlleva considerar el contexto en el que se presenta así como establecer una relación funcional entre síntoma y sistema. La redefinición está basada en la reciprocidad ya que la conducta se produce en una serie de intercambios con los demás. Para este autor, las metas de la redefinición del síntoma son: a) desplazar el foco del individuo al grupo familiar, b) hacerlo de manera que el desplazamiento plantee al terapeuta y a la familia un problema solucionable y c) poner al nuevo problema bajo una luz comprensible y relativamente benigna.

2.1.1.5. Estrategias y técnicas terapéuticas

Durante el proceso terapéutico, el/la terapeuta familiar estructural recurre a diversas técnicas para alterar el contexto inmediato de las personas. Las técnicas de la terapia estructural tienen como objetivo reorganizar a la familia cuestionando su propia organización; la finalidad es que tengan nuevas pautas de funcionamiento (Desatnik, 2004). En la tabla 3 se puede apreciar la categorización de las técnicas y estrategias así como su objetivo, descripción y ejemplificación (Desatnik, 2004 y Minuchin y Fishman, 1989).

Tabla 3

Objetivos, estrategias y técnicas (descripción y ejemplificación) de la terapia estructural

Objetivo	Estrategia	Técnica	Descripción de la técnica	Ejemplificación de la técnica
Reencuadre	Cuestionamiento del síntoma	Escenificación	El/la terapeuta pide a la familia que construya una secuencia interpersonal en la sesión para poner en escena interacciones familiares.	Terapeuta a una madre: “usted no lo haga, deje que su esposo intervenga”.
		Enfoque	El/la terapeuta selecciona y organiza datos dentro de un esquema que esté acorde con los objetivos terapéuticos.	Terapeuta a padres: entonces, ¿ustedes se quieren divorciar? El motivo de la terapia es para ayudar a su hijo, este tema no viene al caso ahora.
		Intensidad	La intervención se realiza de tal forma que la familia registre el mensaje.	Terapeuta a joven: ¿qué edad tienes? ¿necesitas que tu padre te diga lo que tienes que comer?
Reestructuración	Cuestionamiento de la estructura	Fijación de fronteras	Modifica la participación de miembros en distintos subsistemas.	Terapeuta a esposo: eres muy servicial, te apropias de la memoria de tu esposa.

		Desequilibrio	Modifica jerarquías de personas dentro de un holón.	Terapeuta a esposa: ¿por qué su esposo dice que usted es agresiva? La he visto jugar con su hija y me parece que es delicada y cuidadosa con ella.
		Complementariedad	Cuestiona la idea de jerarquía lineal, el problema y el modo de recortar los sucesos.	Joven al terapeuta: Yo soy el problema. Terapeuta a joven: No estés tan seguro.
Construcción de la realidad	Cuestionamiento de la realidad familiar	Empleo de constructos cognitivos	Da una visión más flexible y plural.	El/la terapeuta puede presentar diferentes universos parciales que cuestionen la “realidad” familiar.
		Uso de símbolos universales	Alude a premisas validadas socioculturalmente.	El/la terapeuta a esposo: “todo mundo sabe que las cosas son así”, que hay tiempo para todo.
		Verdades familiares	Usa la definición de la familia para extender su modalidad de funcionamiento.	Terapeuta a padres: Como ustedes son muy solícitos, dejarán a su hijo(a) crecer.
		Consejo especializado	Presenta una explicación diferente de la realidad de la familia.	Terapeuta a esposa: Si usted se pone a investigar esto, se dará cuenta que es distinto en muchos sentidos.
		Búsqueda de lados fuertes	Resalta recursos y logros familiares.	Terapeuta a niña invidente: Eres una experta en distinguir cosas sin ver. ¿Cómo le haces?
		Paradoja	Interviene de forma opuesta a lo que se pretende mediante redefinición, prescripción, restricción, inversión y uso de coro griego	El/la terapeuta a la familia: El grupo piensa que esta familia es como una cárcel, pero no está seguro quién es carcelero(a) y quién los(as) presos(as).

En resumen, la terapia estructural se muestra sistemática al evaluar y planificar los pasos para generar cambios. Por ello, el planteamiento de hipótesis y objetivos terapéuticos serán revisados continuamente por el/la terapeuta y la familia. Minuchin y Fishman (1989) mencionan que para conocer la modalidad de interacción de la familia, sólo es posible hacerlo en el proceso de coparticipar con la familia, sondear sus interacciones y vivenciar su estructura.

2.1.1.6. Conclusiones

De acuerdo a lo expuesto, se puede señalar que el modelo estructural es una teoría sociológica que considera a la familia como una microsociedad; se atribuye importancia a la forma en que el contexto social y la vida familiar se entrelazan en la formación de determinada sintomatología. La familia es un sistema que cuenta con una estructura y que establece que cada miembro tiene una posición específica dentro del sistema familiar, cualquier variación de estas posiciones, pueden ocasionar desajustes en la vida familiar (Hoffman, 1987).

Este modelo considera que los problemas suceden en las interacciones por lo que el/la terapeuta debe estar motivado para buscar y descubrir cuáles son las que están siendo disfuncionales (Minuchin y Fishman, 1989). En ese sentido, el modelo estructural concibe que el cambio es posible si se modifica la estructura de la familia (Desatnik, 2004). El/la terapeuta desde este enfoque es considerado como un “líder” que “cura”, que cuenta con un cuerpo de conocimientos y experiencia; su función es insertarse y participar utilizando distintas posiciones de proximidad en el sistema familiar (Minuchin y Fishman, 1989).

Diferenciando significativamente de la comprensión que el modelo estructural tiene de los sistemas humanos, autores(as) identificados(as) con una mirada posmoderna, han ofrecido una forma distinta de comprenderlos y explicarlos. Anderson y Goolishian (1988), consideran que

términos como disfuncionalidad de la estructura familiar, límites generacionales y jerarquías organizacionales inadecuadas son extensión de una teoría social tradicional que implica conceptos de conducta problemática o inadecuaciones de roles y estructuras al concebir a los sistemas humanos como sistemas socioculturales caracterizados por nociones como estabilidad, jerarquía, poder y control.

Para Anderson y Goolishian (1988), los sistemas existen en el lenguaje y en la acción comunicativa. La organización y la estructura son el resultado de un intercambio comunicativo, son la construcción a través del diálogo. Desde esta posición, no hay estructuras familiares determinadas que se tengan que observar ni intervenir, ni tampoco hay problemas que se tengan que resolver, en su lugar, los problemas se disuelven precisamente en el lugar donde se generan, en el lenguaje. Los sistemas no hacen problemas pero lenguejar acerca de problemas sí hace un sistema.

De acuerdo a estos(as) autores(as), el o la terapeuta sólo es responsable de crear un espacio en donde pueda ocurrir un dialogo conversacional desde una posición colaborativa. No se evalúan los puntos de vista como “buenos” o “malos”; el lenguaje que se elige es cooperativo. La terapia se vuelve un proceso de expansión, es decir, de lo no dicho, de nuevos temas y narraciones. Es en este “círculo de lo no expresado”, donde se encuentran las múltiples posibilidades de crear otras formas de comprender los significados de las conductas de los otros(as), de relacionarse y de vivir. Desde un modelo de construccionismo social, en la terapia, el/la experto(a) es el/la cliente y la conversación entre los(as) participantes, es la invitada y la promotora para el cambio. Estas conversaciones se construyen desde una posición de igualdad entre profesionales y clientes (Anderson y Goolishian, 1996).

2.1.2. Modelo Estratégico

2.1.2.1. Antecedentes del modelo

Cuando se habla de la terapia estratégica, se hace referencia no sólo a un enfoque sino a varios tipos de terapia cuyo punto de convergencia es que *el/la terapeuta es el/la responsable de influir de manera directa en las personas*, es decir, inicia lo que ocurre en el proceso terapéutico diseñando estrategias para cada uno de los problemas (González, 2004). Bajo esta lógica, la terapia familiar estratégica surgió a partir del examen del poder en las relaciones entre terapeuta y cliente así como entre los(as) integrantes de una familia (Madanes, 1982).

Es a *Jay Haley*, a quien se le considera como el autor que acuñó el término “*estratégico*”, aunque existen otros planteamientos que se identifican con este término, como los de Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin, los cuales están relacionados con la terapia breve centrada en problemas. Sin embargo, no es posible hablar de terapia estratégica sin hacer mención a Milton H. Erickson, considerado como el maestro del modelo estratégico, del cual Haley comenzó a transferir muchas de sus ideas y técnicas de su enfoque terapéutico (Galicía, 2004; Haley, 1983).

El enfoque de Erickson le permitió a Haley ver a la familia como un centro de los dilemas humanos, donde es posible observar a las personas y sus complejas formas de comunicación así como distintos procedimientos para trabajar con la resistencia de las personas. Erickson tuvo la tendencia de *destacar lo positivo* en la conducta de las personas, es decir, no minimiza las dificultades sino que encontraba en ellas algo que pudiese aprovecharse para mejorar el funcionamiento de las personas o familias (Haley, 1983). De igual manera en su trabajo con las familias, gustaba de *sembrar ciertas ideas* al comienzo de la sesión para después regresar a ellas y construir algo sobre las mismas.

Además de lo antes mencionado, es necesario señalar dos elementos más que influyeron en el origen y desarrollo de la terapia estratégica: una concepción particular de la comunicación en base a las ideas de Bateson, específicamente, en el modo en que surgen las paradojas, considerando a los síntomas como una incongruencia entre dos niveles de mensaje así como una táctica dentro de un aspecto relacional y el segundo elemento, fueron las ideas de Minuchin y Montalvo con respecto a la organización y jerarquía de una familia que ocasionan funcionamientos defectuosos por pautas o secuencias familiares conflictivas (Galicía, 2004; Haley, 1963, 1983).

2.1.2.2. Principales representantes

Jay Haley y Cloé Madanes son los representantes principales de este modelo. Ambos colaboraron con Minuchin en la Philadelphia Child Guidance Clinic; en 1975 dejan Filadelfia para fundar y dirigir el Instituto de Familia en Washington, lugar en el que trabajaron en el desarrollo de conceptos para formar terapeutas. Tanto Haley como Madanes consideraban como tarea esencial de un(a) teórico(a) de la familia, la conexión entre un determinado patrón estructural con los problemas clínicos observados. Se considera el estilo de Madanes como directivo, caracterizado por intervenciones creativas, con un tono de comedia, así como una combinación de elementos dramáticos, expresivos y lúdicos, mientras que el estilo de Haley, suele ser caracterizado como intelectual (Bertrando y Toffanetti, 2004; Galicía, 2004).

2.1.2.3. Premisas y fundamentos básicos

La premisa fundamental que sostiene la terapia estratégica es que los problemas, síntomas o quejas que un(a) paciente presenta es el resultado de la interrelación entre diversas personas, es decir, los problemas o síntomas son producto de una serie de actos y comportamientos que las

personas tienen para comunicarse, los cuales se han estereotipado o cristalizado (Galicía, 2004). Bajo esta premisa, para Haley (1988), el enfoque estratégico tiene por objeto principal solucionar dentro del marco familiar los problemas que se le presentan a un(a) cliente, por lo que la tarea del o la terapeuta será la de formular con claridad el síntoma presentado y planear una intervención en la situación social de la persona para modificarlo. Al respecto, considera a la definición del problema y a la unidad social (figura 5) como elementos básicos dentro de su enfoque. De igual forma Madanes (1982) comparte esta visión y señala como se muestra en la figura 6, los elementos principales de la terapia estratégica.

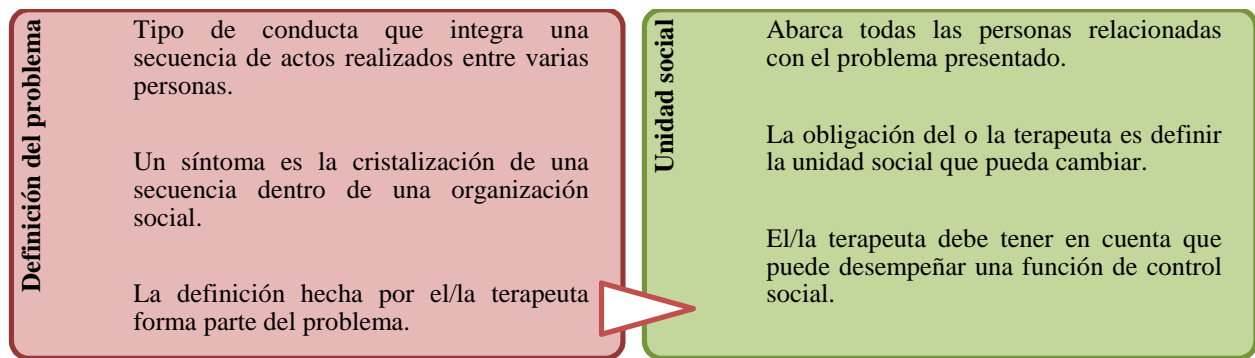


Figura 5. Elementos básicos del enfoque estratégico señalados por Haley

De acuerdo a Madanes (1982), el tema del *poder* en las relaciones humanas constituye otro elemento de preocupación fundamental para la terapia estratégica y más aún si la tarea del o la terapeuta consiste en reorganizar familias. Haley (en Galicía, 2004), relaciona este elemento con la *organización* y la *jerarquía*; la familia se organiza siguiendo modos de conducta estandarizados y redundantes, estableciendo con ello, jerarquías y reglas que dejan ver quienes en la familia tienen más poder y quienes ocupan posiciones secundarias.

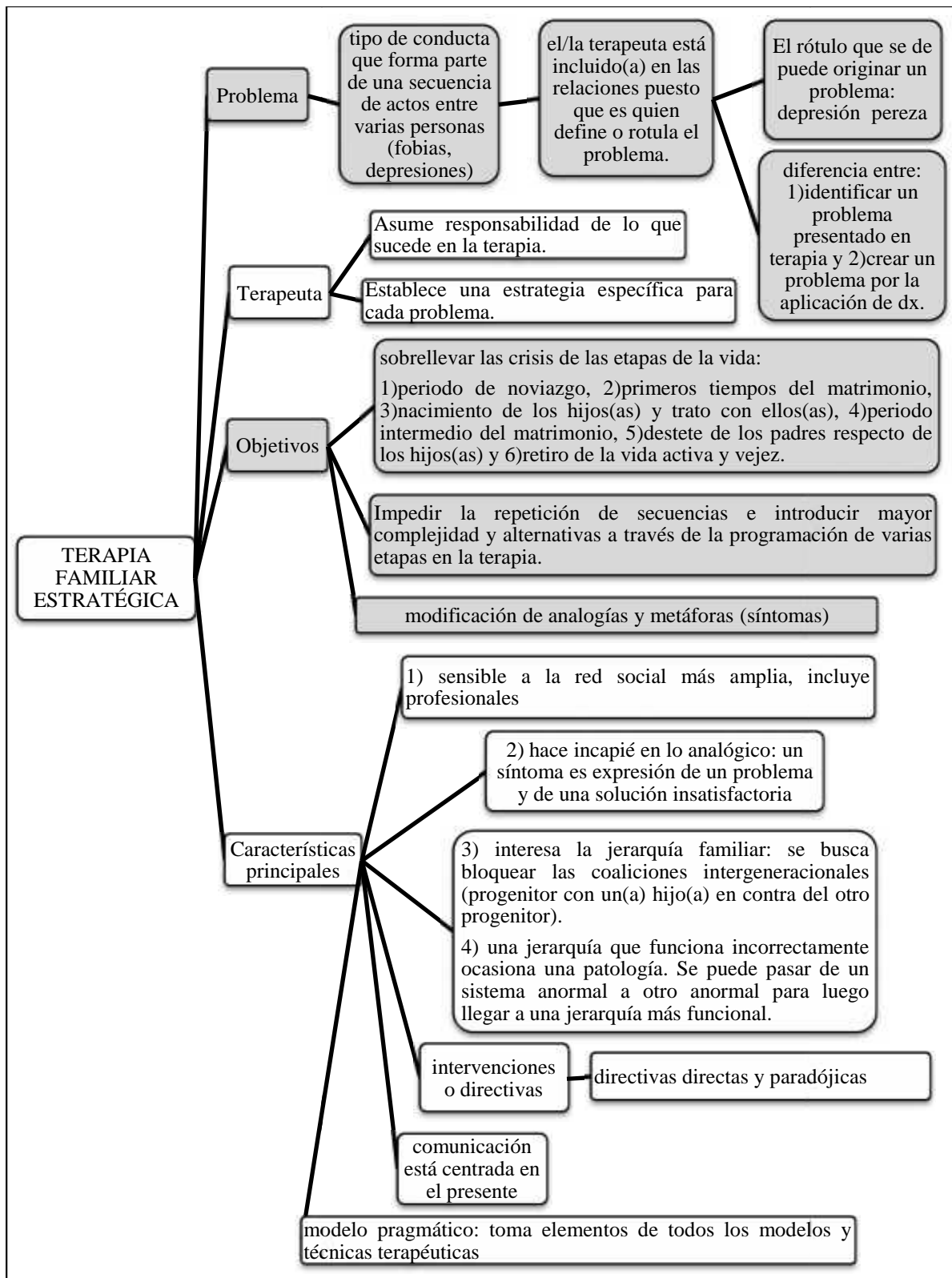


Figura 6. Elementos importantes de la terapia estratégica descritos por Madanes

Para Haley (1988), una *organización con funcionamiento defectuoso* es un sistema jerárquico que funciona incorrectamente (figura 7). Este autor menciona que las secuencias problemas más comunes son las de tipo trigeracional y bigeneracional.

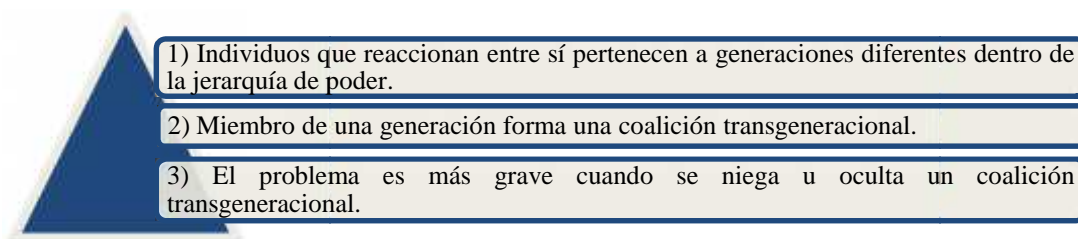


Figura 7. Organización con funcionamiento defectuoso

Haley (1963) establece que no es posible dejar de calificar un mensaje y que cuando se realiza una declaración que está calificada por un mensaje que niega esto, se vuelven inevitables las dificultades en las relaciones interpersonales. Así mismo señala que cuando una persona le comunica un mensaje a otra, está haciendo una *maniobra para definir y controlar la relación*; por lo que dice y la forma en que lo dice, está indicando el tipo de relación que desea tener. Cabe destacar que *no se puede evitar estar involucrado en una lucha sobre la definición de una relación*, por lo que en cualquier pareja se plantean los problemas de: a) qué mensajes o qué tipo de comportamiento tendrá lugar en la relación y b) quién tiene el control y definición de la relación. Desde este enfoque, *el término “control” no significa que se tiene el control de otra persona sino el control en la definición de una relación.*

Las relaciones, de acuerdo a Haley (1963), pueden clasificarse de tres formas: 1) *relación simétrica*: tiende a ser competitiva; las dos personas intercambian el mismo tipo de comportamiento; 2) *relación complementaria*: una de las dos personas intercambia diferentes tipos de comportamiento, con expresión de una posición de superioridad en una persona y de subordinación en la otra, y 3) *relación metacomplementaria*: una persona deja u obliga a que otra

persona utilice una maniobra particular. Es importante señalar que no hay dos personas que constantemente tengan uno de estos tipos en todas las circunstancias; por lo general hay áreas de una relación que funcionan como un tipo u otro.

En resumen, una terapia exitosa es aquella que resuelve los problemas de los(as) clientes, por lo que resulta fundamental que el/la terapeuta sepa definirlos de tal manera que sea solucionables, manteniendo *una postura flexible y espontánea* que le permita moverse para obtener información en los distintos campos de acción relacionados con la situación presentada (Haley, 1988).

2.1.2.4. Estrategias y técnicas terapéuticas

De acuerdo a Haley (1983), *una terapia estratégica se caracteriza por el hecho de que el/la terapeuta inicia lo que ocurre en ella y diseña un enfoque para cada problema*. Para realizar la terapia desde este enfoque, se deben realizar las acciones señaladas en la figura 8. Este autor menciona que la terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular sino varios tipos de teorías cuyo denominador es que el/la terapeuta asume la responsabilidad de influir en la gente.



Figura 8. Acciones que debe realizar el/la terapeuta estratégico(a)

Haley (1988) indica que la formulación clara del problema debe hacerse en *la primera entrevista*, la cual sugiere realizarse con la unidad social que comprenda a todos(as) los(as) que habitan el hogar e incluso a otras personas que puedan estar involucradas con el problema presentado. Según Haley, la primera entrevista (figura 9) tiene las siguientes características:

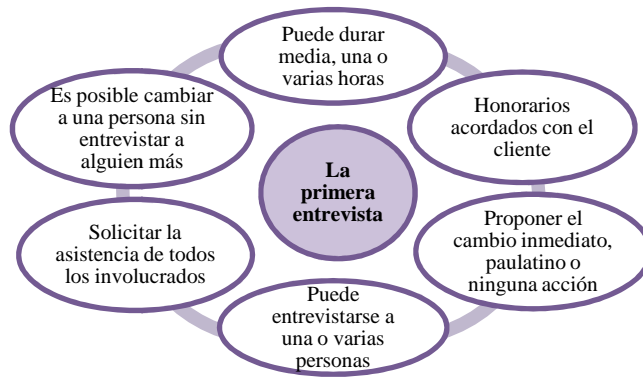


Figura 9. Características de la primera entrevista

Siguiendo en la misma línea, Haley (1980, en Galicia, 2004) plantea que su modelo de entrevista comprende cuatro etapas (figura 10), las cuales permiten además de definir el problema, pasar a la solución del mismo.

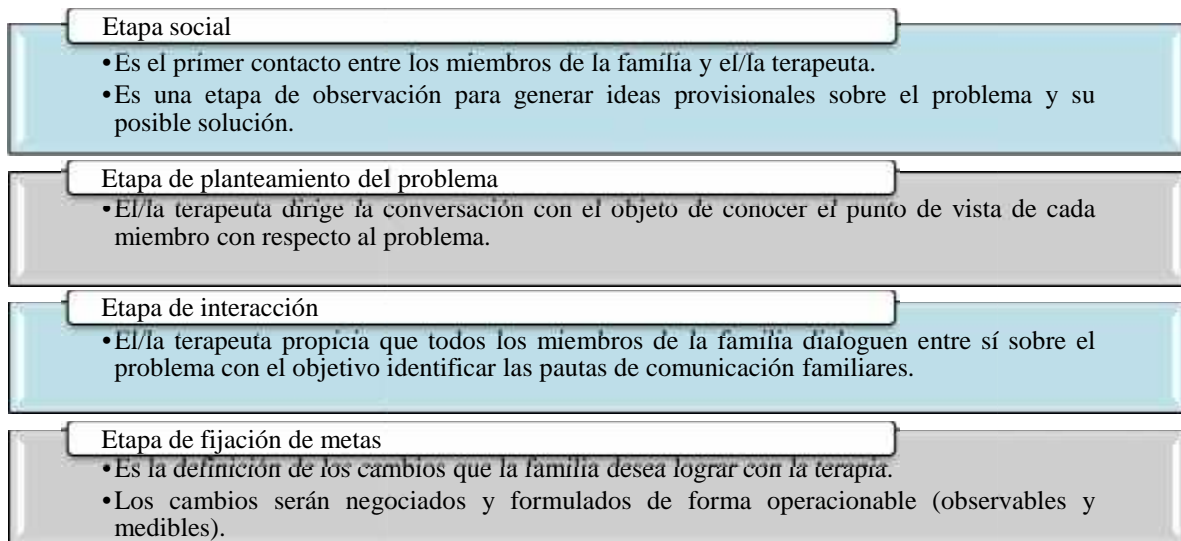


Figura 10. Etapas de la entrevista

Incluso en la entrevista inicial y una vez definidos los cambios deseados, Haley (1963) propone que se puede combinar diversas *maniobras* para señalar la dirección del cambio, de tal manera, que resulta importante según este autor, saber impartir directivas que puedan ser

ejecutadas. Considera que las *tareas o directivas* que se les solicitan hacer a los(as) consultantes y familias tienen como se muestra en la figura 11, varias finalidades.

Las directivas pueden darse de forma *directa o indirecta*, esto último, a través de inflexiones de la voz, ademanes o silencios oportunos en la conversación. Una *directiva*, es definida como *toda acción del o la terapeuta para que una persona haga algo*, por lo que todo cuanto se haga en terapia puede ser considerado como una directiva (Haley, 1988).

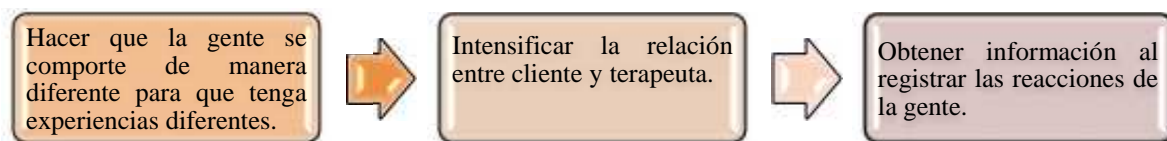


Figura 11. Finalidades de las directivas

De acuerdo a Haley (1963), el/la paciente debe ser persuadido(a) a participar para generar un cambio, para ello, se le pide que siga instrucciones específicas que lo(a) involucren en un esfuerzo cooperativo para cambiar su comportamiento sintomático. Así mismo, retoma a Erickson, el cual propone que existen *factores que intervienen para que un(a) paciente sigan las sugerencias o directivas del o la terapeuta*. Algunos de estos factores son los que se muestran en la figura 12.

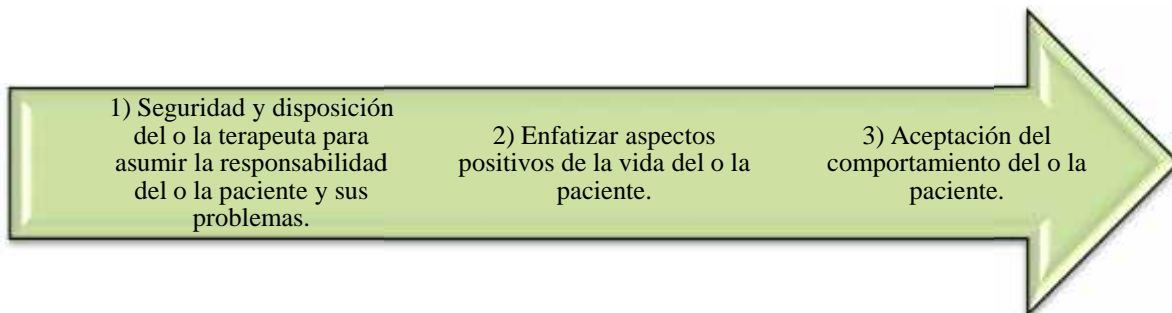


Figura 12. Factores interventivos para que un(a) paciente siga directivas

Haley (1988) plantea que *el/la terapeuta debe adecuar las tareas a cada persona* por lo que en la entrevista observará la clase de gente que la integra para poder amoldar la tarea a la forma de ser de cada individuo. Una vez motivada la familia para realizar las tareas, se deben tomar en cuenta la precisión al formularlas, la participación de la familia y la revisión de las tareas (figura 13). Este autor menciona que cuando una tarea es impartida, se debe solicitar un informe en la entrevista para saber si la tarea es cumplida, no es cumplida o se ha cumplido parcialmente. Así mismo, considera que a menudo la gente está mas dispuesta a cumplir directivas que se les dejan cuando no tienen conciencia de haberlas recibido; plantea que una forma de impartir directivas de este tipo es a través de *metáforas*; esto significa una formulación acerca de una cosa que es parecida a otra, es decir, la *analogía* entre una cosa y otra.

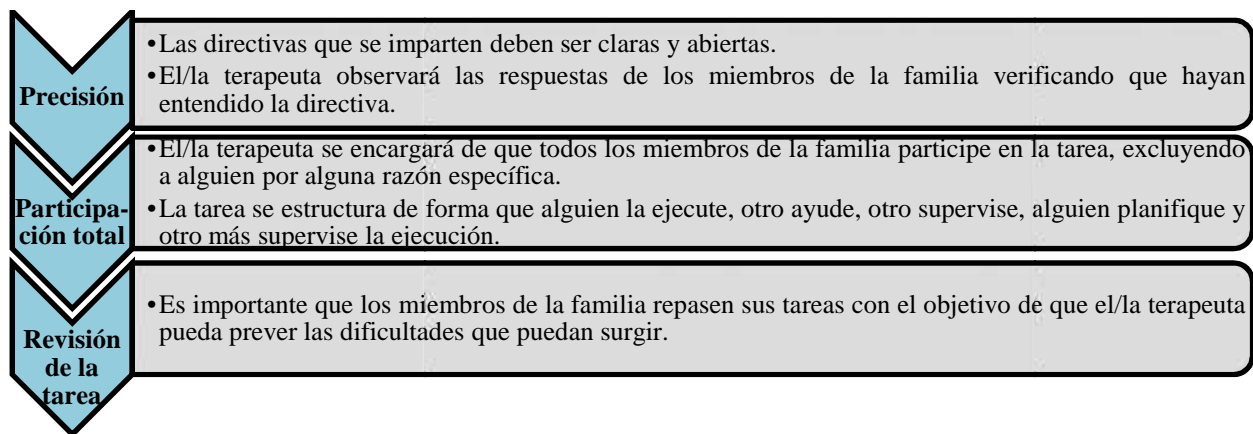


Figura 13. Elementos de las tareas o directivas

En la terapia estratégica, como se muestra en la figura 14, existen dos *tipos de directivas*: de forma *directa* y de forma *indirecta o paradójica* (Haley, 1988).

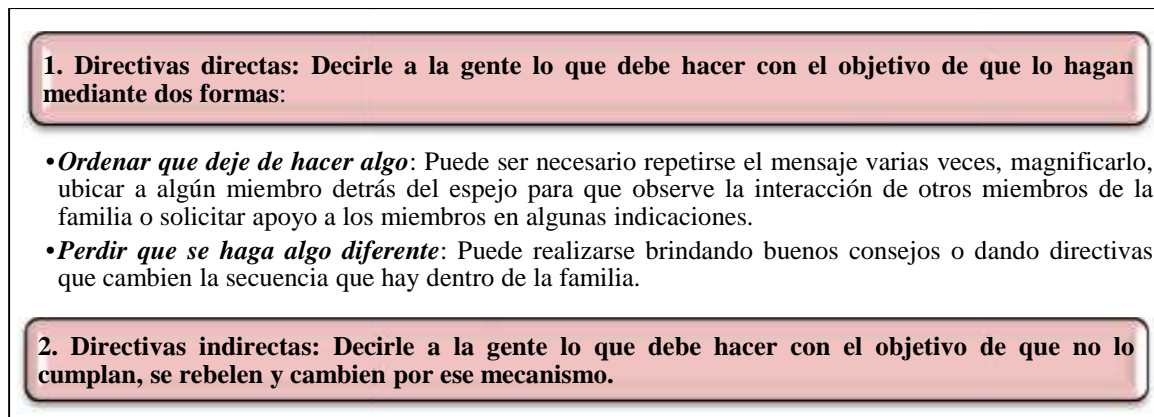


Figura 14. Tipos de directivas

Haley (1963) señala que un(a) terapeuta siempre se encuentra con algún grado de *resistencia* de una persona, que por un lado puede expresarse con demasiada cooperación o con poca cooperación. Al respecto, retoma a Erickson, el cual recomienda aceptar la resistencia e incluso fomentarla. Para ello, tenía la tendencia de utilizar la *técnica de utilización*, que consistía en utilizar el comportamiento ofrecido por el/la mismo(a) paciente.

Cuando el/la terapeuta desea que los miembros de la familia se resistan a las directivas y que de esa manera cambien, se utilizan tareas de tipo *paradójicas* (Haley, 1988). Para este autor, estas tareas se emplean en familias que solicitan ayuda pero rechazan la que se les brinda y menciona que con las tareas paradójicas se pueden adoptar dos enfoques (figura 15).

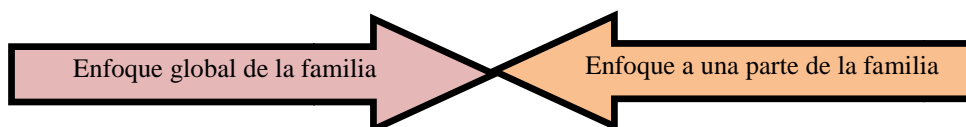


Figura 15. Enfoques de las tareas paradójicas

Para llevar a cabo una *intervención paradójica*, Haley (1988) recomienda que es conveniente seguir las siguientes etapas que se muestran en la figura 16.

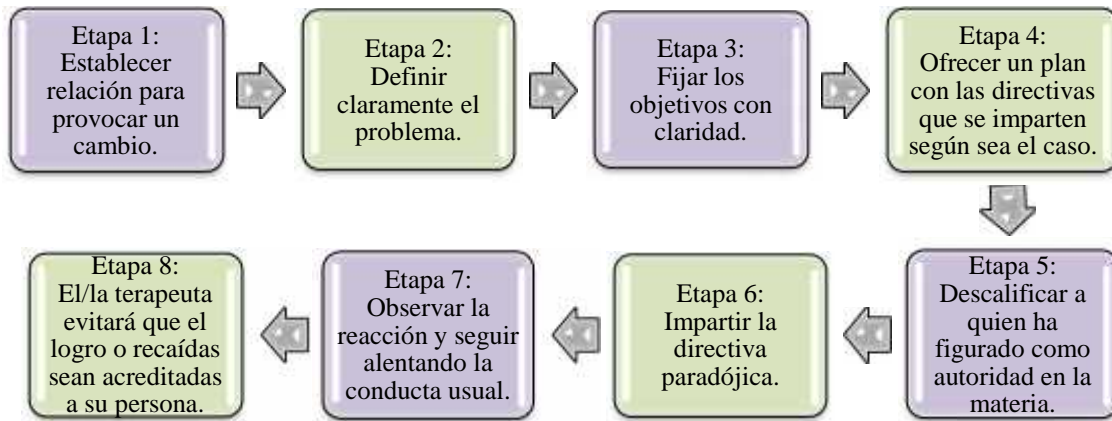


Figura 16. Etapas de una interacción paradójica

Haley (1963) indica que la terapia estratégica coloca a la persona consultante en una situación paradójica que no puede resolver al continuar con su sintomatología ya que en lugar de darle una ventaja en el control de la relación con el/la terapeuta, sus síntomas la colocan en desventaja. Bajo esta lógica, el o la cliente queda atrapado(a) en una situación “imposible”, es decir, en una *paradoja terapéutica*.

En resumen, el objetivo de la *terapia estratégica* es lograr un cambio rápido en un aspecto de la vida del o la cliente de tal forma que el cambio progresivo se producirá en otros aspectos de la misma después de que la terapia ha terminado.

2.1.2.5. Conclusiones

Este enfoque estratégico se muestra como una alternativa para lograr el cambio de forma rápida; los puntos importantes para lograr las metas terapéuticas están en relación a la

conceptualización clara y precisa del problema presentado así como el papel completamente directivo del o la terapeuta, cuya responsabilidad se verá reflejada en todo lo que acontezca en el proceso. Sin duda, es de llamar la atención la utilidad de las intervenciones paradójicas para lograr romper con secuencias de comportamientos que producen un síntoma en situaciones donde las intervenciones directas no logran ser lo suficientemente efectivas.

El uso de las ordalías se convierte para los(as) exponentes de este modelo en una herramienta que logra transformar un acto involuntario como lo es un síntoma en uno voluntario. Como lo señala Haley (1984), la ordalía más que considerarse como una técnica terapéutica, puede concebirse como una teoría del cambio.

La terapia estratégica busca representarse como un intercambio justo entre los(as) consultantes y las(os) terapeutas en relación al tiempo, dinero y efectividad del proceso. De lo anterior, que el/la terapeuta se posicione como el/la experto(a) capaz de entender e intervenir en unidades de interacciones y organizaciones familiares productoras de funcionamientos incongruentes y disfuncionales. Esta idea central de que el sistema es una organización jerarquizada que debe mantener jerarquías congruentes sostiene la premisa de que los problemas se deben entonces a la presencia de jerarquías difusas en los sistemas familiares (Galicia, 2004 y Haley, 1988).

Las críticas que se le hacen a este modelo, principalmente de posiciones terapéuticas construccionistas, versan en torno a cuestionar que los problemas de los sistemas familiares están relacionados con conceptos de jerarquía y organización. De igual forma estas posiciones señalan que no es necesario que el/la terapeuta tenga un papel de poder y directividad para llevar a cabo un cambio en el proceso terapéutico (Galicia, 2004).

Pese a estos cuestionamientos, se le reconoce a la propuesta de Haley, el tomar en cuenta el entramado social en el que se da la terapia y la utilidad de sus conceptos e intervenciones en casos críticos de familias con funcionamiento caótico, con miembros en situación de delincuencia así como en adolescentes con perturbaciones (Galicia, 2004).

2.1.3. Modelo Milán

2.1.3.1. Antecedentes del modelo

El proceso evolutivo del Modelo de Milán en el campo de la terapia familiar sistémica, se inicia en los años 60s con un grupo de ocho psiquiatras que trataba niños con perturbaciones graves en compañía de sus familias. Este equipo liderado por Mara Selvini Palazzoli y conformado por Prata, Boscolo, Cecchin, Rusconi, Ferraresi, Taccani y Chistoni utilizaba la perspectiva psicoanalítica en casos de psicosis, anorexia y bulimia poniendo foco en la conflictiva familiar inconsciente. Durante esta *fase psicoanalítica*, la atención al nivel analógico, la interpretación, la neutralidad y la transferencia eran los principios en los cuales basaban sus intervenciones. De estos tres principios, se puede suponer el antecedente de la hipótesis, la neutralidad y la circularidad. Pese a la ardua labor que realizaban, los resultados obtenidos en los tratamientos, la mayoría de ellos largos, eran pobres (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Reséndiz, 2010).

Decepcionados por los resultados e influenciados por el trabajo sobre la pragmática de la comunicación humana de Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Janet Beavin en el Mental Research Institute (MRI) en E.U., decidieron dejar el enfoque psicodinámico dado que este no consideraba el contexto vincular para centrarse en los patrones de interacción dentro de la familia. Producto de esta identificación, el equipo original se escinde en 1971, quedándose sólo

Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin, los cuales deciden trabajar exclusivamente en un marco de sistema familiar, es decir, sistémico. Este nuevo equipo conocido como Asociados de Milán funda en Milán el Centro para el Estudio de la Familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Los elementos centrales que el Modelo de Milán retomó de la Teoría de la Comunicación Humana y del Modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute MRI, fueron la consideración del contexto como matriz de significados, la coexistencia de los lenguajes analógico y digital, la secuencia en las interacciones, la necesidad de definir una relación y los distintos niveles sobre los que se da esta definición, las posiciones simétrica o complementaria en el vínculo y los conceptos de paradojas sintomática y terapéutica. Todas estas ideas les sirvieron para pasar del individuo al sistema; la consideración del concepto de doble vínculo, referido como una comunicación paradójica en la cual se observaban mensajes contradictorios, muy comunes en familias con miembros esquizofrénicos fue central durante mucho tiempo para su modelo. Al respecto, se consideraba que esta sintomatología era un fenómeno de tipo interaccional, el cual podría ser disuelta si se aplicaba de forma terapéutica otra paradoja, lo cual derivó en el concepto conocido por los asociados de Milán como contraparadoja, convirtiéndose durante mucho tiempo en el núcleo de su terapia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Reséndiz, 2010; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

Durante esta *fase estratégico sistémica*, los asociados de Milán, instalados en una cibernética de primer orden, con una concepción de ver a la familia y sus integrantes como un sistema que jugaba un juego al que había que vencer, se caracterizaban por ser sumamente estratégicos, utilizando un lenguaje bélico, rituales, paradojas y el uso de connotación positiva y del concepto de juego familiar en sus intervenciones. Este periodo tuvo como resultado para este

equipo de trabajo los libros *Paradoja y Contraparadoja* en 1978 y el artículo de *Hipótesis, Neutralidad y Circularidad: Tres guías para la conducción de la sesión* en 1980, siendo el anterior, lo último que escribirían como equipo de trabajo (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Reséndiz, 2010).

La siguiente etapa del modelo de Milán, comprendida a inicios de la década de los 80s, fueron las ideas de Bateson; la noción de la circularidad cibernética como modelos de sistemas vivos influenció de tal forma a la dupla de Boscolo y Cecchin que los llevó a un cambio epistemológico y a la separación con Selvini y Prata. Estas continuaron en el campo de la investigación desde una cibernética de primer orden en tanto que los dos primeros se dedicaron a la formación de terapeutas sistémicos.

Durante la *fase batesoniana*, Boscolo y Cecchin se alejaron de su herencia estratégica para interesarse en cómo el terapeuta construye su realidad, entrando por completo (sin saber aún) a una cibernética de segundo orden. Desde este lugar, el problema no puede existir con independencia del que lo observa, lo cual significa que el/la terapeuta contribuye a definirlo a partir de lo que elige mirar y puntuar recursivamente. Con el concepto de ecología de las ideas de Bateson, en donde se da paso a la idea de que la mente se encuentra en todo el sistema, por lo que los significados sólo pueden ser entendidos en lo relacional y dentro de un contexto, el Modelo de Milán centró su interés y atención en entender cómo las creencias y las premisas que tienen una familia dan sentido a su “realidad”. Aprender a pensar en términos de contextos y relaciones, condujo al desarrollo del interrogatorio circular retomando la hipótesis, la neutralidad y la circularidad como guías para la sesión (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Reséndiz, 2010).

Pisando los terrenos de la cibernética de segundo orden, el Modelo de Milán incorpora el constructivismo dentro de su perspectiva a través de las ideas de Humberto Maturana, Francisco Varela y Heinz Von Foerster, con el cual se da un paso definitivo a los sistemas observantes. El/la terapeuta al formar parte del sistema y del contexto, tendrá en consideración que la descripción de lo que observe nunca podrá ser objetiva. En esta *fase constructivista*, la idea del sistema familiar comienza a dejar de ser importante para dar lugar a concebir la unidad de terapia como un sistema de sentido en el que el/la profesional actuante contribuye de forma activa como los demás. Se desplaza la idea de que el sistema crea el problema, más bien, es el problema el que crea el sistema. Así, el problema no puede existir independientemente de los sistemas observadores que lo definen recíproca y colectivamente (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Reséndiz, 2010).

En concordancia con el constructivismo de que no puede haber una interacción instructiva sino sólo una perturbación de un sistema que reaccionará conforme a su propia estructura, no hay objetivos ni estrategias que estén afuera sino únicamente una gran sistema en constante evolución que se compone de las ideas, mitos, creencias, premisas, valores, fantasías, percepciones de todas las personas que se encuentran participando en él (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Boscolo y Cecchin retoman para el Modelo de Milán, la teoría CMN (Coordinated Management of Meanings o Manejo Coordinado de Significados) propuesta por Cronen y Pearce, la cual enriquece el análisis de los sistemas, al considerar el contenido, los actos lingüísticos, los episodios, las relaciones, la biografía interna y los modelos culturales. El acercamiento a esta teoría, centrada en la construcción de significados, sirvió como puente hacia una *fase postmoderna, de construccionismo social*. La consideración del lenguaje, de las historias y las construcciones sociales ha permitido al Modelo de Milán realizar desarrollos

teóricos y clínicos diferentes. Por su parte, Boscolo se ha centrado en lo no dicho, sustentándose en un principio epigenético, en la construcción del o la terapeuta y en la continuidad, mientras que Cecchin, se ha orientado más en las distintas posiciones en el sistema, en la temporalidad y en la discontinuidad. A partir de las fases del constructivismo y construccionismo social, de nuevo se muestra interés por los y las individuos, dando resurgimiento a la terapia sistémica individual (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987, Reséndiz, 2010).

Actualmente, el Milán Contemporáneo se encuentra en una *fase dialógica*, teniendo como principal exponente a Bertrando y su equipo de trabajo. La terapia dialógica tiene como ejes centrales el interés por el espacio relacional, político y discursivo entre las personas, una visión hipotética del mundo, la atención a la posición del/la terapeuta dentro del sistema, el interés por la construcción de la relación terapéutica, una forma de entender dialógicamente la terapia y las tecnologías del self. Además de lo dialógico, también se ha incorporado a través de los trabajos de Fruggeri, Barbetta y Telfener, una perspectiva de diferentes normalidades, sistemas de pensamiento basados en la diferencia y aprendizaje a partir de los contextos (Reséndiz, 2010).

2.1.3.2. *Principales representantes*

Después de la fase psicoanalítica, el Modelo de Milán estuvo representado por Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, conocidos como Asociados de Milán. A inicios de los 80s, el equipo se escinde en dos grupos. Por un lado, Selvini y Prata siguieron su investigación basada en la prescripción invariable y la revelación del juego en tanto que Boscolo y Cecchin se interesan en la formación de terapeutas sistémicos incorporando en su enfoque una mirada constructivista y construccionista social (Reséndiz, 2010).

2.1.3.3. Premisas y fundamentos básicos

Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1986) durante el tiempo en que trabajaron juntos, sustentaron el Modelo de Milan de acuerdo a las siguientes premisas:

- La familia es un sistema autogobernado que se autocorrije mediante reglas por ensayo y error a través del tiempo, delimitando lo que se puede permitir o no en una familia así como su relación con el mundo exterior.
- Todas las conductas verbales y no verbales refieren comunicación, por lo que cualquier conducta de un miembro invariablemente afectará a los demás provocando respuestas que recursivamente afectarán de nueva cuenta a todos los miembros.
- Las familias que presentan conductas consideradas patológicas, se rigen por normas que delimitan sus conductas e interacciones, por lo que la patología es la expresión de dichas reglas o normas.
- Los sistemas vivientes están caracterizados por la homeostasis y la transformación que permite establecer el equilibrio del sistema garantizando su existencia y evolución. Sin embargo, en familias con patologías hay una tendencia cristalizada que mantiene de forma repetitiva ciertos comportamientos.
- Las familias en transacción esquizofrénica participan en juegos familiares no reconocidos, en los cuales, sus miembros se esfuerzan unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas. En ese sentido, la tarea del/la terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos.

Después de que se separaron, Selvini-Palazzoli y Prata continuaron su investigación basada en la prescripción invariable y se interesaron también en investigar el pasado de las familias,

postulando como a través de ciertos patrones de interacción heredados intergeneracionalmente, se pueden producir conductas sintomáticas a algunos miembros de la familia que resultan ser congruentes con la manera de relacionarse familiarmente. Términos como embrollo de los afectos, estancamiento o impasse, estaban presentes en el estudio de la psicosis. Posteriormente, Selvini Palazzoli y su equipo conformado por Stefano Cirillo, Anna María Sorrentino, Mateo Selvini continuaron sus líneas de investigación en el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia en casos de toxicodependencia (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1996).

Por su parte, Boscolo y Cecchin dejaron de lado la idea que un síntoma podría deberse sólo a una cierta configuración familiar dada la complejidad de cada situación y de cada persona, inclinándose más porque la terapia se convierta en la co-creación de historias alternativas y en la atribución de significados a una realidad compartida (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Ambos continuaron enriqueciendo el Modelo de Milán a través de la generación de múltiples ideas. Cecchin a partir concepto de curiosidad, desarrolló el de *irreverencia*, el cual refiere una postura del/la terapeuta a construir nuevas posibilidades para el sistema. Para ello, el/la terapeuta irreverente nunca se somete a una sola teoría, a un solo(a) cliente o al sistema derivante. Gracias a la irreverencia sistémica, el/la terapeuta puede yuxtaponer ideas contradictorias además de promover la incertidumbre debilitando constantemente los patrones y relatos que constriñen a las familias, dando oportunidad al sistema de desarrollar nuevas creencias y significados así como patrones menos restrictivos (Cecchin, Lane y Ray, 2002).

Otro concepto desarrollado por este autor, es de los *prejuicios*, vistos sin connotación negativa, como los lentes con los que miramos nuestra realidad, contruidos a través de los años

en las relaciones de nuestra vida, por lo que desde el momento en que pertenecemos a una cultura, no podemos no tener prejuicios. Cuando hablamos de prejuicios, entendemos una serie de fantasías, ideas, verdades aceptadas, presentimientos, preconceptos, hipótesis, teorías, sentimientos personales, estados de ánimo, convicciones ocultas, es decir, cada pensamiento preexistente que contribuye en el encuentro relacional, a la formación de un punto de vista, de una percepción o de una acción. Bajo esta lógica, nuestra responsabilidad terapéutica empieza al ver nuestra posición en el sistema dado y que son nuestros prejuicios los que nos colocan en determinadas posiciones (Cecchin, Lane y Ray, 1997; Reséndiz, 2010).

Aunada a estas ideas, Cecchin ha incorporado también el término de *ideas perfectas*, el cual refleja desde una *postura de respeto*, el interés por las historias, por los sistemas del lenguaje, por la armonía y el misterio que mantiene con vida a los sistemas, incluso en condiciones de dramatismo. En vez de ver lo que no funciona, lo patológico, se respeta la elección de las personas en las circunstancias en las que se encuentran y con las relaciones que se tienen (Cannova, 2005; Reséndiz, 2010).

Por su parte, Boscolo y Bertrando (1996) han enriquecido también al Modelo del Milán desarrollando conceptos relacionados con el *tiempo*. En su libro Los Tiempos del Tiempo, consideran que este término es un elemento imposible de excluir y que lo que se denomina como patología aparece cuando se pierde la coordinación entre los tiempos. Esto hizo que se interesaran en los tiempos y las relaciones, en los tiempos individuales, culturales y sociales así como en la coevolución y el tiempo. El pasado, presente y futuro se conecta recursivamente como un anillo auto-reflexivo.

Para el Modelo de Milán, la elaboración de hipótesis se tradujo en un proceso de evaluación, el interrogatorio circular en una técnica de entrevista y la neutralidad en una postura terapéutica (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La construcción de hipótesis señala la idea de que la terapia es un trabajo en conjunto con la familia. Sistémicamente, las hipótesis funcionan como probable explicación de una situación o problema, en la cual todos los elementos se vinculan entre sí. Nunca hay una verdad absoluta o final sino sólo ideas que pueden resultar útiles para ingresar información nueva al sistema que permita avanzar a la familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980; Reséndiz, 2010).

La neutralidad fue entendida desde una posición de curiosidad, interesándose por las distintas posiciones que existen y se pueden tomar dentro de un sistema. En ese sentido, si un(a) terapeuta logra mantener una posición neutral, se reflejará en que la familia no podría decir que se puso de parte de uno de ellos. Ser neutral implicaría esforzarse en no ser inducido(a) por el sistema familiar, siendo capaz de actuar libremente dentro de la terapia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

El concepto de circularidad representa la co-evolución del proceso que lleva la familia y terapeuta, llevada a cabo a través de las retroalimentaciones o retracciones que se dan dentro del sistema terapéutico. Es la capacidad del/la terapeuta para conducir su investigación en base a estas retroalimentaciones que la familia le da, en respuesta a la información que solicita acerca de las relaciones, de las diferencias y del cambio (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

2.1.3.4. *Intervenciones terapéuticas*

El equipo de trabajo estaba compuesto por dos parejas hombre-mujer, una de ellas realizaba la entrevista mientras que la otra observaba la sesión detrás de la pantalla unilateral. Posteriormente, este método se modificó y cada familia era entrevistada por un(a) terapeuta (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La metodología de trabajo del Modelo de Milán consistía en dividir la sesión en 5 partes que incluía una reunión previa, una entrevista, un intervalo para el debate, la intervención y el debate final con el acta de la sesión. En la reunión previa se formulaba una hipótesis preliminar que se ponía a prueba en la entrevista. Después de 40 minutos, el equipo se reunía para discutir sobre la hipótesis y acordar una intervención, la cual se pronunciaba al regreso del equipo a la sesión. Finalmente, al término de esta, el equipo se reunía para analizar las reacciones de la familia y planear la siguiente sesión. Regularmente el contrato terapéutico contemplaba 10 sesiones con intervalo de un mes entre cada sesión, el cual se modificó dado que cada persona y familia tiene su propio tiempo (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Reséndiz, 2010).

Las intervenciones que los asociados de Milán utilizaban durante las sesiones son la connotación positiva, la contraparadoja y los rituales (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987):

- ***Connotación positiva:*** se consideraba que al connotar sólo el síntoma se connotaba negativamente otra parte de la familia, dividiéndola en buenos y malos, lo cual impedía contemplarla como una unidad sistémica. Por lo anterior, se comenzó a connotar positivamente todas las conductas observables del sistema familiar, considerando el contexto y relacionándola al servicio de la homeostasis familiar. De esta forma, la connotación positiva además de permitir el acceso del/la terapeuta al modo sistémico,

estaba dirigida hacia las tendencias de automantenimiento del sistema global. Como parte de su proceso evolutivo, en el Modelo de Milán, este término se ha transformado en *visión positiva*, que señala un reconocimiento a la identidad del sistema (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

- **Rituales:** es un ordenamiento de la conducta en el seno de la familia para determinados días o momentos que puede ejecutarse una sola vez o ser repetitivo. Los rituales son prescripciones cuyas normas nuevas tácitamente sustituyen a las precedentes (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).
- **Contraparadoja:** a través de una connotación positiva, se prescribe que se mantenga la secuencia de un comportamiento que ha sido definido como patológico. La contraparadoja coloca a la familia en una posición donde lo que haga, está bien rompiendo la pauta cristalizada (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

Por su parte, Selvini y Prata desarrollaron las *prescripciones invariables y el método de revelación del juego en la familia*. Las primeras son aplicadas a familias con conductas patológicas similares, con el fin de diferenciar los subsistemas familiares evitando o rompiendo con ello coaliciones intergeneracionales que pueden provocar patologías. La revelación del juego familiar consiste en develar el embrollo, es decir, develar la conexión entre el sufrimiento del/la paciente sintomático(a) con los problemas o estancamiento de la pareja conyugal. Se destrianguliza al hijo(a) del conflicto entre los padres (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1988).

De igual manera, Boscolo y Cecchin a partir de sus guías directrices de neutralidad, circularidad y elaboración de hipótesis utilizaban el *cuestionamiento circular*. Entre las taxonomías que utiliza el Modelo de Milán, se encuentra la realizada por Karl Tomm (1987), el

cual sostenía que las preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas se distinguían más por la intención que por la estructura en su sintaxis.

Karl Tomm, psiquiatra y consejero familiar canadiense, vanguardista en el desarrollo de la práctica colaborativa por más de 25 años consideraba -a partir de la noción de circularidad enfatizado y utilizado por el equipo Milán-, que las interacciones de los y las terapeutas con los y las clientes y todo lo que acontece en las conversaciones, son una co-creación. Para este autor, todas las interacciones entre terapeuta y cliente son potencialmente interventivas, lo cual lo llevó a explorar las implicaciones éticas y políticas de la práctica terapéutica (Strong, Sutherland, Couture, Godard y Hope, 2008).

Tomm (1987) mencionaba que el cuestionamiento circular permitía al/la terapeuta orientarse en las sesiones para explorar las pautas que conectan a las personas, sus ideas, premisas, sentimientos y eventos recursivos. De forma particular, las preguntas reflexivas mostradas en la tabla 4 hacen referencia como un medio para activar la autocuración.

Tabla 4
Preguntas reflexivas

Tipo de pregunta	Descripción
Preguntas orientadas al futuro	Permite explorar expectativas, metas, posibilidades hipotéticas.
Preguntas desde la perspectiva del/la observador(a)	Permite que la persona observe a otra, de cuenta de la interacción en la que participa o se auto-observe.
Preguntas de cambio de contexto	Permite visibilizar lados opuestos, complementarios o contrastantes de algo.
Preguntas sugeridas	Permite de forma intencional, incluir una sugerencia en situaciones específicas que pueda ser útil.
Preguntas normativas de comparación	Permite comparar con normas sociales, el comportamiento familiar.

Preguntas de distinción/clarificación	Permite aclarar atribuciones causales en un determinado problema.
Preguntas que introducen hipótesis	Permite a través de explicaciones tentativas, orientar y organizar las intervenciones terapéuticas.
Preguntas para interrumpir el proceso	Permite cambiar el proceso de la entrevista en situaciones donde no resulta favorable continuar.

2.1.3.5. Conclusiones

Sin duda, este es el modelo que más transformaciones ha tenido durante su desarrollo. Desde sus integrantes hasta las ideas que han transcurrido por distintas fases, el Modelo de Milán se ha co-construido recursivamente con las ideas, posturas, epistemologías e identidades, no sólo de los y las autores(as) que lo iniciaron sino también de las personas y familias que han estado involucradas en los tratamientos.

Lo anterior, me hace reflexionar en lo congruente que han sido los y las que se han asociado al modelo Milán en su postura auto-reflexiva para irse transformando en el tiempo.

La influencia de Bateson como del Constructivismo y el Construccinismo Social permea en los conceptos de irreverencia, respeto y tiempo. Boscolo y Cecchin han hecho un trabajo de resignificación, entendiendo que los tiempos bélicos y estratégicos sólo son una opción entre muchas otras.

El camino de las subjetividades, de la diversidad y de las múltiples realidades abre la perspectiva para ofrecer a las familias un mundo de posibilidades con el que puedan co-construir en el proceso terapéutico, el mejor modo para ellos de relacionarse y vivir.

2.1.4. El Abordaje Multinivel: Una hoja de ruta para la Terapia

2.1.4.1. Antecedentes del modelo

De acuerdo a Scheinkman (2008), los antecedentes del abordaje multinivel están situados en el modelo interaccional del Mental Research Institute, (Lederer y Jackson, 1968; Watzlawick y Weakland, 1977), en las ideas narrativas de White (1989, 1993), en las contribuciones sobre la organización familiar de Minuchin (1974) y Haley (1976), en las formulaciones de los procesos intrapsíquicos e interpersonales (Feldman, 1982; Scheinkman y Dekovenfishbane, 2004) y en los patrones y legados multigeneracionales descritos por Boszormenyi Nagy y Spark (1984); Kerr y Bowen (1998) y McGoldrick, Gerson y Shellenberger (1999).

Dentro de su integración teórica, el abordaje multinivel de Scheinkman (2008) también considera el ciclo de la vida familiar (Carter y McGoldrick, 1998), las perspectivas multiculturales (Falicov, 1995; McGoldrick, Giordano y García-Preto, 1996) y las contribuciones feministas en relación a la desigualdad de poder y los roles de género (Goldner, 1985; Goodrich, 1991; McGoldrick, Anderson y Walsh, 1989).

2.1.4.2. Principales representantes

Después de estar expuesta a las ideas de gente como Bowen, Minuchin, Haley, Papp, Kramer, Pinsof, entre otros autores, Michele Scheinkman desarrolló el abordaje multinivel en los años 80, como una respuesta a la división de distintas escuelas en el campo de la terapia familiar y pensando en la utilidad de resaltar diversas dimensiones de las relaciones de pareja a través de la integración de ideas claves de varios modelos en una sola hoja de ruta (Scheinkman, 2008; Esnal, 2010).

Michele Scheinkman, por más de 25 años, ha enseñado terapia de pareja en Estados Unidos, Brasil y Europa. Fue directora de entrenamiento y coordinadora del programa de terapia de pareja en el Chicago Center for Family Health. También fue miembro del departamento de psiquiatría en la Universidad de Chicago. Actualmente, es miembro del equipo docente del Ackerman Institute for the Family de la ciudad de Nueva York (Esnal, 2010).

2.1.4.3. *Premisas y fundamentos básicos*

El abordaje multinivel sugiere cómo el/la terapeuta, en colaboración con la pareja, puede explorar procesos interaccionales, socioculturales-organizacionales, intrapsíquicos e intergeneracionales que podrían participar en la dinámica de la pareja. El *objetivo general* de este enfoque es ayudar a la pareja a pasar de la reactividad a la responsabilidad de los propios sentimientos y conductas así como de un impasse a una mayor capacidad de reflexionar acerca de cómo estar en la relación (Scheinkman, 2008).

Es importante hacer mención que la integración de los aspectos intrapsíquicos del abordaje multinivel está centrada en los significados y en la historia individual, dejando de lado, el tratamiento deficitario que le da el psicoanálisis. Así mismo y de manera diferencial a los modelos estratégico y estructural, el proceso de terapia se concibe como una relación colaborativa y no como una jerarquía basada en una postura de experto(a) (Scheinkman, 2008).

La hoja de ruta propuesta por este enfoque señala tres supuestos a considerar. El primero es que *el problema que presenta la pareja se encuentra dentro de un patrón circular mantenido por los integrantes de la misma*. Este supuesto refiere que cuando los patrones o “la danza de la pareja” -denominado por esta perspectiva- escala a través de bucles recursivos de negatividad y

malos entendidos, ocasiona que la pareja no pueda escucharse, empatizar, comunicarse, negociar o resolver sus problemas (Scheinkman, 2008).

El segundo supuesto señala que *cada pareja crea su propia coreografía que varía en forma, ritmo, paso y patrón.*

Finalmente, el tercero hace mención al *efecto “de combustible” que tiene la ansiedad dentro de la danza de la pareja*, la cual puede ser derivada del mismo proceso de escalada de la pareja, provenir de factores externos como el trabajo o estar relacionada con la acumulación de daños en la historia de la relación en sí misma. Cuando un individuo es vencido por la ansiedad, él o ella puede volverse propenso a la fusión, mostrando una tendencia a ser intolerante a la separación y diferencias, buscando conseguir que la otra persona haga las cosas a su propia manera (Scheinkman, 2008).

2.1.4.4. *Intervenciones terapéuticas*

De acuerdo a Scheinkman (2008), el proceso terapéutico comienza explorando la historia de la relación de pareja: cómo se conocieron, lo que les atrajo mutuamente, el inicio de los problemas y la forma en que han intentado solucionarlos. Antes de comenzar la intervención en cada uno de los niveles, es necesario crear un ambiente de contención interrumpiendo cualquier escalada presente. Durante el proceso de colaboración, el/la terapeuta buscará *deconstruir la danza relacional* desafiando respetuosamente la posición de cada integrante para estimular formas más eficaces de comunicación, negociación y conexión.

A través de un movimiento secuencial influenciado por el trabajo de Pinosof (1983, en Scheinkman, 2008), en el abordaje multinivel se aborda una dimensión de la relación de la pareja como se muestra a continuación:

En el *nivel interaccional*, la tarea del/la terapeuta es determinar si y cómo el motivo de consulta está anclado en una danza para comenzar a desarmar el patrón. Los *objetivos* en este nivel son: 1) realizar un seguimiento de las interacciones problemáticas de la pareja para determinar su patrón; 2) identificar y desafiar el modo en que cada integrante de la pareja participa en la danza; 3) bloquear las soluciones equivocadas y la escalada, fomentando los comportamientos y significados que los lleven a una dirección prefijada y 4) promover que el/la terapeuta colabore como mediador(a) de ambas partes. En este nivel, la danza de la pareja considerada como el villano a vencer, es nombrada y externalizada.

Las *intervenciones* en el nivel uno son: 1) rastrear las secuencias de acciones y reacciones que conforman la danza; 2) bloquear las reacciones habituales de la pareja promoviendo que la comunicación pase por medio del/la terapeuta; 3) hacer reformulación de nuevas narrativas traduciendo la ira y la frustración en un lenguaje de necesidades y anhelos; 4) interpretar e interrumpir soluciones intentadas generando la búsqueda de comportamientos alternativos; 5) externalizar el patrón de tal manera que la pareja pueda percibir que esta es potencialmente controlable por ellos e identificar pequeños pasos que podría la pareja dar en la dirección correcta.

En el *nivel sociocultural-organizacional*, el/la terapeuta considerará la posible relación de los problemas en la pareja con cambios en el contexto o debido a distintas perspectivas culturales, de educación o ingreso así como inequidades que promueven la confusión sobre el estatus y el poder. Los *objetivos* en este nivel son: 1) deconstruir los significados cosificados que puedan estar presentes en la pareja; 2) hacer un reconocimiento del impacto de un evento o contexto particular en la relación considerando al mismo tiempo, la eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas; 3) identificar las tensiones surgidas de los dilemas de la organización

así como las desigualdades de poder, promoviendo que cada integrante exprese necesidades y deseos individuales y 4) negociar un quid pro quo equitativo en la relación de pareja.

Las *intervenciones* en el segundo nivel se centran en: 1) normalizar el problema, haciendo explícitas las necesidades individuales. La exploración de esto último se recomienda hacerlo en sesiones individuales con el objetivo de evitar cualquier tipo de interferencia por parte del otro miembro de la pareja; 2) promover la negociación de forma explícita de un quid pro quo en términos de reciprocidad, equidad y justicia; 3) delinear fronteras para que cada integrante de la pareja respete la autonomía del otro y 4) establecer acuerdos que se vean reflejadas en tareas que la pareja pueda realizar.

Si el trabajo realizado en los niveles de interacción y sociocultural no produce cambios, se recomienda cambiar el foco de la terapia dándole espacio a las experiencias subjetivas asociadas con las posiciones entrelazadas en la danza. En el *nivel intrapsíquico*, se realiza una mirada interna de los individuos considerando cómo las suposiciones, creencias, expectativas, sentimientos y significados acerca de sí mismo y de la relación pueden estar trabajando para mantener a la pareja en un impasse.

Este nivel se basa principalmente en el concepto del *ciclo de vulnerabilidad* (Scheinkman y Dekovenfishbane, 2004). Cuando las parejas dicen que quieren cambiar pero muestran cierta incapacidad para tomar las medidas necesarias para hacerlo, es posible que algunos sentimientos y premisas relacionadas con vulnerabilidad y estrategias de supervivencia los mantengan en el impasse. Las vulnerabilidades usualmente son el resultado de experiencias en la familia de origen, donde se pudieron haber experimentado heridas, críticas, descuidos, rechazos o

abandonos aunque también pueden provenir de la historia de la relación, de infidelidades anteriores o de una situación estresante.

Los *objetivos* en este nivel son: 1) entender cómo la perpetuación de la danza de la pareja pudiese estar relacionada con la estimulación de las vulnerabilidades individuales y 2) cómo estas vulnerabilidades disparan de forma automática estrategias de supervivencia que activan al mismo tiempo, el ciclo de vulnerabilidad.

Las *intervenciones* en el nivel intrapsíquico son: 1) detener mediante una técnica de congelamiento, la escalada de conductas, invitándoles a reflexionar sobre sus propios sentimientos, pensamientos y acciones; 2) ayudar a la pareja a nombrar sus vulnerabilidades o puntos sensibles, reconociendo las estrategias de supervivencia que se activan por las antes mencionadas; 3) promover conciencia en la pareja de la desconexión entre la experiencia subjetiva y el comportamiento de defensa manifiesto; 4) aclarar con la pareja que hay elementos de sus reacciones relacionados con el presente y el pasado; 5) animar a los miembros de la pareja a que expresen sus vulnerabilidades mientras el otro empáticamente escucha; 6) fomentar comportamientos que ayuden a separar el presente del pasado y 7) combinar sesiones individuales y conjuntas, principalmente al explorar las vulnerabilidades.

Finalmente, en el *nivel intergeneracional* se exploran asuntos pendientes que cada integrante de la pareja puede tener con su familia de origen. El/la terapeuta considera si las tensiones familiares en curso, las rupturas, las lealtades ocultas, los legados o secretos podrían estar contribuyendo a los problemas actuales del individuo o la pareja. Los principales *objetivos* en este nivel son: 1) ayudar a cada integrante de la pareja en la diferenciación de su familia de

origen que se traduzca en cambios en la manera en que se relacionan y 2) movilizar cambios sistémicos con respecto a las familias de origen si resulta necesario.

Las *intervenciones* que se tienen contempladas son: 1) mapear los patrones multigeneracionales con el fin de detectar patrones, legados y secretos; 2) establecer conexiones entre la reactividad presente en la pareja y las dinámicas de sus respectivas familias; 3) ayudar a la pareja a ensayar y actuar formas no reactivas de relacionarse y 4) si resulta útil, promover que los miembros de la pareja inviten a algunos integrantes de su familia de origen a sesiones para trabajar aspectos no elaborados de su dinámica relacional.

2.1.4.5. *Conclusiones*

De acuerdo a Scheinkman (2008), el enfoque multinivel está pensado como una hoja de ruta para ayudar a los(as) terapeutas a organizar el proceso terapéutico. Se considera cada nivel como una dimensión de la relación de pareja, sugiriendo flexibilidad para regresar y volver a explorar los niveles dependiendo de lo que suceda en cada sesión. La autora refiere que según sea el caso, el tiempo disponible o el momento en la terapia, un nivel o una combinación de los niveles será más relevante.

El trabajo intrapsíquico e intergeneracional según Scheinkman (2008) puede ser más productivo cuando los(as) interlocutores(as) ya no están atrapados en una reactividad intensa, al sentirse más seguros con el/la terapeuta y entre sí. Sólo cuando se construye este escenario de seguridad y confianza, la pareja puede hacer una pausa, reflexionar y tomar responsabilidad por sus acciones, así como escuchar y tomar decisiones sobre cómo quiere relacionarse como pareja.

Los modelos descritos sirvieron de guía para los procesos terapéuticos expuestos en el capítulo tres. La violencia contra la mujer dentro de una relación (conyugal, de noviazgo y/o familiar) fue la temática que estuvo presente en ambos casos, por lo que la colaboración terapéutica fue sensible, desde una perspectiva de género, al trabajo de empoderamiento y fortalecimiento de la agencia personal de las consultantes que vivieron esta experiencia para que pudieran elegir, de manera consentida e informada, lo mejor para sus vidas.

2.2. Análisis y discusión del tema(s) que sustentan los casos clínicos

En este apartado, se exponen de forma general, los temas principales que convergieron en los casos clínicos elegidos: la violencia contra la mujer, perspectiva de género en la terapia familiar y el empoderamiento de la mujer.

2.2.1. Violencia contra la mujer

Uno de los factores para avanzar en el desarrollo humano y en el cumplimiento de los derechos humanos es lograr que hombres y mujeres tengan las mismas oportunidades de participación en los ámbitos público y privado. El desarrollo humano implica el despliegue de libertades de hombres y mujeres para elegir opciones y formas de vida dignas. Esa libertad de elegir significa la expansión de las capacidades de las personas: gozar una vida saludable, contar con educación, conocimientos e información, y poder tener acceso a recursos materiales que permitan lograr la vida que se aspira como persona y sociedad (INEGI, 2006).

Posiblemente el freno más recurrente en la participación de las mujeres en la toma de decisiones, tanto en la esfera pública como la privada, es la violencia que sistemáticamente se ejerce sobre ellas. La discriminación, la violencia y la amenaza de la violencia que padecen las

mujeres por el hecho de serlo, las frenan en el desarrollo de sus capacidades, inhiben el ejercicio de la libertad y en consecuencia, se violentan sus derechos fundamentales (INEGI, 2006).

La integridad física y psicológica de las mujeres y su autonomía, es decir, sus oportunidades de vida, la expresión de la individualidad y su participación pública, se ven amenazadas por la violencia machista, que acaba por deslegitimar al Estado como garante. Entre otros casos gravísimos de violaciones a los derechos humanos de las mujeres pueden señalarse: la denegación de justicia por la falta de prevención e investigación de las desapariciones y homicidios de mujeres en Ciudad Juárez; el secuestro de la periodista Lydia Cacho por haber denunciado una red delincencial de pederastia y las violaciones a mujeres en el caso de San Salvador Atenco por policías del Estado de México en los enfrentamientos del 2006 (INEGI, 2006; Agoff, Casique y Castro, 2013).

Le corresponde al Estado utilizar su poder para legislar, sancionar y perseguir penalmente la violencia así como legislar para prevenirla. El Estado es la arena en donde se dirimen los conflictos de manera discursiva y se redefine el significado de género, violencia y los derechos de los(as) ciudadanos(as). Atender la discriminación y la violencia es un imperativo urgente si se quiere alcanzar mejores niveles de desarrollo que abarque el ejercicio de la ciudadanía plena de las mujeres (INEGI, 2006; Agoff, Casique y Castro, 2013).

Resulta necesario hacer énfasis que la violencia no ocurre nunca de manera aislada sino que está siempre inmersa en un contexto social determinado. Para analizar la estructura social, hay que ver cómo está organizada la sociedad y cuáles son sus contenidos. La estructura no es algo tangible, por ello, se requiere analizar sus componentes: cultura, normas y valores (Torres, 2013 en Agoff, Casique y Castro, 2013). Los estudios sobre violencia contra las mujeres han sido

impulsados de manera central por la perspectiva de género, la cual hace patente las causas profundas de esta y propone como salida, modificaciones importantes a las relaciones tradicionales de género, entre otras, el empoderamiento de las mujeres. Sin duda, la inclusión del género como aspecto determinante de una violencia específica ha ganado terreno en el debate teórico, en la definición de políticas públicas y en la promulgación de leyes ad hoc (Agoff, Casique y Castro, 2013).

Para Rayas (2013, en Agoff, Casique y Castro, 2013), el género es una relación social que además de expresar posiciones de poder/dominación, jerarquiza de manera universal a las sociedades en operaciones de inclusión/exclusión, en las que lo masculino ocupa el término superior, en tanto que lo femenino, el inferior, de subordinación. La clave de cómo actúa el género se encuentra en la dinámica de las relaciones sociales, ya que se trata de un elemento constitutivo de estas, basado en las diferencias que distinguen a los sexos. Considerar la jerarquización entre hombres y mujeres como algo natural y no el resultado de construcciones sociales, contribuye a la persistencia de la objetivación (negarle a las mujeres los atributos de un sujeto actuante) y esencialización de las mujeres, atribuyéndoles características tradicionales del género, tan solo por su apariencia, dejándolas de ver como individuos.

En México se han impulsado diversas acciones desde los distintos órdenes y niveles de gobierno, orientados a promover y hacer efectiva la equidad de género y la no discriminación contra las mujeres. En esta serie de acciones, se destacan los logros en materia legislativa, con la promulgación de la Ley del Instituto Nacional de las Mujeres, la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y la Ley sobre Trata de Personas (INEGI, 2006).

De acuerdo a Casique (2017), la aprobación en 2007 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) cristalizó el compromiso del Estado mexicano de prevenir, atender, sancionar y erradicar este problema, estableciendo entre diversas acciones, el desarrollo, generación y publicación periódica de información estadística sobre violencia contra las mujeres. A partir de la implementación de la LGAMVLV se estableció la creación del Banco Nacional de Datos e información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres (BANAVIM).

Desafortunadamente, el registro de la violencia contra las mujeres resulta insuficiente y sesgado debido a la ausencia de congruencia y homogeneidad en los datos que se producen en una misma institución o fuente de información administrativa en distintos momentos, además de que muchas mujeres sólo tienden a acudir a instancias de salud y de justicia cuando las agresiones que sufren son muy severas o violentas, por lo que los registros administrativos únicamente tienden a captar determinadas expresiones de violencia contra ellas, usualmente violaciones, agresiones físicas severas o feminicidios (Casique, 2017)

Pese a los esfuerzos y avances importantes en el ámbito de las leyes generales y en el registro de la violencia, las mujeres siguen siendo tratadas sobre las bases de una discriminación histórica. En ninguna entidad federativa del país, se puede enunciar que exista una igualdad de trato y oportunidades entre hombres y mujeres (INEGI, 2006).

Como lo menciona Fisas y Torres (1998, 2013, en Agoff, Casique y Castro, 2013), acabar con todas las formas de violencia que permea cada espacio de nuestra sociedad, implica dismantelar la cultura, las instituciones y las prácticas definidas a partir de un modelo de supremacía y dominación masculina, que enseña, autoriza y alienta de múltiples maneras a los

hombres, a ser despectivos, ofensivos y/o violentos hacia las mujeres y hacia algunos hombres que no se ajustan al modelo de masculinidad hegemónica.

2.2.1.1. Concepto de violencia contra la mujer

Si bien no existe una definición unívoca de violencia ya que algunos análisis enfatizan el daño producido mientras otros estudios subrayan la situación de las víctimas y el contexto social en el que se produce el acto violento, en 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas definió la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia basado en su género, que resulte o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada”. Posteriormente, en la convención Belem Do Pará, en 1994, se reconoció como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Casique, 2017).

A partir de las diversas definiciones que se han producido, se ha derivado el reconocimiento de distintos tipos de violencia según el ámbito en el que tiene lugar (doméstica o familiar, comunitaria, educativa, laboral o institucional) y la naturaleza de la agresión (psicológica o emocional, física, obstétrica, sexual, económica o patrimonial).

2.2.1.2. Tipos de violencia contra la mujer

De acuerdo a Torres (2013, en Agoff, Casique y Castro, 2013), la violencia contra la mujer es una expresión de la desigualdad social manifestada de muy diversas maneras; a veces de forma clara y contundente, como en los asesinatos de mujeres o violaciones tumultuarias; en otras se sabe que está presente pero es difícil detectarla, como en el caso del hostigamiento sexual, y en

otras tantas, parece agazaparse en los pliegues sutiles del lenguaje, que mediante lo simbólico, condena, discrimina o invisibiliza. Entre los tipos de violencia que se pueden distinguir, se encuentran:

- *Violencia sexual*: el hostigamiento sexual, la violación y los feminicidios son expresiones de este tipo de violencia, las cuales, además de resultar denigrantes para la mujer, afianzan la posición de dominio masculino. El hostigamiento sexual es una práctica cotidiana que se expresa en gestos, ademanes, palabras y en algunos casos, tocamientos que invaden la libertad, intimidad y el cuerpo de la víctima con un contacto no deseado. La violación, considerada más grave que el hostigamiento, se concreta con el sometimiento y la penetración forzosa del agresor sobre el cuerpo de la víctima, dejando una huella indeleble en esta. El feminicidio es la expresión de violencia extrema, al incluir el hostigamiento, el secuestro, la violación, mutilación y/o el asesinato de la mujer. El término feminicidio refiere la muerte violenta de mujeres precisamente por ser mujeres. El factor de riesgo es el género (Torres 2013, en Agoff, Casique y Castro 2013).
- *Violencia física*: cualquier acto que inflige daño no accidental a la mujer, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones internas, externas o ambas. En muchos casos, la violencia física se aparece cuando la mujer se resiste a la violencia psicológica. Las mujeres rara vez se sentirán víctimas cuando las agresiones físicas no son frecuentes, por lo que difícilmente decidirán denunciar (Hirigoyen, 2006; SEDESOL, 2017).
- *Violencia psicológica*: señala cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica; puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad,

comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, que conllevan o puedan llevar a la mujer a la depresión, aislamiento, devaluación de su autoestima o suicidio. Refiere negar a la persona y considerarla como un objeto; los modos de proceder del agresor están destinados a someter a la víctima, controlarla y mantener el poder (Hirigoyen, 2006; SEDESOL, 2017).

- *Violencia económica:* refiere toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la mujer. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral (SEDESOL, 2017).

En un contexto de desigualdad social hay un desequilibrio de poder que se refuerza luego de cada episodio violento. El hombre que golpea, insulta, asedia, viola o hasta mata a una mujer, se coloca en una posición de superioridad con respecto a la víctima. Desde esa postura decide someterla, disponer de su cuerpo y aun de su vida. Aunado a las formas visibles e identificables de violencia contra la mujer que fueron expuestas, también existen aquellas que se ocultan y destilan tras lo aparentemente casual (Agoff, Casique y Castro, 2013).

Si bien la experiencia individual, la cultura y las estructuras sociales son susceptibles de transformación y de hecho se modifican continuamente, algunas formas de violencia contra la mujer están tan arraigadas que se toman como algo “normal” por lo que resulta difícil alterarlas. En otras palabras, están naturalizadas, como si fueran independientes de las prácticas sociales y simbólicas. El proceso de naturalización de la violencia despoja a las víctimas de su humanidad. Cuando el agresor busca sojuzgar, someter o controlar los actos y hasta los sentimientos de otra persona, opera una idea de que esta no merece el mismo trato que la persona violenta considera merecer (Torres, 2013 en Agoff, Casique y Castro, 2013).

En determinados contextos, la violencia contra la mujer está tan generalizada que ha pasado a formar parte de la vida cotidiana. Si en un polo está la violencia manifestada con muerte, golpes y heridas, en el otro, se encuentra un conjunto de incivildades; es decir, ataques cotidianos al derecho de ser respetada, reflejados a través de palabras hirientes, groserías, humillaciones, chistes, sexismo y chantajes. Estas incivildades han sido nombradas como violencias cotidianas o como lo señala Debarbieux (2002, en Agoff, Casique y Castro, 2013) microviolencias.

Debarbieux, Blaya y Vidal (2003, en Agoff, Casique y Castro, 2013) consideran a las microviolencias tan importantes como cualquier otra fuente de estrés que produce en las víctimas sentimientos de inseguridad. La violencia no es sólo un hecho excepcional, brutal o impredecible sino también el resultado de frecuentes, “banales” e irritantes pequeñas agresiones. Es tanto un clima como un hecho.

2.2.1.3. *Ámbitos donde se ejerce violencia contra la mujer*

La violencia contra las mujeres constituye un problema que padecen todas las mujeres en algún o algunos ámbito(s) o espacio(s) de su vida, conformando el principal obstáculo para la realización de sus derechos humanos (Vega, 2013 en Agoff, Casique y Castro, 2013). Algunos de los ámbitos en el que se presenta la violencia, son los siguientes:

- *Violencia patrimonial*: se entiende como la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades. Puede abarcar los daños a bienes comunes o propios de la mujer (INMUJERES, 2014).
- *Violencia escolar*: hace referencia a situaciones, conductas o prácticas en pasillos, aulas y/o patios de las instituciones de enseñanza de los distintos niveles educativos que

violentan la sexualidad, dignidad, bienestar, desarrollo y salud de las mujeres, teniendo como efecto intimidatorio, la adopción de conductas de evitación para no ser blanco de tales prácticas. Entre las formas en que la violencia se hace presente están: los insultos, miradas, chistes, gestos, burlas, “piropos”, comentarios, rumores, chismes, insinuaciones, risas, empujones, pellizcos, roces y apretones. Pasar al pizarrón, ser elocuentes en clase, mostrarse competitivas, externar molestia o puntos de vista singulares, ser vistas como guapas o feas, no ajustarse al modelo de feminidad dominante y ser asertivas, son algunas de las situaciones que exponen a la mujer a ser objeto de violencia por parte del sistema patriarcal (Mingo, 2013 en Agoff, Casique y Castro, 2013).

- *Violencia laboral*: abarca todas aquellas conductas dentro del ámbito de trabajo o ligado a este que atentan contra la integridad física y/o psicológica de la mujer; pueden llegar a afectar las condiciones de trabajo (contratación, sueldo, prestaciones, etc.) o limitar el ascenso de nivel influyendo negativamente en la temporalidad del puesto. Este tipo de violencia puede provenir del jefe o patrón así como de compañeros de trabajo (INMUJERES, 2014).
- *Violencia comunitaria*: se manifiesta con agresiones psicológicas, físicas y sexuales perpetradas tanto por conocidos como desconocidos (INMUJERES, 2014).
- *Violencia familiar*: es cualquier acto abusivo de poder u omisión intencional dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantenga o haya mantenido una relación de hecho (SEDESOL, 2017).

- *Violencia de pareja*: refiere todo acto, actitud o expresión que genere o que tenga el potencial de generar, daño emocional, físico o sexual a la pareja afectiva con la que se comparte una relación íntima (Agoff, Casique y Castro, 2013)

Al estudiar y encarar el fenómeno de la violencia dentro de la relación de pareja y/o familiar, en el que un miembro (generalmente una mujer) recibe reiterados malos tratos por parte de otro que tiene más fuerza o más poder (generalmente un hombre), se ha advertido la presencia de ciertas condiciones que posibilitan la repetición de tales interacciones, llevando a generarse un circuito de abuso o violencia (Ravazzola, 1997).

2.2.1.4. *Ciclo de violencia contra la mujer*

Hirigoyen (2006) menciona que en algunas relaciones donde hay ejercicios de violencia pueden presentarse ciclos que, como una espiral al acelerarse con el tiempo, va adquiriendo una intensidad creciente. Poco a poco, el periodo de remisión disminuye y el umbral de tolerancia de la mujer aumenta, lo que colabora en que le parezca normal la violencia, incluso la justifica. En un determinado momento, si ninguna ruptura interrumpe el proceso, la vida de la mujer puede estar en peligro. De modo clásico, el ciclo de la violencia se desarrolla en cuatro fases de manera repetitiva.

- *Fase de tensión*: se caracteriza por presentar irritabilidad del hombre, relacionada con preocupaciones y dificultades de la vida cotidiana. Durante esta fase, la violencia no se expresa de modo directo sino que se transparenta a través de la gestualidad (silencios hostiles), actitudes (miradas agresivas) o el timbre de voz. Todo lo que hace la mujer suscita nervios. Al comenzar a sentir tensión, la mujer puede bloquearse; se esfuerza por ser amable y calmar la agresividad para disminuir la tensión. Esto conlleva a que renuncie

a sus propios deseos y se comporte de un modo que satisfaga al agresor. En esta fase, el hombre tiende además de responsabilizar a la mujer de sus frustraciones y el estrés que hay en su vida, mostrar violencia verbal hacia ella.

- *Fase de agresión:* el hombre tiende a perder el control de sí mismo; pueden producirse gritos, insultos, amenazas. La violencia física se inicia de modo progresivo: empujones, brazos retorcidos, bofetadas, puñetazos y posiblemente, el uso de un arma. En esta fase, el hombre puede mostrar el deseo de mantener relaciones sexuales para marcar mejor su dominación. Los hombres suelen hablar del estallido de violencia como un alivio, una liberación de energía acumulada. La mujer tiende a no reaccionar por miedo; puede llegar a protestar pero no se defiende de las agresiones. Estas últimas suelen provocar en la mujer tristeza y un sentimiento de impotencia. Cualquier reacción de ira no hace más que agravar la violencia del agresor, por eso la mujer se siente indefensa; ve como “única” solución, la sumisión.
- *Fase de disculpas:* el hombre trata de anular o minimizar su comportamiento; buscará deshacerse de cualquier remordimiento, dando explicaciones que puedan liberarle de algún sentimiento de culpa. Responsabilizará a la mujer diciendo que ella lo provocó o justificará su comportamiento con motivos externos (alcohol o sobrecarga de trabajo). La función de esta fase es culpabilizar a la mujer y propiciar que se olvide la ira. La mujer se dirá a sí misma que mostrándose más atenta y modificando su comportamiento, evitará que el hombre vuelva a irritarse. El hombre puede pedir perdón, diciendo que no se repetirá, que asistirá con un(a) profesional de la salud. Si la mujer logra marcharse de la relación, se pondrá en contacto con un(a) conocido(a) para convencerla de que regrese. Frecuentemente, las mujeres se creen a ciegas las promesas hechas y conceden

rápidamente el perdón. El hombre puede aprovechar el momento para justificarse hablando de su infancia para chantajear a la mujer.

- *Fase de reconciliación*: es referida como “luna de miel”. El hombre adopta una actitud agradable, mostrándose atento y solícito. Ayuda en las tareas domésticas; se puede mostrar amoroso, ofrece regalos, flores y se esfuerza por tranquilizar a la mujer. El miedo al abandono es lo que produce en el hombre el cambio de actitud y ese mismo miedo, es lo que más tarde, les conducirá a recuperar el control de la relación. Durante esta fase, las mujeres recuperan la esperanza, piensan que van a “curar” a ese hombre herido y que con “amor”, todo cambiará. Estas creencias colaboran en que aumente su umbral de tolerancia a la violencia. Mientras que el miedo que siente durante el periodo agresivo podría alentar el deseo de terminar con la situación, el comportamiento del hombre durante la fase de reconciliación la incita a quedarse, de manera que el ciclo de violencia puede volver a empezar.

En la vida cotidiana, muchas mujeres ofrecen regularmente dos tipos de explicaciones subjetivas sobre las razones de la violencia que ejercen sus parejas hacia ellas. Por un lado, están aquellas que atribuyen la violencia a fuerzas externas al hombre, ajenas a una intención de maltrato y como expresión incontrolada de afectos. Las mujeres que utilizan estas explicaciones no parecen sentirse víctimas de una injusticia, sino que dan muestras de un sufrimiento que se vive como inevitable y, en casos extremos, como legítimo (Agoff, Casique y Castro, 2013).

El otro tipo de explicaciones sobre el origen de la violencia de pareja apunta a la idea de un acto consciente y de un castigo intencionado por parte del hombre que se origina en el supuesto “mal comportamiento” de la mujer. Aunque las mujeres atribuyen responsabilidad al hombre de su abuso, también se hacen presentes sentimientos ambivalentes de impotencia, culpa y rabia. La

duda acerca de la responsabilidad del maltrato que se expresa en el sentimiento de culpa en la mujer obedece a la socialización de género, que transmite la creencia de que el incumplimiento de ciertas expectativas de comportamiento femenino, puede resultar en violencia (Agoff, Casique y Castro, 2013).

También es fruto de esta socialización, la idea de que la violencia es algo inevitable, ya sea porque la mujer escogió a ese hombre, y por tanto, ella es responsable de la situación, o porque “todas” las mujeres atraviesan por eso, como una suerte de destino “natural” o “propio” de toda mujer. Estas ideas reflejadas en explicaciones y discursos ponen de manifiesto que la mayoría de las mujeres no asocian de manera automática la violencia masculina con el agravio o la injusticia de ser víctima de un delito. Los sentimientos de vergüenza y culpa expresados por las mujeres ponen de evidencia la dificultad para cuestionar las normas y valores sociales que orientan el comportamiento de hombres y mujeres, y que constituyen la base de la justificación y legitimación de la violencia (Agoff, Casique y Castro, 2013).

Ravazzola (1997) menciona que dentro del discurso de los que participan en un *círculo* donde se practican abusos relacionales, se advierten la presencia de principios propios de sistemas autoritarios como lo es el patriarcal. Entre los actores referidos como la persona que ejerce violencia y la que lo recibe, se distinguen una serie de ideas que no son cuestionadas por ninguno de los y las participantes con la fuerza suficiente para disminuir su impacto. Por ejemplo, en la *persona que ejerce abuso*, se hacen presentes concepciones de “dueñez”, la cual hace referencia a la suposición de pertenencia de las personas como si fueran objetos; la impunidad se manifiesta en una evasión de toda responsabilidad por la violencia ejercida, a través de frases como: “es mejor que no me provoque, si no lo hace, yo no soy violento” o “ella hace cosas que me sacan de quicio”. También pueden observarse, ideas de centralidad y control, tales

como: “mi criterio es el que vale, no va a ser ella quien me diga lo que tengo que hacer” “no le voy a tolerar desplantes delante de mis amigos”, “el jefe de la familia soy yo”.

Por su parte, en la *persona receptora de un ejercicio de abuso*, se aprecian creencias de incondicionalidad hacia las necesidades de otros; las mujeres suelen pensar que su marido o pareja cambiará su conducta abusiva a medida que vaya experimentando la paz de contar con alguien incondicional. También se hacen presente el amor, entendido como la sensación de necesitar a alguien o ser necesitado por considerar que el otro está enfermo o vulnerable. De igual forma se manifiesta una disminución del poder y el valor propio ya que estos han sido silenciados por los mandatos sociales que determinan quién los tiene y cómo deben ejercerlos, dejando a las mujeres en el último lugar para detentarlos. Finalmente, en el circuito de abuso, las personas que son receptoras de abuso y violencia, ven disminuido su registro de malestar, ya que sus necesidades y deseos están anestesiados para poder seguir desempeñando el papel de cuidadora de relaciones (Ravazzola, 1997).

Bajo estas premisas, resulta evidente que la violencia contra las mujeres tiene sus raíces en actitudes y normas culturales que dan a los hombres supremacía sobre las mujeres. El hombre, con cada uno de sus actos abusivos, reafirma su hombría al identificarse con las creencias sociales sobre la masculinidad que tiene una determinada sociedad. Su víctima no es sólo la destinataria de su violencia sino también el medio para que pueda satisfacer el ejercicio de un poder legitimado por un sistema patriarcal (Velázquez, 2003). La violencia, adoptada de múltiples formas, tiene consecuencias para la salud, bienestar y desarrollo de la mujer.

2.2.1.5. *Consecuencias de la violencia contra la mujer*

La violencia tiene efectos inmediatos sobre la salud de la mujer, que en algunos casos son mortales. Las consecuencias físicas, mentales y conductuales sobre la salud, también pueden persistir tiempo después de que haya cesado la violencia (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Entre los efectos se pueden señalar:

- *Sobre la salud física:*
 - *Lesiones físicas agudas o inmediatas:* manifestadas a través de hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, así como fracturas de huesos o dientes.
 - *Problemas crónicos de salud:* manifestados a través de dolores crónicos en espalda, abdomen, cabeza, pelvis y/o colon; trastornos del aparato digestivo, pérdida de memoria, problemas para caminar y/o realizar actividades cotidianas.
 - *Mutilación genital femenina y muerte:* todas las formas de mutilación genital femenina pueden causar hemorragia y dolor inmediatos; se asocian con riesgos de infección y con complicaciones obstétricas y de muerte perinatal.
- *Sobre la salud sexual y reproductiva:*
 - *Trastornos y traumatismos ginecológicos:* las mujeres víctimas de violencia sexual presentan tasas mayores de problemas y traumatismos ginecológicos que otras mujeres, por ejemplo, infecciones y/o desgarramientos vaginales, fistulas, hemorragias, dolor durante las relaciones sexuales, dolor pélvico crónico o infecciones de las vías urinarias, ulceraciones y otras lesiones genitales o complicaciones durante el parto.

- *Embarazo no planeado o no deseado*: el riesgo de embarazo no deseado puede obedecer directamente a un coito forzado o a la dificultad de negociar el uso de condón o de métodos anticonceptivos en una relación de maltrato o indirectamente a comportamientos sexuales de alto riesgo vinculados con antecedentes de abuso sexual en la niñez o la adolescencia.
- *Aborto o aborto inseguro*: las niñas y mujeres que quedan embarazadas como resultado de una relación sexual forzada, a menudo interrumpen su embarazo independientemente de que tengan o no acceso a un aborto sin riesgos. La violencia infligida por la pareja, la violación por hombres distintos de la pareja y las relaciones sexuales de carácter transaccional se asocian con tasas más elevadas de interrupción del embarazo.
- *Infección por VIH y otras infecciones por transmisión sexual*: la violencia puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a las ETS (enfermedades de transmisión sexual) debido a la dificultad de rechazar una relación sexual, negociar el uso de condón o desgarrar la vagina, lo cual aumenta el riesgo de VIH.
- *Mortalidad materna y otras consecuencias relacionadas con el embarazo*: la violencia física y sexual durante el embarazo está vinculada con muchas complicaciones, entre ellas, el escaso aumento de peso materno, aborto espontáneo, mortinatalidad y muerte materna.
- *Sobre la salud mental*:
 - *Depresión, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios.*
 - *Estrés, estrés postraumático y trastornos de ansiedad.*
 - *Autoagresión e intentos de suicidio.*
 - *Autovaloración disminuida.*

- *Sobre la conducta:*
 - *Uso nocivo de alcohol u otras sustancias.*
 - *Elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida.*
 - *Tasas bajas de uso de anticonceptivos y condones.*
 - *Dificultad para mantener límites personales y rechazar insinuaciones sexuales no deseadas.*

La gravedad de los efectos de la violencia puede verse afectada por factores que dependen del contexto, tales como: la pobreza, las prácticas culturales y/o religiosas, el acceso a servicios de salud, jurídicos y de otro tipo de apoyo, el entorno legal y político (Organización Panamericana de Salud, 2013).

Por lo expuesto anteriormente, es necesario y valioso hacer visible y nombrar la violencia en cualquiera de sus formas. Gilberti y Fernández (1992, en Agoff, Casique y Castro, 2013) señalan que poner nombre al malestar, no es exclusivamente un acto semántico o un hecho del discurso; la capacidad de dar existencia explícita, de publicar, de visibilizar, de enunciar, de teorizar aquello que, al no haber accedido a la experiencia objetivada colectiva, continuaba en estado de experiencia individual, privada, como malestar, expectativa, ansiedad, inquietud, frustración, representa un poder social.

2.2.1.6. Atención especializada para la violencia contra la mujer

De acuerdo a SEDESOL (2017), entre las instancias encargadas de atención a mujeres en situación de violencia, están las Casas de la Mujer Indígena, la Ciudad de las Mujeres, los Centros de Justicia para las Mujeres, la Red Nacional de Refugios y los Centros de Atención a Víctimas Especializados (CAVI). No obstante estos centros de servicio, a nivel nacional sólo

existen 292 unidades de atención médica que prestan servicios en materia de prevención y atención de la violencia familiar y de género. Las clínicas de salud son las que frecuentemente tienen el primer contacto con las mujeres víctimas de violencia. Desafortunadamente, las mujeres que buscan ayuda suelen no revelar las causas reales de sus lesiones.

Cabe destacar que nuestro país cuenta con una Norma Oficial para la atención de la violencia: NOM-046-SSA2-2005. “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”. En esta norma, se establecen los criterios de detección, atención integral (médica, psicológica y jurídica) y prevención a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos. Sin embargo, estas normas son poco conocidas o desconocidas por los y las prestadores(as) de servicios de salud, quienes en muchas ocasiones, pueden reproducir la violencia al no dar importancia o cuestionar a la mujer sobre la situación que vive debido a que carecen de perspectiva de género (SEDESOL, 2017).

Como señala Magallón (2006, en Agoff, Casique y Castro, 2013), para intervenir y erradicar la violencia contra la mujer, es necesario desvincular la relación culturalmente construida que hay entre esta y la masculinidad; requiere necesariamente de desmontar no sólo la imagen y los roles sociales de los varones, sino también las imágenes y roles sociales tradicionales de las mujeres. Supone trascender los modelos hegemónicos de poder y de género, con el fin de co-construir nuevas identidades orientadas hacia una cultura de cuidado y responsabilización frente a la vida, fundamentada en la equidad y sin resquicios para la violencia.

2.2.2. Perspectiva de género en la terapia familiar

Para el feminismo, cuya misión es transformar la índole del orden social, resulta indispensable incluir la experiencia de las mujeres en todas las formulaciones de la experiencia humana y eliminar el predominio de las premisas masculinas. Esta filosofía hace un reconocimiento de que las mujeres y los hombres tienen diferentes experiencias de sí mismos, del otro(a) y de la vida. En ese sentido, *la perspectiva feminista* no busca culpar al hombre como individuo de un sistema social existente sino que trata de comprender y cambiar el proceso de socialización que determina que hombres y mujeres sigan pensando y actuando dentro un marco sexista, dominado por un patriarcado (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Las fuerzas de los usos y costumbres para regular la vida social y el rol que desempeña la comunidad como la fuente del reconocimiento social por excelencia, supone un obstáculo para que las mujeres tomen conciencia de sus derechos y los ejerzan. Frente a la violencia de pareja, apelar a los derechos, a la dignidad o a los valores más individuales vinculados con el respeto y la autonomía de la mujer puede poner en riesgo la posibilidad de autoafirmación que les confiere un matrimonio unido y la relación familiar. Esta contradicción es lo que viven todos los días las mujeres, quienes para defender su integridad individual, se enfrentan a la cuestión no sólo de perder su propia valoración social sino también, al dilema de “traicionar” a su pareja y/o familia, cuyos estatus están también sujetos a su “buen comportamiento y sometimiento”. En ese sentido, *la familia ocupa un lugar central en el pensamiento feminista* dado que es la fuente fundamental donde se realiza la transmisión de normas y valores de una cultura además de ser el lugar donde por primera vez, se aprende lo que significa ser masculino y femenino (Agoff, Casique y Castro, 2013; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Concebida como unidad social, la familia se encarga de expresar los valores, expectativas y roles de una sociedad determinada, produciendo así al niño-hombre y a la niña-mujer. A través de *procesos de socialización*, se enseñan tareas de forma diferencial para cada uno de los sexos; mientras que a los niños-hombres se les socializa para ser jefes de familia y autoridad reconocida en el mundo, a las niñas-mujeres se les transmite la idea de ser armonizadora, educadora y guardiana de la familia y de la paz. Desde la socialización primaria, niñas y niños interiorizan modelos ideales, que comprenden entre otras cosas, el aprendizaje de pautas características del ejercicio del poder por parte de los hombres y la aceptación y adecuación por parte de las mujeres. Estos *roles estereotipados de género* han colocado al hombre en una posición dominante y a la mujer en una de subordinación (Agoff, Casique y Castro, 2013; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

2.2.2.1. *Estereotipos de género*

En las tareas basadas en el género, la perspectiva feminista señala que existen tres *supuestos centrales sobre los roles masculinos y femeninos*: el primero refiere que los hombres creen que deben tener siempre el privilegio y el derecho de controlar la vida de las mujeres; el segundo señala que las mujeres creen que son responsables de todo lo que va mal en una relación humana, en tanto que el tercero menciona que las mujeres creen que los hombres son esenciales para su bienestar. Estos tres supuestos al combinarse, crean casi todas las interacciones y problemas de los hombres con las mujeres (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Las *mujeres* son socializadas con la expectativa de que su principal meta en la vida es cuidar de otros, por lo que sus vidas se centran en actividades que conducen al engrandecimiento de otros y no de ellas. El sentido que tienen de sí mismas está ligado en afiliaciones y relaciones

personales que requieren el desarrollo de capacidades y cualidades de afectuosidad, expresividad emocional y empatía. Como lo señala Miller (1976, en Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991) *una gran parte de la autovaloración de las mujeres se asocia con el hecho de dar*. A la mujer se le prepara para ser la encargada de confortar, pacificar y conciliar en los conflictos, amoldándose a los intereses de los demás (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

A diferencia de las mujeres, el sentido de sí mismos que tienen los *hombres* se basa en el logro y no en las relaciones personales. El hecho de dar no forma parte de su autoimagen ya que esta se conecta con la circunstancia de hacer. *Su definición de masculinidad proviene de los roles fuera de la familia y de sus posiciones de liderazgo*. Las relaciones íntimas son situaciones que deber ser refrenadas, a menudo son experimentadas como impedimento o trampas. Pero si bien los hombres se defienden contra la amenaza que implica el amor y la intimidad, su necesidad de tenerlos no desaparece y exigen de las mujeres lo que ellos mismos tienen miedo de dar y recibir (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Para Celia Amorós (1990, en Agoff, Casique y Castro, 2013), dentro de un sistema de dominación masculina existen *pactos patriarcales*, entendidos como un conjunto de prácticas reales y simbólicas en la que la virilidad es una suerte de fantasía que regula los comportamientos de los hombres, la cual incluye como eje principal, el rechazo de todo lo femenino. La virilidad como imagen alterada, se valora porque implica alguna forma de poder, al menos, “de poder estar del lado de los que pueden”.

Torres (2013, en Agoff, Casique y Castro, 2013) indica que los pactos patriarcales son acuerdos, a veces explícitos y muchas veces tácitos, que los hombres suscriben mediante diversos comportamientos desde esa posición de supremacía genérica; el objetivo es afianzar la

concepción de virilidad. Muchas veces, el contenido del pacto implica la violencia contra las mujeres. En su forma más laxa, los pactos excluyen a las mujeres de manera no represiva, simplemente, no se les toma en cuenta. De esta forma, todo sistema de dominación delimita espacios jerárquicos dotados de significación y asignados a grupos determinados. Así, algunos espacios físicos y también simbólicos se crean y definen para las mujeres, por oposición a los espacios de reconocimiento y poder que son exclusivos de los hombres.

Bajo esta lógica, ambos sexos se ven privados de la experiencia de interactuar en circunstancias de equidad; las mujeres son reticentes en cuanto a exigir lo que necesitan pues no se sienten con el derecho de que sus necesidades sean satisfechas y temen parecer egoístas. Por su parte, los hombres son renuentes a reconocer cualquier necesidad emocional por temor a sentirse humillados o rechazados. Han aprendido a no expresar sus sentimientos y pedir lo que quieren porque dan por sentado que una mujer se ocupará de satisfacer sus necesidades físicas y emocionales. No obstante, continúan siendo las mujeres las receptoras de desigualdad, discriminación y violencia por estos estereotipos de género (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Los miembros de una pareja y/o familia deberían poder expresar abiertamente sus desacuerdos y conflictos, pero la prohibición social contra la expresión directa del sentimiento de cólera o enojo, en especial para las mujeres, tiene un efecto represor sobre su capacidad de practicar el tipo de intercambio necesario para resolver sus diferencias. A la mujer se le transmite el mensaje de que la imagen de una persona responsable de cuidar a los demás es incompatible con la de alguien colérica, además de que la expresión de este sentimiento, resulta amenazador porque es un agente de cambio personal y social que desafía el statu quo. Para los hombres, es más permisible expresarlo ya que se asocia como fuente de su poder aunque no lo muestran hacia

lo que lo provoca, ni en el momento o lugar en que corresponde, en vez de ello, suelen desviarlo hacia otros, usualmente, hacia los que ocupan posiciones de subordinación como puede ser la esposa, madre, novia, pareja o hijos (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

El enojo o cólera de los hombres puede ser más atemorizadora y destructiva que la de las mujeres cuando asume la forma de *violencia física*. Es más común para los hombres recurrir a la violencia física cuando se enfurecen, lo cual los hace más peligrosos debido a su mayor fuerza y tamaño. En casos menos extremos, cuando los hombres se limitan a la agresión verbal, su furia puede igualmente paralizar a las mujeres, dado que la posibilidad de la violencia está siempre presente (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991). Las feministas han revelado *la relación entre la violencia sexual, física y emocional, y la intimidad del hogar como ámbito propicio para el ejercicio de la prerrogativa masculina*. El supuesto de que lo que sucede “detrás de las puertas cerradas” no es asunto de la sociedad oculta la violación a los derechos individuales y fundamentales que miles de mujeres viven día a día. (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Después de lo expuesto, se puede señalar que los estereotipos de los roles basados en los géneros son perjudiciales porque oprimen y limitan los deseos, las expectativas, conducta y desarrollo de las personas. La *distribución de poder* no es un suceso casual ni un asunto interpersonal, es un asunto de clases y estructural: la clase de los hombres domina a la clase subordinada de las mujeres. Se ha dado por supuesto que lo que es bueno para la familia es bueno para todos sin reconocer que los individuos de la familia no son iguales en status, recursos y poder (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

En ese sentido, *la perspectiva feminista exige la reelaboración del lenguaje y la creación de modelos terapéuticos* que puedan iluminar mejor las contradicciones y consecuencias del punto de interacción entre el género, el poder, la familia y la sociedad. La terapia es un acto político por lo que no se le puede separar de los aspectos sociales en los que las personas están insertas. La terapia familiar con perspectiva de género busca reformar; desde esta mirada, el objetivo es el cambio y no la adaptación: el cambio en lo social, en el ámbito familiar y en lo individual, con el fin de transformar las relaciones sociales que definen la existencia de los hombres y las mujeres (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

2.2.2.2. *Terapia familiar feminista*

La terapia familiar feminista es la aplicación de la teoría feminista y sus valores a la terapia familiar. Tiene la facultad de examinar de qué manera los roles de los géneros y los estereotipos afectan a cada miembro de la familia; a las relaciones entre los miembros de la familia; a las relaciones entre la familia y la sociedad y a las relaciones entre la familia y el o la terapeuta. Este análisis permite a la familia considerar más perspectivas, conductas y soluciones así como dar cuenta de definiciones rígidas de roles, de identidades y de ejercicios de poder (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Hasta ahora, la terapia familiar ha aceptado los roles de los géneros vigentes y un modelo familiar tradicional sin considerar la opresión que se impone a las mujeres y la existencia de otras formas familiares. Se ha culpado a los actores y no al guión, dejando de abordar las prescripciones dictadas por dichos roles que forman parte de las definiciones del sí mismo, las cuales participan en la creación y mantenimiento del problema. Sigue siendo una realidad que aunque la mujer-madre-esposa-concubina trabaje fuera de casa, se le considere la responsabilidad

fundamental por los hijos(as), y su carrera y necesidades personales ocupen el segundo lugar en importancia con respecto a las del hombre-padre-esposo-concubino (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Pese a la desigualdad de oportunidades y de remuneración, y a la falta de respaldo social, las mujeres están trabajando más fuera de su casa, algunas por necesidad y otras por la libertad de opción y la autorrealización que eso les brinda. Lo que se necesita para completar este cambio es que los hombres compartan la responsabilidad de la crianza de los hijos(as) y las labores domésticas, y abandonen la idea de que el objetivo central al que deben dirigir sus energías está en el trabajo fuera del hogar (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

La teoría de los sistemas es tan abstracta que omite las variables del género y el poder; hace caso omiso de quién tiene poder sobre quién. Por ejemplo, dentro de los conceptos sistémicos, la circularidad -sin considerar la variable del género-, funciona en contra de la mujer. La idea de que la gente incurre en pautas de conducta recurrentes, instigadas por reacciones y reforzadas mutuamente, termina por hacer que todos sean igualmente responsables de todo, o bien, que nadie sea responsable de nada (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

El concepto de circularidad discrimina a las mujeres porque una esposa, novia, hija, hermana, etc., generalmente, no tienen el poder ni los recursos para ser igual al esposo, padre, novio, hermano, etc., en cuanto a la influencia que puede ejercer en lo que sucede en la vida familiar o en otro tipo de escenario relacional. La circularidad omite explicar que cumplir un papel no significa cumplir un papel equivalente (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Como lo puntualizan Walters, Carter, Papp y Silverstein (1991), no puede haber una verdadera complementariedad en las relaciones humanas si los antecedentes de esas relaciones están mal balanceados en términos del acceso a las oportunidades y el poder social, legal, político y económico. Para creer en la circularidad y la complementariedad en las relaciones humanas, debemos presuponer alguna base de paridad. Tomando en cuenta estos señalamientos, las terapeutas feministas consideran importante valorar que:

- Hombres y mujeres son responsables de la calidad de la vida relacional en sus distintos escenarios.
- Las buenas relaciones no se caracterizan por una definición rígida de los roles y por la diferencia sino por la mutualidad, reciprocidad e interdependencia.
- Las y los consultantes que son informadas sobre el origen y la significación de sus creencias adquieren claves para su autonomía y libertad.
- El respeto, amor y seguridad necesarios para el óptimo desarrollo y goce humanos son igualmente posibles en diferentes tipos de familias y relaciones: familias de un solo progenitor, relaciones homosexuales, parejas profesionales, etc.

La base de una intervención con perspectiva de género, de acuerdo a Walters, Carter, Papp y Silverstein (1991), tomará en cuenta en la conceptualización del problema, las limitaciones reales del acceso femenino a los recursos sociales y económicos; los mensajes y las construcciones sociales basados en el género que condicionan la conducta y los roles según el sexo; los modos de pensar sexistas que restringen las opciones de las mujeres de dirigir sus propias vidas; los mandatos que señalan a la mujer como la responsable primordial por las relaciones familiares; los dilemas y conflictos de tener y criar hijos(as) en una sociedad como la nuestra; los patrones de comportamiento que dividen a las mujeres y hombres en las familias; los valores y conductas

característicos de las mujeres como la vinculación, la afectuosidad y la emotividad; las posibilidades de relacionarse para los sexos fuera del matrimonio y la familia, y que ninguna intervención es prescindente del género.

La práctica de la terapia con perspectiva de género, comienza a desarrollarse cuando los y las terapeutas toman conciencia de sus propios valores con respecto a este concepto y examinan en qué grado sus ideas sobre las diferencias entre hombres y mujeres están basadas en estereotipos sexistas. Así puede evaluarse las ideas sobre la familia y sobre otro tipo de relaciones. El o la terapeuta trabaja conscientemente con la idea de que el uso de su sí mismo en la terapia significa el empleo de un sí mismo que tiene un género, por lo que uno de los objetivos primordiales, es incorporar alternativas a la limitada definición de mujer y hombre que probablemente han llevado a los y las consultantes a la terapia (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Para promover el empoderamiento de las mujeres y acabar con una visión patriarcal, se requiere informar a nuestros y nuestras consultantes en derechos humanos y evitar programas que refuercen los roles tradicionales, así como generar políticas sociales efectivas que permitan la autonomía real de las mujeres (Agoff, Casique y Castro, 2013).

2.2.3. Empoderamiento de la mujer

El empoderamiento es un término que con el paso del tiempo ha cobrado relevancia y se ha concebido como un elemento crucial para propiciar una sociedad incluyente, igualitaria y libre de violencia de género. Puede concebirse como un proceso por medio del cual las mujeres desarrollan capacidades para transitar de una situación de violencia de género a un espacio de ejercicio y disfrute pleno de sus derechos humanos (SEDESOL, 2017).

De acuerdo a Casique (2010), el empoderamiento sirve de protección a las mujeres contra la violencia porque les posibilita desarrollar mayor capacidad para tomar decisiones de cuidado sobre su cuerpo, propiedades y vida.

2.2.3.1. Concepto de empoderamiento

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) define el empoderamiento como un “proceso por medio del cual las mujeres pasan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía que se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades” (SEDESOL, 2017).

Oxaal y Baden (1997) señalan que en la raíz del término empoderamiento se encuentra el concepto de poder, el cual opera de las siguientes formas:

- Poder para: se relaciona con la capacidad para incidir o tomar decisiones.
- Poder con: involucra la organización de las personas en torno a un propósito común para alcanzar fines colectivos.
- Poder dentro: refiere a la autoconfianza, la autoestima y la asertividad. Es la forma en que los individuos pueden reconocer cómo opera el poder en sus vidas, a través del análisis de su experiencia.

Se puede apreciar cómo el poder de cualquier persona opera en diferentes ámbitos que se interrelacionan entre sí: el social, institucional, el hogar y el individual. De acuerdo a Schuler (1998, en SEDESOL, 2017), el empoderamiento femenino es el proceso por medio del cual las mujeres incrementan su capacidad para configurar sus propias vidas y su entorno; es una

evolución en la concientización de las mujeres sobre sí mismas, sobre el lugar que ocupan en la sociedad y en su eficacia en las interacciones sociales.

Si bien, el empoderamiento de las mujeres requiere de un trabajo en el terreno individual, es necesario que exista un contexto institucional y social propicio para poder alcanzarlo ya que como lo han señalado las teorías feministas, la cultura patriarcal es un factor que opera en la violencia contra la mujer y por tanto, con un bajo empoderamiento (SEDESOL, 2017).

2.2.3.2. *Cultura patriarcal como factor sistémico en el bajo empoderamiento de la mujer*

El sistema patriarcal, referido como un sistema de arreglos culturales que indica la forma y el tipo de relaciones que entablan los individuos, se concibe como el elemento que explica sistémicamente la violencia de género contra las mujeres y su bajo empoderamiento (SEDESOL, 2017). Entre las causas relativas al ámbito social en el que tiene lugar la violencia contra las mujeres se encuentran: 1) la naturalización de los estereotipos y roles de género; 2) la discriminación y la desigualdad, y 3) los escasos mecanismos y espacios de participación social de las mujeres.

Respecto a los estereotipos y roles de género, la asignación diferenciada construida a partir estos, se convierte en motivo de discriminación y desigualdad, lo cual repercute al mismo tiempo, en un bajo empoderamiento de las mujeres, prevaleciendo con ello, un contexto de vulnerabilidad y susceptibilidad para la violencia contra la mujer (SEDESOL, 2017).

La discriminación de género es un fenómeno social que encuentra sus orígenes en la naturalización y reproducción de roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que la sociedad considera apropiados para hombres y mujeres. La discriminación es

referida como conductas de exclusión, distinción o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera (SEDESOL, 2017).

En México, las mujeres no tenemos el derecho a saber que la desigualdad estructura nuestras vidas sólo por ser mujeres. A las modernas se nos enseña que somos iguales y que nadie en estas tierras sufrirá discriminación por su sexo, lo cual está muy lejano de lo que se vive en el día a día en diferentes ámbitos. El velo de la igualdad cubre la conciencia para ver la desigualdad, lo cual va a la par de la creencia de que esta es inherente a la naturaleza de los sexos y la diferencia es considerada como desigualdad (Lagarde, 1948).

Como producto de la naturalización y reproducción de los estereotipos, así como de la discriminación y la desigualdad de género que los anteriores provocan, la participación social de las mujeres se ha visto obstaculizada a través del tiempo. Las mujeres siguen siendo parte de un grupo con pocos espacios para desempeñar esa participación, siendo el hogar, el espacio principal de desenvolvimiento de las mujeres en nuestro país. Al considerarse el hogar como un espacio privado que no tiene remuneración económica, la participación de las mujeres en este ámbito se ignora, lo que repercute en condiciones desfavorables para las mismas, no sólo en lo económico sino también en lo psicológico y emocional, lo cual además, favorece situaciones de violencia y bajo empoderamiento (SEDESOL, 2017).

En el mercado laboral formal remunerado, a pesar de la inclusión de las mujeres en este, el acceso no se distribuye de manera equitativa entre hombres y mujeres. Todavía siguen existiendo

barreras de discriminación de género en el ámbito laboral que obstaculizan la ampliación del abanico de opciones para la participación de las mujeres en la vida pública. Respecto a puestos de poder, las mujeres encuentran que estos son ocupados mayoritariamente por los varones, lo cual impide crear cambios en materia de violencia y discriminación (SEDESOL, 2017).

2.2.3.3. *Aspectos individuales relacionados con el bajo empoderamiento*

De manera circular, la interacción entre lo social e institucional en el que tiene lugar la violencia contra las mujeres, repercute en el aspecto individual y en los bajos niveles de empoderamiento. Schwerin (1995) considera que el empoderamiento puede incidir en la disminución de la violencia contra las mujeres, de tal manera que el trabajo individual puede ser un mecanismo muy importante de agencia para el cambio.

De acuerdo a Silva y Martínez (2004, en SEDESOL, 2017), el empoderamiento es un proceso cognitivo, afectivo y conductual que comprende etapas sucesivas mediante el cual, las personas adquieren el control sobre sus vidas. Según Magar (2003) es posible identificar ciertos factores individuales que contribuyen al proceso de empoderamiento de las mujeres en situación de violencia. Estos factores se relacionan con la autoestima, autonomía, autodeterminación, conciencia crítica sobre los roles y estereotipos de género, así como con recursos económicos, familiares y sociales con los que puedan contar. La ausencia de alguno de estos elementos puede resultar un obstáculo para el empoderamiento de las mujeres que viven violencia, en la medida en que limitan su capacidad para tomar decisiones e impiden que soliciten ayuda o salgan de esa situación.

Los elementos que interviene en el bajo empoderamiento de las mujeres que viven violencia según SEDESOL (2017) son: desconocimiento de las propias capacidades y baja autoestima,

dependencia económica y emocional, poco reconocimiento e identificación de su propia situación de violencia, limitada autodeterminación, bajos niveles de autonomía.

Para Deza (2012), la dependencia emocional es uno de los factores asociados con la permanencia de las mujeres en relaciones violentas. Este factor comúnmente está relacionado con el “amor romántico”, lo cual implica la dependencia del otro, el perdón y la justificación en “nombre el amor”.

Por otro lado, la naturalización y la falta de reconocimiento de situaciones de violencia limitan la capacidad de denunciar y solicitar atención especializada, lo cual es preocupante si se considera que la denuncia y la atención de primer nivel son consideradas como el primer paso para un proceso de empoderamiento de las mujeres. Es posible afirmar también que cuando la capacidad para tomar decisiones asertivas sobre la vida se ve afectada, es decir, la autodeterminación es limitada, se obstaculiza de igual manera el proceso de empoderamiento y se retrasa la salida de las mujeres en situaciones de violencia (SEDESOL, 2017).

Es importante señalar que de los elementos relacionados con el empoderamiento, la autonomía juega un papel esencial. Gracias a esta, las personas adquieren la capacidad de elegir asertivamente entre distintas opciones, por lo que, si el empoderamiento se alcanza cuando las mujeres trascienden su estado de sumisión y dependencia, un bajo nivel en este elemento, se convierte en una causa de persistencia de la violencia y por tanto, de bajo empoderamiento (SEDESOL, 2017). Como lo afirma Villalobos (2015), la autonomía de las mujeres implica la plena participación en la toma de decisiones que afectan su vida y su contexto; su ausencia debe considerarse como un elemento que explica no sólo ciertas condiciones de violencia sino también el bajo empoderamiento de las mujeres.

En resumen, la atención al problema de la violencia contra las mujeres debe abordarse de manera integral en los tres ámbitos: el individual, el institucional y el social. Si bien se ha desarrollado en el país un marco legal para erradicar la violencia y discriminación contra las mujeres, encabezado por la LGAMVLV, existen pocos espacios donde se brinde atención especializada para el empoderamiento de las mismas.

Por lo anterior, es necesario que el o la profesional de la salud cuente con la capacitación para dar una atención satisfactoria, construyendo sensiblemente un espacio de confianza encaminado a que las mujeres puedan decidir cambiar una condición de violencia. El esfuerzo de los distintos agentes participantes y de la sociedad en general, debe ser continuo y persistente, a fin de alcanzar la plena igualdad (INEGI, 2006). La filosofía feminista comparte claves éticas para el empoderamiento de la mujer.

2.2.3.4. *Claves feministas para el empoderamiento de la mujer*

Para avanzar en la eliminación de los cautiverios de las mujeres y co-construir caminos de autonomía, igualdad, libertad y empoderamiento, es preciso como lo señala Lagarde (1948), enredarnos, colaborar y apoyarnos políticamente para enfrentar la complejidad de procesos que requerimos impulsar y sostener con el fin de incidir en cambios imprescindibles. Es preciso actuar entre nosotras y con otros con sinergia y sintonía.

Una de las claves éticas feministas para la co-construcción de estos caminos, es la *ciudadanía*, es decir, vivirnos como seres humanas con el derecho a tener derechos. Es tener presente que somos seres investidas de derechos; en cualquier espacio, en la casa o en la calle, en la relaciones familiares o amistosas, civiles y políticas, laborales, artísticas o de cualquier índole, somos seres investidas de derechos, de todos los derechos. Ser ciudadanas siempre, a solas y en

relación con los otros. Nadie tiene derecho de ejercer ninguna forma de opresión sobre nosotras, nadie es dueño de nosotras (Lagarde, 1948).

De igual manera, *la especificidad y la individualidad* son claves imprescindibles para el empoderamiento, la autonomía y la libertad. La especificidad es la clave del “ser para sí” que acompaña al reconocimiento de las semejanzas y las diferencias entre mujeres, por tanto, cada mujer es específica, única e irrepetible. Desde esta perspectiva, se pretende no homogeneizar a las mujeres sino procurar la desmasificación de las idénticas, haciendo de la diversidad y especificidad, una riqueza histórica. La mismidad que se tiene en el proceso de realización de la individualidad empieza con la lealtad a sí misma al identificar, definir y priorizar las propias necesidades y los propios objetivos, derechos y fines (Lagarde, 1948).

Las fuerzas impulsoras del empoderamiento son *la libertad y la justicia* ya que conducen a la transformación de maneras de ser, de pensar y actuar, de los modos de vida con sus actividades, sus prácticas y sus relaciones sociales. Precisa cambios en los usos y costumbres, los lenguajes y la subjetividad. Frente al silenciamiento de las mujeres y la sordera a la voz y los saberes de estas, la equifonía y la justicia se presentan como el reconocimiento del derecho a la palabra, al discurso y la razón. Son presupuestos para el diálogo y la posibilidad de la pluralidad y la empatía. La equifonía desmonta violencias, despotismo y autoritarismo; hace audibles a las mujeres y concita a los hombres a la voz suave, a la interlocución, la negociación argumental y el pacto. No hay libertad sin poderío, por ello, toda búsqueda de realización requiere hacer coincidentes los procesos de empoderamiento con los de liberación y justicia (Lagarde, 1948).

Así mismo, *la sororidad y la mismidad* son claves feministas para el empoderamiento de la mujer. De acuerdo a Lagarde (1948), la mismidad es la experiencia subjetiva más transgresora de

la alternativa feminista. Es autorreferencia vital de la propia mujer, el propio espacio, el propio tiempo y el propio mundo. Cada mujer elige con libertad ir, vivir, echarse a andar, contemplar, trabajar, amar, en pos del propio desarrollo. La mismidad va de la mano con la sororidad, la cual posibilita enfrentar la enemistad y el mundo de las idénticas, de las cautivas por el patriarcado.

Siguiendo a Lagarde (1948), la sororidad parte de la equivalencia entre mujeres no idénticas, sólo semejantes, diferentes, diversas y específicas que compartimos oprobios de género, estamos en desigualdad en el mundo y entre nosotras, con derechos y oportunidades no universales. La sororidad implica un mutuo reconocimiento de semejanza por condición de género; es una disposición hacia la otra, hacia las otras. Su afecto es la empatía, participando en la realidad de la otra, más allá de las barreras sociales de desigualdad y diferencia. La sororidad es la clave imprescindible para transitar aliadas, apoyarnos y reconocernos autoridad y valor.

Finalmente, *la solidaridad* permite transitar a relaciones de colaboración entre mujeres y hombres, con otros sujetos sociales, con otros movimientos y causas. Es la clave para construir la igualdad y lograr la libertad. La solidaridad conduce a resignificar relaciones tradicionales como las de amor, conyugalidad, familiaridad y amistad. Contiene la posibilidad política y vital de la asociación igualitaria, equitativa y paritaria entre mujeres y hombres, entre mujeres y mujeres, y hombres y hombres semejantes y diversos, también equivalentes (Lagarde, 1948).

CAPÍTULO III

CASOS CLÍNICOS

Parte importante de la formación de la Residencia en Terapia Familiar es el desarrollo de competencias y habilidades clínicas terapéuticas que permitan incidir de forma eficaz en diversas problemáticas dentro de un marco de compromiso ético que vele por el bienestar de las personas y la sociedad. En ese sentido, el trabajo de reporte de casos permite analizar las herramientas teóricas y metodológicas empleadas para mejorar posteriores intervenciones.

La integración de los dos expedientes que se presentan a continuación comparte como problemática común la violencia contra la mujer, ya sea en la relación conyugal o de noviazgo. En el primer caso se abordó teórica y metodológicamente incorporando los conceptos y técnicas del modelo Milán y del abordaje multinivel de Michele Scheinkman, en tanto que el segundo fue intervenido mediante los enfoques Estratégico y Estructural; en ambos, fue incorporada una perspectiva de género.

3.1 . Integración del primer expediente del trabajo clínico

Caso 1: “Eligiendo estar bien”

Datos generales

Nombre: Rosa y Daniel (pareja)

Sede: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” ubicado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Espacio: Cámara de Gesell

Terapeutas: Anayanci Alvarez Sevilla y Ana Victoria Hernández Pascual

Equipo terapéutico: Lucía Pérez Rodríguez, Vianey Gutiérrez Arenas, Paola Nares Torres, Angélica Reyes Jiménez, María de la Luz Lozada Guzmán y Ricardo Carranza Dueñas.

Supervisora: Dra. Noemí Díaz Marroquín

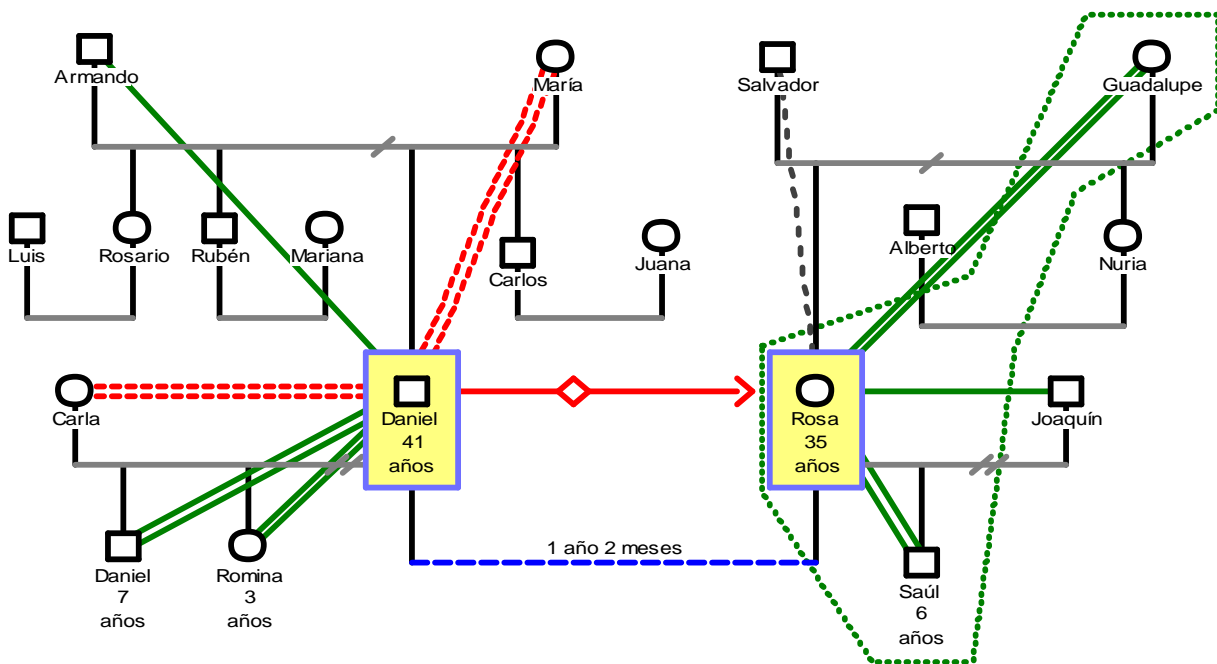
Modelo terapéutico: Modelo Integrativo (Modelo Milán y Abordaje Multinivel) con perspectiva feminista

Numero de sesiones: 16

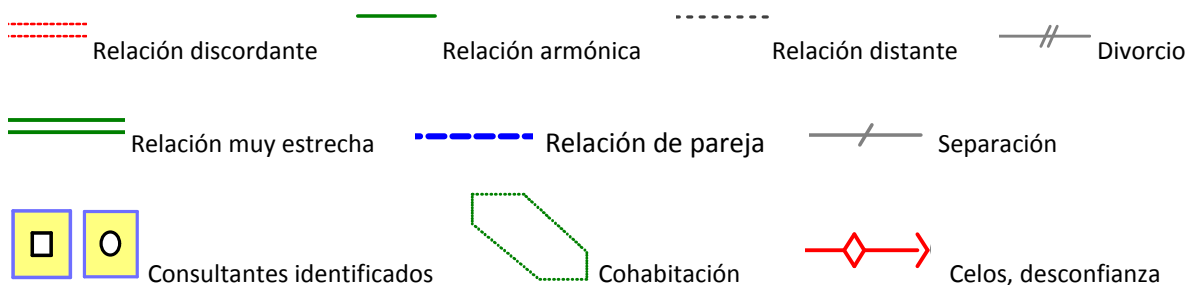
Periodo de atención: 17 de Febrero al 07 de Diciembre del 2016.

Familiograma

(Nombres han sido cambiados por aspectos de confidencialidad)



Claves según el Genopro (2011)



Motivo de Consulta

Rosa solicitó terapia de pareja debido a la desconfianza y los celos extremos de Daniel, lo cual provocaba entre ellos, discusiones y peleas constantes. Por su parte, Daniel refirió acudir a terapia por no confiar en Rosa y por haber descubierto que le ha dicho mentiras. Se reconoció como una persona con problemas de celos y desconfianza.

Antecedentes del problema

Rosa y Daniel se conocieron hace más de 15 años ya que vivían en la misma unidad habitacional; al reencontrarse aproximadamente hace dos años, decidieron comenzar una relación de pareja, cada uno viviendo en sus propias casas. Ambos estuvieron casados anteriormente y vivieron un proceso de divorcio. Rosa se divorció de Joaquín, el papá de su hijo Saúl, debido a que él le fue infiel. Por su parte, Daniel estuvo casado con Carla. Después de su divorcio, mantuvo una relación distante con ella. Al momento del proceso terapéutico, se encontraba en un proceso legal para obtener la custodia de sus hijos.

Daniel señaló que las dificultades en la relación comenzaron cuando encontró en el celular de Rosa mensajes de Joaquín, situación que le causó molestia porque ella no le había dicho que tenía contacto con él. Rosa refirió que, en beneficio de su hijo, decidió mantener una relación cordial con su ex esposo, situación con la cual Daniel estuvo inconforme. Mencionaron que debido a las constantes peleas entre ambos, decidieron separarse, sin embargo, en el 2016 consideraron continuar la relación al recibir la llamada del Centro de Servicios Psicológicos. Daniel comentó que anteriormente acudieron a terapia de pareja pero la dejaron porque el costo era elevado. Señaló acudir a terapia individual aunque de forma intermitente para tratar su

problema de celos. Ambos coincidieron que buscaron ayuda psicológica para trabajar la confianza y sanar los problemas que han tenido.

Objetivos terapéuticos

De acuerdo al motivo de consulta y a los antecedentes del problema, quedaron establecidos los objetivos terapéuticos de la siguiente manera:

- Identificar las creencias y pautas de interacción mantenidas por la pareja que son creadoras de conflictos.
- Bloquear las acciones intentadas de solución y las escaladas, movilizándolo a la pareja en la búsqueda de formas distintas de relacionarse que les ayude a establecer acuerdos y reglas de forma conjunta, de tal manera que puedan ser vividos de forma funcional, los sentidos de pertenencia e individuación.
- Generar conversaciones que visibilicen las desigualdades de poder y la responsabilidad de cada uno sobre su conducta y sobre el cambio que desean tener en la forma de relacionarse.
- Identificar suposiciones, sentimientos, premisas y significados relacionados con puntos vulnerables que mantienen el impasse en la pareja.
- Dejar expuesto cualquier ejercicio de violencia de Daniel en la relación.
- Generar conversaciones que fortalezcan el empoderamiento de la voz y la agencia personal de Rosa y que tengan entre otros efectos, ser un “llamado de responsabilidad” sobre el cuidado que las mujeres deben procurar de sí mismas y dentro de cualquier relación.
- Explorar la red de apoyo de Rosa y dejarla visibilizada como un recurso para cualquier contingencia.

Resumen del proceso terapéutico

Una vez realizado el encuadre terapéutico y definido el motivo de consulta, se conversó en las primeras sesiones sobre el comienzo de su historia relacional y la forma en que se presentaba la pauta del problema conociendo la respectiva puntuación y significación co-construida sobre la misma así como los intentos de solución que tuvieron para resolverlo (Scheinkman, 2008, Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Reséndiz, 2010).

Durante el tiempo de relación, la desconfianza y los celos de Daniel hacia Rosa se vieron reflejados por medio de llamadas telefónicas constantes para saber qué hacía y/o dónde estaba, solicitándole que le enviara fotografías sobre las actividades que realizaba para comprobar que era verdad lo que decía. Le hizo reclamos por seguir manteniendo contacto con ex esposo y por no estar comprometida en la relación como él decía estar. Rosa, reconociéndose como una mujer honesta, mencionó que en ocasiones no le dijo a Daniel sobre algunas actividades que hacía o algunas personas con las que hablaba para que él no se molestara.

En el transcurso del proceso terapéutico, se pudo distinguir que casi cualquier situación predisponía conductas de reactividad en Daniel, traducidas en reclamos de él hacia ella. En una de las sesiones, Daniel comentó que después de haber tenido problemas con su ex esposa por no dejarle ver a sus hijos, tuvo un roce con Rosa porque traía un anillo que ambos se dieron y que simbolizaba el compromiso en la relación, en otro dedo. Mencionó que no haberle visto el anillo en el dedo en el que “debía” ir, le hizo pensar que no estaba comprometida en la relación, comparándola con su ex esposa. También señaló sobre una canción que Rosa escuchó y que verla platicando con el policía sin que ella se lo dijera, lo llevó a creer que lo engañaba.

Como lo señalan Scheinkman y Werneck (2010), los celos son una poderosa fuerza emocional en las relaciones de pareja. En segundos pueden transformar el amor en furia y la ternura en actos de control e intimidación. En algunas culturas los interpretan como una fuerza destructiva que se requiere contener, mientras que en otras, los conciben como compañeros del amor y la monogamia, esenciales para proteger la unión de la pareja. Los celos según Pines (1998, en Scheinkman y Werneck, 2010), son una respuesta de reacción que ocurre cuando un rival real o imaginario amenaza una relación amorosa significativa.

En cada una de las sesiones, Rosa enfatizó estar comprometida y que siempre trató de darle explicaciones ante cualquier situación que se presentaba; aunque señaló que no debía hacerlo, terminaba dándose las por la ansiedad que sentía porque él no le creía.

Después de haber identificado las secuencias que alimentaban la pauta que estaba generando el problema (Scheinkman, 2008; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986), se realizaron -a lo largo del proceso terapéutico- intervenciones para visibilizar de forma diferencial, la responsabilidad sobre las conductas, actitudes y formas de percibir de cada uno que alimentaban el problema en su relación y la manera en que esto estaba afectando la confianza entre ambos.

Se comentó que existían factores en el contexto social de la pareja (Scheinkman, 2008), que al no saber cómo manejarlos, posiblemente influían en la predisposición de ciertas actitudes propiciando discusiones o malos entendidos; se hizo distinción sobre los intentos que hicieron para solucionar sus problemas, tales como acudir a terapia de pareja anteriormente y acudir Daniel de forma individual.

Estableciendo un diálogo directo (Reséndiz, 2010) con Daniel, se conversó sobre la forma en que las emociones y las tensiones con otras personas podían llevarle a buscar, de forma

automática en la relación con Rosa, detalles y situaciones por las cuales discutir. Se mencionó que al parecer, la conducta detallista que mostraba -estar al pendiente de todo lo que ella hacía-, en lugar de fortalecer la confianza, estaba generando más conflictos entre ambos. Se comentó sobre la forma en que los lentes de la desconfianza y los celos le ponían trampas para afectar la manera en que percibía ciertas situaciones en su relación (Scheinkman, 2008).

Daniel compartió algunas experiencias en su niñez, especialmente con su mamá, de la cual refirió abandono. Señaló que con su ex esposa no había podido tener una buena comunicación y que le había afectado no poder convivir más con sus hijos. Considerando que algunas situaciones vividas por los consultantes en sus respectivas familias de origen y con otras relaciones pudiesen participar en el mantenimiento de ciertas premisas, creencias, significados y patrones de comportamiento (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987), y pensando en la dificultad que podría ser comentarlas estando el otro integrante de la pareja presente al ser puntos sensibles o vulnerables (Scheinkman, 2008), se les propuso la posibilidad de que cada uno tuviera una sesión individual. La pareja aceptó la propuesta y se acordó dar inicio con Daniel.

Daniel no asistió a su sesión individual ni a sesiones sucesivas por cuestiones de trabajo. Durante el proceso terapéutico, se distinguió una actitud por parte de él de descalificación constante hacia Rosa, buscando que sólo su opinión fuera validada por las terapeutas. Mostró poca participación para realizar actividades de reflexión fuera de la sesión, señalando olvido de ellas. Por su parte, Rosa asistió a varias sesiones en lo individual. En ellas se conversó sobre su relación con Joaquín, sobre el significado del concepto de confianza y su sentir en la relación con Daniel.

Respecto al tema de la confianza, Rosa compartió que podía confiar en Daniel porque le daba su lugar frente a su familia, se sentía protegida y tenía una buena relación con su hijo. Mencionó que lo que no le gustaba, es que cambiara de parecer fácilmente, lo cual le hacía sentir insegura en la relación. Refirió que él le hacía “bromas” de andar con otras mujeres, que aunque antes le causaba enojo, ya no hacía caso de ello, quedándose callada cuando él hacía estos comentarios. Comentó que terminaron en algunas ocasiones y que las veces que lo hicieron, la decisión la tomó Daniel.

Al conversar sobre la relación de Rosa con Joaquín, relató que había confianza y que cada quien tenía su espacio. Recordó que ella terminó la relación porque él le fue infiel. Enfatizó que siempre estuvo segura de darla por finalizada y que fue firme en esa decisión. Al preguntarle qué le diría la voz de la Rosa firme que decidió terminar con Joaquín si viera la relación con Daniel (Scheinkman, 2008), Rosa respondió que le daría una cachetada y le diría “qué necesidad”. Comentó no saber el porqué seguía con Daniel; reconoció haber sido muy tolerante y paciente con él, connotando como desgastante estar en una relación así.

Se hizo distinción de que pareciera que algo la tenía atada a la relación con Daniel. Se utilizó una metáfora (Bertrando, 2011) de un calabozo con un guardián mediante la cual se comentó que aunque parecía no querer estar en el calabozo, seguía ahí porque esperaba que el guardián cambiase en algún momento. Se le pidió que reflexionara qué aspectos de la relación la hacían estar en ella y si esto era consonante con el proyecto de pareja que deseaba (Scheinkman y Dekovenfishbane, 2004).

En el diálogo sobre la forma en que resolvían sus conflictos, Rosa comentó que estos surgían a partir de la desconfianza de Daniel; mencionó que no lograban resolverlos ya que él buscaba

tener la razón, excusándose en su problema de celos y regresándole la responsabilidad a ella. Señaló que en varias ocasiones, él le dijo que ella le alimentaba ese problema con las cosas que hacía, como no contestar el celular cuando le llamaba. Rosa indicó que para evitar discutir, elegía cambiar de tema y no seguir dando explicaciones cuando él la acusaba de mentirosa; refirió que esto a veces funcionaba pero en otras ocasiones no.

Rosa señaló que entendía que Daniel sufría de celos y que esto posiblemente se debía al abandono de su mamá. Buscando conocer un poco más sobre la manera en que Rosa aprendió a relacionarse socialmente, se exploraron las premisas, creencias e ideas que co-construyó a lo largo del tiempo, principalmente, en el contexto de su familia de origen (Scheinkman, 2008; Bertrando y Toffanetti, 2004; Reséndiz, 2010). Al respecto, relató que sus papás se separaron cuando tenía 15 años porque su mamá descubrió que su papá tenía otra familia.

Recordó haber tenido una relación cercana con su papá pero cuando su mamá tuvo una nueva pareja, su papá no estuvo de acuerdo y se distanció. Durante los conflictos entre sus padres, ella sirvió de intermediaria para que su papá fuera razonable y entendiera que su mamá tenía derecho a rehacer su vida. Se hizo distinción de que al parecer su papá seguía sintiéndose casado con su mamá a pesar de estar separados. Al escuchar esto, Rosa comentó que se parecía a lo que hacía Daniel con ella, al acusarla de ser infiel cuando no era así.

Durante el proceso terapéutico, en varias ocasiones Rosa se reconoció como una mujer paciente y tolerante; señaló que no le gustaba el conflicto abierto. Cuando tuvo que poner límites con su mamá en la crianza de su hijo Saúl, refirió que resultó peor porque se dejaron de hablar. Al respecto, se reflexionó (Scheinkman, 2008) sobre su rol de mediadora en los conflictos de sus padres y ahora con Daniel; se distinguió que aprendió a procurar la tranquilidad a cualquier costo,

sin embargo, aunque podía hacer muchas cosas en la relación con su pareja, como tolerar, dar explicaciones, desviar la conversación, etc., los celos y la desconfianza de Daniel, no eran su responsabilidad.

Se le reconocieron y connotaron positivamente sus esfuerzos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987) para que la relación funcionara y que el límite para seguir haciéndolos sólo ella podía determinarlo, enfatizando que había aspectos que le correspondían a Daniel, como su constante desconfianza y la forma de entender una relación de pareja. Así mismo, se conversó sobre la postura de mediadora que ha tenido en algunas relaciones en su vida, la cual para algunas circunstancias ha sido útil pero en otras, quizá se requiera una postura distinta para resolver situaciones.

Después de varias sesiones de no estar presente, se incorporó Daniel al proceso señalando que no había podido asistir por carga laboral. Comentó sentirse en un “stand by” en la relación con Rosa, entendido como “ni para atrás ni para adelante”. Señaló que habían dejado de convivir y que cuando lo hacían, discutían y tenían problemas. Indicó que como Rosa no le contaba “todo” lo que hacía, no podía confiar en ella por inestable. Agregó que la relación de pareja no estaba siendo como se la imaginó y que no se sentía a gusto en ella. Rosa comentó haber hecho todo lo posible por decirle a Daniel lo que hacía, que la omisión de cosas era por olvido o por no considerarlas importantes. Señaló sentirse injustamente tratada.

En este impasse de la pareja (Scheinkman, 2008), se intervino comentando, primero a Rosa, que era entendible su sentir, que todas las explicaciones que pudiese dar de cada situación que aconteciera no serían suficientes para Daniel, porque los lentes de la desconfianza gobernaban su vida, que no era su responsabilidad y que efectivamente, estaba siendo injustamente tratada. Con

Daniel, se señaló que cuando se presentaban posiciones irreconciliables o cuando ya no se estaba a gusto en una relación como él lo mencionó, era válido dar un paso hacia atrás. Daniel manifestó querer poner un “stand by” en la terapia de pareja y continuar en su terapia individual. Rosa por su parte, mencionó querer continuar asistiendo a terapia individual. Se acordó procesos individuales, con la posibilidad de que pudiesen retomar más adelante la terapia de pareja.

En las sesiones individuales, Rosa comentó como cambios el haber dejado de dar explicaciones cuando él le acusaba de algo; reconoció que mientras él no estuviera dispuesto a cambiar y trabajar en su desconfianza, sería difícil construir algo. Mencionó que estaba distanciándose de él en lo que tomaba valor para terminar la relación ya que no se sentía fuerte aún para tomar tal decisión.

Al preguntar cómo sería la vida sin la relación con Daniel (Tomm, 1987), señaló que no lo había pensado aunque puntuó que más tranquila. Comentó que no lograba descifrar las cosas que extrañaría si terminara la relación. Se reflexionó sobre el esfuerzo y la apuesta que hizo para que esta funcionase, elaborando como hipótesis (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Reséndiz, 2010), si quizá esto pudiese estarla manteniendo en dicha relación.

A pesar del poco contacto de Rosa con Daniel, comentó que este seguía cuestionándola y que sabiendo que no tenía que darle explicaciones, en ocasiones “caía” de nuevo haciéndolo. Se recordó que esto había sucedido antes, visibilizando de nueva cuenta la pauta de la relación (Scheinkman, 2008), en la cual, a partir de su desconfianza, Daniel se mostraba al pendiente de todo lo que ella hacía y decía, creando tensión entre ambos; para evitar discusiones y tratar de “calmar” la situación, ella daba explicaciones que no resultaban suficientes para él, lo cual ocasionaba que Rosa se mostrase distante. Esto parecía sensibilizar a Daniel; quizá le hacía

pensar en la posibilidad de que ella se pudiese cansar, modificando con ello su actitud, al mostrarse a veces arrepentido. Esta fase de supuesto cambio tenía como efecto que Rosa siguiera esforzándose para dar todo en la relación.

Rosa mencionó que tenía que trabajar en ella misma ya que lo que él le decía, le hacía sentir pequeña, como una niña indefensa, angustiada y asustada. Se conversó sobre el ciclo de vulnerabilidad que podía activarse durante un impasse en la relación de pareja entendido como aquellos puntos sensibles que las personas traen de sus historias relacionales pasadas y que son reactivados en las actuales relaciones (Scheinkman y Dekovenfishbane, 2004). Se planteó como hipótesis (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Reséndiz, 2010) que quizá un punto vulnerable en ella, era la deshonestidad, llevándola a utilizar como mecanismo de afrontamiento o supervivencia, el dar justificaciones y explicaciones, y en el caso de Daniel, quizá su vulnerabilidad era la infidelidad y su mecanismo, la desconfianza hacia las mujeres.

De acuerdo a Scheinkman y Dekovenfishbane (2004), los mecanismos o posiciones de supervivencia son un conjunto de creencias y estrategias que los individuos adoptan para proteger y manejar sus vulnerabilidades; suelen ser adoptadas antes que puedan ser puestas en palabras y antes de que se puedan evaluar críticamente, incluyen premisas que se vuelven lemas de vida. Algunos ejemplos de creencias de este tipo son: “es peligroso enojarse”, “no confíes en una mujer” o “si te acercas mucho te pueden herir”.

Al dialogar sobre algunas experiencias de Rosa con su familia de origen (Scheinkman, 2008; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987), como la infidelidad de su padre a su madre, se comentó que parecía que Daniel tocaba una vulnerabilidad: la deshonestidad, con la cual no quería identificarse porque le recordaba lo hecho por su papá, generándole angustia ya que a

pesar de sus esfuerzos, no podía defenderse de las acusaciones que Daniel le hacía y que eran injustas. Se conversó sobre la importancia de que pudiese ser cariñosa con la Rosa niña, que la tranquilizara haciéndole saber que era honesta y valiosa. Se reflejó que tenía la voz de Daniel muy presente pero la de ella casi no la dejaba ver, enfatizando que era necesario e importante comenzar a escuchar su propia voz, lo que quería y necesitaba para sentirse bien.

Después de un mensaje de texto donde Daniel le hizo saber que terminaba la relación, Rosa comentó haberse sentido triste. Relató que después de ese mensaje, él la buscó en su departamento a las 6:00 am diciéndole que tenía un hombre en su casa, sin embargo, Rosa no lo dejó pasar. Se visibilizaron todas las conductas de Daniel (llamarla constantemente, revisar su celular, ir a su casa sin avisar, decirle cosas ofensivas, etc.) como ejercicios de violencia (Ravazzola, 1997; Velázquez, 2003). Al escuchar esto, Rosa señaló sentirse mal aunque seguía tratando de entender el problema de celos de Daniel. Mencionó que su hijo le pidió que le llamara a este para decirle que dejara de molestarla. Se reflexionó sobre lo que estaba percibiendo su hijo y que estaba asumiendo sin corresponderle, la responsabilidad de cuidarla.

Al identificar la escalada de conductas violentas de Daniel hacia Rosa, se conversó sobre aspectos de seguridad (Hirigoyen, 2006). Aunque mencionó no imaginar que él pudiese “lastimarla”, consideró que podría estar en riesgo ya que había situaciones violentas que no identificaba. Refirió que acudieron con la psicóloga de Daniel, la cual le dijo a él, que tenía fuertes rasgos de celopatía y que tendría que internarse por sus síntomas. A ella le comentó que ya había tolerado demasiado, que no merecía el trato que estaba recibiendo y que trabajara en su autoestima porque otra persona no aguantaría lo que ha vivido. A ambos les recomendó terminar la relación ya que se estaban haciendo mucho daño.

Rosa manifestó sentirse cansada, triste y ansiosa. Se conversó que estos sentimientos eran efecto de la violencia que vivía, que el grado de celos de Daniel la ponía en riesgo y que esto estaba aumentando al presentar alucinaciones auditivas y visuales (Hirigoyen, 2006; Velázquez, 2004). Se distinguió que la tristeza, el cansancio y otros sentimientos también podían venir del esfuerzo y tiempo puesto en la relación.

Rosa señaló que tenía que fortalecerse y trabajar en ella misma, aprender a poner límites y no dejar que le faltaran al respeto. Se validó su dolor y se reflejó (Scheinkman, 2008; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987) que si bien hay cosas por aprender, ya había podido hacer cambios al considerar sus necesidades. También se señaló que un proceso puede llevar tiempo, que salir de relaciones violentas no resulta fácil y que incluso, podría haber “recaídas”, referidas como regresos y reconciliaciones en la relación, en donde el que ejerce violencia, se puede mostrar arrepentido (Hirigoyen, 2006). Rosa compartió que su hijo le ha insistido ya no andar con Daniel, que ya no le conteste el teléfono, que “sí puede hacerlo”.

Se retomaron los comentarios de su hijo para utilizarlo como recurso y seguir empoderando la voz de Rosa. Al preguntarle qué creía que estaba viendo Saúl cada vez que le decía que “sí puede” (Bertrando y Toffanetti, 2004; Tomm, 1987), Rosa comentó que quizá la veía más fuerte y más contenta cuando no hablaba con Daniel; refirió sentir que tenía como dos Rosas: una le decía que contestara el teléfono, que a lo mejor cambiaría y la otra, que siempre era lo mismo con él, que la iba a seguir llamando mentirosa. Al preguntar, a qué le apostaba la voz de la Rosa que le decía lo último (Tomm, 1987), contestó “a estar mejor, estar del otro lado, tranquila, libre y contenta”.

Se comentó que el radio de control y violencia de Daniel todavía estaba muy cerca de ella, que la angustia que sentía, quizá se debía a la cercanía y el riesgo de entrar de nuevo en él. Se reencuadró (Scheinkman, 2008) la tristeza y la angustia como alertas para estar más consciente de los actos de Daniel y que hacer cosas para estar bien era su responsabilidad. Rosa enunció la frase de “sólo por hoy”, completándose con: “solo por hoy voy a cuidar y a ver por mí”.

En las últimas dos sesiones, después de otro evento en el cual estuvo involucrado Daniel, Rosa comentó que tuvo que acudir a su primo que es abogado para evitar que este se quedara con la factura de su coche. Al escuchar la experiencia, se connotaron positivamente (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987) las acciones que llevó a cabo; se señaló que haber pedido ayuda a su primo hablaba de que estaba en el camino de ver por y para ella. Se hizo mención que las acciones de Daniel podían tener la intención de acercarse a ella para que siguiera en su radar de control por lo que era importante que estuviera al pendiente de ello. Rosa relató que su hijo le dijo que estaba haciendo lo correcto. Después de este evento, señaló no haber visto a Daniel, que él le habló para decirle que ya andaba con alguien más. Refirió no haber dado pie para seguir la conversación y en una llamada más que le hizo, no le contestó.

Al ver los logros realizados por Rosa, se negoció con ella la terminación del proceso terapéutico. Rosa señaló que aunque todavía sentía tristeza, también sentía tranquilidad al haber aprendido a poner límites y no permitir muchas cosas. Refirió que esto le iba a servir en futuras relaciones, con su familia, hijo y trabajo. Terminó mencionando que estaba tratando de seguir su vida en paz.

3.2 . Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica

A continuación se presenta el análisis de la intervención clínica realizada, siguiendo las líneas teórico-metodológicas propuestas por el modelo Milán y el abordaje multinivel de Michele Scheinkman, con la inclusión de una visión de género.

Sistema significativa

El sistema significativa entendido como el sistema de relaciones que unen a las personas que traen un problema, incluye, por definición, a todas aquellas unidades (personas o instituciones) y teorías que se activan en el intento de resolver una situación ((Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Bertrando, 2011).

Respecto a este caso, el sistema significativa estuvo conformado por Rosa y Daniel, miembros de sus respectivas familias de origen, Saúl (hijo de Rosa), Daniel y Romina (hijxs de Daniel), Carla y Joaquín (ex parejas de Daniel y Rosa, respectivamente), la psicóloga Ana, con la cual estuvo asistiendo Daniel, el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” ubicado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el primo de Rosa, las terapeutas Ana Victoria, Anayanci y Noemí, el equipo terapéutico detrás del espejo: Angélica, Paola, Marilú, Lucía, Vianey y Ricardo.

Recursividad entre los diferentes niveles sistémicos (individual, pareja, familiar y social)

Se presentó pareja conformada por Rosa y Daniel con historias de relaciones matrimoniales anteriores. Durante el tiempo que Rosa vivió con Joaquín, experimentó cambios en la forma de vivenciar su vínculo conyugal; después de haber estado casada y procrear un hijo con él, se divorció debido a que este le fue infiel. Continuaron manteniendo comunicación para establecer

acuerdos en la crianza de su hijo. Por su parte, Daniel estuvo casado con Carla, con la que procreó a Daniel y Romina. Posteriormente se divorciaron y debido a la dificultad para crear acuerdos respecto a la tutela de los hijos, establecieron un juicio legal.

En la relación de pareja que construyeron se distinguió de acuerdo a Scheinkman (2008), una *pauta recursiva* que al volverse repetitiva, se convirtió en un problema. Este patrón quedó representado por: una conducta de control, celos y desconfianza de Daniel hacia Rosa por cualquier situación percibida como amenaza de engaño, con respuestas de ella de explicación constante para evitar discusiones y que se viera cuestionada su integridad, aspecto que resultaba insuficiente para Daniel, debido a omisiones de detalles de Rosa de todas las actividades que hacía, lo cual él interpretaba como engaño y falta de compromiso ante la relación, aumentando su desconfianza y conductas de control. Rosa para demostrar su compromiso se mostraba dispuesta a hacer lo que Daniel le solicitaba para poder comprobar que lo que decía era verdad.

Si bien la *danza de la pareja* (Scheinkman, 2008) presentada por Rosa y Daniel fue creada y mantenida por acciones que se volvieron problemáticas al escalarse mediante bucles recursivos negativos, dejando a la pareja sin poder escucharse, negociar y resolver sus problemas, esta no se produjo en el vacío sino que fue construida a partir de una multiprocesualidad, es decir, por la interdependencia creada entre diferentes sistemas: individual, de pareja, familiar y social, de manera tal, que todos y cada uno al influirse mutuamente a través de premisas, creencias, significados e identidades, definió de una manera particular su vida relacional (Fruggeri, 1992, 1998; Reséndiz, 2014).

Sin duda que el *contexto sociocultural* (Scheinkman, 2008; Fruggeri, 1992, 1998; Reséndiz, 2014) es un factor importante que permea e interviene de manera recursiva en la vida de las

personas, parejas y familias, al establecer ciertas prácticas de comportamiento para hombres y mujeres que pueden llegar a ser inequitativas en términos de poder, responsabilidades, derechos y privilegios para alguno de los géneros.

Desde una *postura feminista*, se puede indicar que el vínculo de Rosa y Daniel estuvo definido en términos de *asimetría e inequidad*, propio de un sistema patriarcal, con *prácticas de abusos relacionales* en la que Rosa estuvo en una posición de subordinación y Daniel en una de privilegio, desde donde estableció las reglas de la relación con ejercicios de violencia reflejadas a través de conductas de control y desconfianza (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991; Ravazzola, 1997).

De acuerdo a Ravazzola (1997), en las *personas que ejercen abuso* suelen presentarse concepciones de *dueñez, impunidad y control*. En el caso de Daniel, el trato mostrado hacia Rosa tenía estas características, al querer controlar la comunicación de ella con otras personas, cuestionando y nulificando sus ideas, valores, sentimientos y opiniones. La actitud de impunidad pudo distinguirse cada vez que evadía la responsabilidad de sus conductas violentas, mediante justificaciones de estar “enfermo de celos” o haciendo responsable a Rosa de provocarlo. Daniel utilizaba el enojo en la relación como medio de control para evitar que su pareja le cuestionara su proceder.

Para los hombres, la expresión de cólera, enojo e incluso violencia, es más permisible que en la mujer, porque representa una fuente de su poder demostrándolo usualmente hacia las personas que ocupan posiciones de subordinación como lo son en la mayoría de los casos, las mujeres (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

En el caso de Rosa, pudieron apreciarse características referidas por Ravazzola (1997) de una *persona abusada*, al mostrar por momentos *incondicionalidad* hacia las necesidades de Daniel, con una actitud de esperanza de que pudiese cambiar si ella seguía teniéndole consideración a sus actitudes y conductas. De igual manera estuvieron presentes, la *disminución en el registro de malestar, en el poder y valor propio*. Esto pudo verse reflejado en los discursos de Rosa de sentirse “protegida” por Daniel porque este le daba un lugar frente a su familia, como si por sí misma, por el sólo hecho de ser una persona, no lo tuviera. Estas ideas hacen alusión a uno de los supuestos femeninos de que las mujeres llegan a creer que los hombres son esenciales para su bienestar (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

También se manifestaron estas características al quedarse callada ante sus comentarios ofensivos o al silenciar su enojo para “evitar” problemas con él y seguir cuidando de la relación. Retomando lo anterior y haciendo referencia a Walters, Carter, Papp y Silverstein (1991), *la cultura a través de los procesos de socialización que se lleva a cabo en las familias, transmite a las mujeres la expectativa de que su meta es cuidar de otros y no de ellas, aprendiendo y relacionando la autovaloración con el hecho de dar*. A las mujeres se les prepara para confortar, pacificar y conciliar en los conflictos, privilegiando los intereses de los demás, por lo que la imagen de una persona responsable de cuidar a los demás es incompatible con la de alguien colérica, además de que la expresión de este sentimiento, resulta amenazador porque desafía el statu quo.

De acuerdo a Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead (1989), es *la familia la encargada de expresar los valores, expectativas y roles de una sociedad determinada, enseñando tareas de forma diferencial para cada uno de los sexos*; mientras que a los hombres se les socializa para ser jefes de familia y la autoridad, a las mujeres se les transmite el mensaje de que deben ser las

guardianas de la familia y la paz. A través de la comunicación e interacción, Rosa y Daniel no sólo intercambiaban información y mensajes interpretados según el sistema propio de premisas y creencias aprendido en la familia, sino también, significados atribuidos a eventos o comportamientos (Fruggeri, 1992, 1998; Reséndiz, 2014).

Además de las concepciones y características que presentan las personas que ejercen abuso y las que lo reciben, anteriormente referidas por Ravazzola (1997), también es posible señalar algunas premisas y creencias que se pudieron distinguir en las conversaciones con Rosa y Daniel.

Premisas y creencias

- Las mujeres son poco confiables.
- El hombre es el que debe decidir sobre una relación de pareja.
- El hombre puede ser infiel pero la mujer no.
- Después de una separación o divorcio ya no se debe tener comunicación con la ex pareja.
- Omitir información o decir mentiras es sinónimo de estar vinculado con alguien más.
- Los celos son una enfermedad.
- La mujer debe esforzarse para mantener una relación.
- Para evitar problemas, es mejor no decir lo que se piensa o desea.
- La mujer debe aceptar lo que el hombre dice, piensa y hace.
- La terapia es para que alguien les diga en dónde están bien y en dónde están mal.

Como señala Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1987), las personas llegan al consultorio trayendo “mapas” de lo que les sucede. Según Reséndiz (2014), las premisas y creencias organizan la construcción de significados que funcionan como hábitos para puntuar la realidad. Aunque tienen un valor adaptativo con el medio, también puede ser fuente de sufrimiento.

Intervenciones o elementos terapéuticos

Si bien en el proceso terapéutico se hicieron esfuerzos para bloquear la pauta problemática de la pareja, visibilizando de manera diferencial -con una perspectiva de género-, las conductas, ideas, premisas, creencias y posturas de cada uno que estaban alimentándola, haciéndoles un llamado de responsabilidad para realizar otras formas de relacionarse (Scheinkman, 2008), esto no dio los resultados esperados. El estilo relacional estereotipado de Daniel y la dificultad para asumir la responsabilidad sobre su ejercicio de violencia hacia Rosa, resultaron factores que obstaculizaron el trabajo terapéutico.

Cada vez que se planteaban preguntas y reflexiones para deconstruir significados cosificados (Scheinkman, 2008; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987) como en el caso de Daniel, de que Rosa lo va a engañar o es una “mentirosa”, o se co-construían conversaciones (Bertrando y Toffanetti, 2004) para negociar y establecer acuerdos que fueran justos y equitativos para ambas partes, él interrumpía constantemente en las sesiones, descalificaba a Rosa o dejaba de asistir. *Actualizar el quid pro quo en la relación y cuestionar el supuesto masculino de que los hombres creen que deben tener siempre el privilegio y el derecho de controlar la vida de las mujeres* (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989), resultó -al parecer- una amenaza para los intereses de Daniel y un desafío del cual no pudo hacer frente.

Las intervenciones que se realizaban en las sesiones incorporando una perspectiva de género, tenían la intención de comprender y perturbar el proceso relacional de la pareja (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987), que por estar matizado por un pensar y actuar dentro de un marco sexista patriarcal, limitaba la inclusión de prácticas equitativas que les brindaran bienestar,

tranquilidad y crecimiento en la relación (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Aunado a los mandatos culturales que pueden determinar el comportamiento de hombres y mujeres, también es posible que *experiencias particulares en el contexto de la familia de origen o en otras relaciones sociales (como la muerte de un ser querido, una enfermedad, etc.)* resulten un factor para la adquisición de ideas, emociones y/o conductas respecto a ciertos temas o situaciones.

En el caso de Daniel, la experiencia del abandono de su madre y las dificultades con su ex esposa, parecen haber participado en que construyera la desconfianza hacia la figura de la mujer y la percepción persecutoria de que lo iban a engañar. Respecto a Rosa, la infidelidad de su padre y el divorcio entre este y su madre, al parecer también influyeron en la forma en que aprendió a tener un rol de mediadora de conflictos, que fue puesto en práctica en la relación con Daniel.

Estas experiencias y sus efectos, colaboraron –quizá sin que ambos dieran cuenta de ello- del impasse creado en su relación. En algunas sesiones con Rosa se conversó sobre el *ciclo de vulnerabilidad* propuesto por Scheinkman y Dekovenfishbane (2004). Según estas autoras, los *impasses* pueden estar relacionados con *vulnerabilidades y estrategias de supervivencia*. Las primeras usualmente son el resultado de experiencias en las familias de origen, donde se han experimentado heridas, críticas, descuidos, rechazos o abandonos, en tanto que las estrategias son formas de responder para proteger la integridad y el control ante situaciones emocionales difíciles.

Posiblemente, la *vulnerabilidad* de Daniel era vivida a través de la idea de la infidelidad, que estaba conectada con el abandono de su madre, y en Rosa, la deshonestidad, la cual estaba

relacionada con la infidelidad de su padre y su posterior lejanía. Cuando estas vulnerabilidades se veían amenazadas, entraban las *estrategias de supervivencia*; en Daniel era la desconfianza y las conductas para posicionarse de forma vertical en la relación, mientras que en Rosa, el uso de explicaciones para demostrar que decía la verdad y proteger su integridad. A través del ciclo de vulnerabilidad, se pudo establecer la conexión entre el presente y el pasado, es decir, como algunas reacciones presentes de Rosa y Daniel provenían de situaciones vividas en sus respectivas familias de origen, las cuales no habían sido elaboradas (Scheinkman y Dekovenfishbane, 2004).

Según Ugazio (2013), *la familia es un co-posicionamiento de diferencias*. La conversación dentro de una familia como en cualquier grupo con historia, está organizada entre polaridades opuestas de significado tales como honesto/deshonesto, justo/injusto, bueno/malo, sano/enfermo. Estas polaridades no son consideradas como algo en la mente de cada individuo sino como un fenómeno discursivo. Una familia es una familia a partir de que quienes pertenecen a ella tiene una trama compartida, formada por cierto número de polaridades semánticas y de narrativas que estas polaridades alimentan. La semejanza entre sus miembros está limitada al hecho de compartir una red de polaridades semánticas que deriva de la historia conversacional de la familia.

Considerando que nuestras experiencias y la forma en que las significamos son interdependientes de lo que vivimos en nuestras familias de origen, de la cultura y sociedad que además de determinar roles para hombres y mujeres, señala a través de ciertos relatos dominantes, lo que es una persona moralmente valiosa, y de la particularidad de cada persona para significar, el *trabajo terapéutico* realizado tuvo la pretensión de ofrecer la posibilidad de ser un espacio para co-construir múltiples maneras de vivirse como hombre, mujer, pareja y familia

(Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Scheinkman, 2008; White, 2007).

Aunque con Daniel no pudieron darse cambios significativos en su sistema de creencias que posibilitaran que se relacionara de forma distinta con Rosa, pudo co-construirse un lugar de escucha, respeto y entendimiento para que expresara su sentir y decidiera no continuar con la terapia de pareja (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). De acuerdo a Cannova (2005), respetar es un modo diferente de enfrentar el problema; es comprender la elección de las personas en las circunstancias en las que se encuentran y con las relaciones que tienen.

A partir de esta decisión, en la terapia individual con Rosa, de forma conjunta, se construyó que se empoderara y fortaleciera su agencia personal, lo cual la llevó a colocarse a través del tiempo, en un lugar distinto en la relación de pareja. Como se aprecia en las sesiones individuales, y retomando la postura que sugiere Scheinkman (2008), se comenzó a iluminar el ejercicio de violencia de Daniel, los discursos e ideas que posibilitaban que se mantuviera, las creencias culturales que participan en que las mujeres privilegien los intereses de los demás dejando sin voz los propios y el derecho que tiene de elegir una relación donde exista respeto recíproco (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

De igual manera, se conversó y reflexionó sobre algunas experiencias que vivió en su familia y cómo el aprendizaje de ciertos roles, se han repetido en la forma de relacionarse en distintas etapas de su vida. Esta visibilización de experiencias y aprendizajes, le permitió que comenzara a modificar los lentes que traía y empezara a cuestionar los “deber ser” o los “no puedo”, examinando otras opciones de relacionarse a partir de sus necesidades, deseos y aspiraciones (Scheinkman, 2008; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

La historia de esta pareja me hace pensar que una parte de los tiempos individuales de Rosa y Daniel estuvieron de alguna manera sincronizados, lo cual les permitió relacionarse y estar juntos. No obstante, en otros aspectos fue posible dar cuenta de que ambos no evolucionaron al mismo ritmo, trayendo como consecuencia que la calidad de su relación se viera afectada. Mientras que Rosa estaba más centrada en el presente, con proyección de ideas hacia el futuro, Daniel parecía estar atrapado en situaciones del pasado que le produjeron desilusión y enojo (Fruggeri, 1992, 1998; Reséndiz, 2014).

3.3 . Análisis del sistema terapéutico total

Llevar a cabo este proceso, fue un ejercicio de responsabilidad y aprendizaje; de respeto a los tiempos de Rosa y en su momento a Daniel, para realizar cambios dentro de un contexto cultural, que nos dice todos los días como se “debe ser mujer u hombre”; de comprensión sin justificación sobre la forma en que el patriarcado entrapa a hombres como Daniel, en la creencia de que su voz, sus necesidades e intereses deben ser privilegiados por encima del de las mujeres; de honrar el trabajo de tantas mujeres feministas que desde distintos lugares y momentos, han luchado y siguen haciéndolo para que nuestra voz sea reconocida, respetada y valorada; de disfrute por haber tenido la oportunidad de compartir una visión de género con la Dra. Noemí y por haber contado con la generosidad de que nos transmitiera sus conocimientos y experiencia.

El conocimiento de los significados atribuidos por la pareja a diversos temas, experiencias, personas y lugares importantes en sus vidas, así como las conversaciones que se dieron sesión tras sesión, participaron de manera constante en la reconfiguración del sistema terapéutico. No obstante, algunas experiencias, vivencias y significados de la pareja y de mí misma se habrán

quedado sin ser vistos y conocidos. Como lo señala Bertrando (2011), nunca puede estar uno completamente consciente de todas las complejidades de un sistema terapéutico porque existe siempre algo que no conocemos de los clientes y de uno mismo.

Durante el proceso terapéutico tuve una transformación en algunas de mis creencias y prejuicios, en mi postura en general. Transite por la urgencia de “salvar” a Rosa de la relación con Daniel, después por la frustración de mirar que el trabajo que estábamos haciendo “no diera” los “resultados” que yo esperaba, los cuales estaban en términos de que la pareja tuviera una relación de respeto y compañerismo, para finalmente, llegar a la comprensión de que la terapia es un proceso a corto, mediano y largo plazo, y no un fin establecido por las(os) terapeutas.

El poder moverme reconociendo la otredad, posibilitó que pudiésemos hablar -principalmente con Rosa- sobre otras formas de relacionarse distinta de la utilizada. Como lo señala Bakhtin (en Bertrando, 2011), dado que mi punto de vista es limitado, para lograr trascenderlo, es necesario otra perspectiva: la perspectiva de otro (del Otro). Ese Otro, además de Rosa y Daniel, fueron las voces de Noemí, del equipo detrás del espejo, de mi coterapeuta y de la propia en distintos momentos.

Reconozco el esfuerzo y el trabajo que Rosa hizo y sigue haciendo en su vida, por empoderarse y construir su bienestar. Acompañarla en su camino, fue y es, un llamado a la responsabilidad y compromiso para visibilizar y participar en la deconstrucción del “statu quo” que desafortunadamente nos sitúa a las mujeres en un lugar de desigualdad en el trato, en las oportunidades y condiciones de vida en nuestra sociedad.

En lo personal asumo que tengo un punto de sensibilidad hacia una perspectiva de género; apuesto por relaciones de equidad y de convivencia basadas como lo señala Lagarde (2012), en la

solidaridad, diversidad y paridad de la diferencia. Este llamado de responsabilidad conlleva desde luego, ser sensible a la cultura, a la situación sociopolítica, económica y de salud de nuestra sociedad que coloca de forma diferencial, los roles para hombres y mujeres.

Como lo menciona Maldonado y Segovia (2009), para construir relaciones de equidad resulta importante seguir cuestionando las premisas culturales que miran a la violencia intrafamiliar como una práctica cotidiana, sostenida por una cultura patriarcal aferrada a principios y valores que rechazan y castigan por medio de la violencia, cualquier práctica que no se ajuste al concepto de lo “normal”. La fortaleza de las relaciones, de las familias, se construye en el reconocimiento y respeto de las diversidades de sus miembros, llegando a acuerdos a partir de la comunicación y el diálogo.

Me parece que algo que faltó hacer de mi parte fue poner transparencia de mi postura directamente con Daniel, sobre su ejercicio de violencia hacia Rosa y de algunas hipótesis que fui construyendo conforme avanzaba la terapia. En coincidencia con Bertrando (2011), si los(as) clientes son expertos(as) de sus propias historias, entonces les asiste el privilegio y derecho de ser interlocutores en la construcción de hipótesis de las mismas.

Retomando a Telfner (2014), no hay forma de que nuestros valores, posturas políticas y acciones queden exentos de nuestra responsabilidad. Reflexiono entonces que una postura de mayor irreverencia, quizá me hubiese permitido desafiar mis propios prejuicios y comprender las elecciones de Daniel para relacionarse de la manera en que lo estaba haciendo. Como lo señala Bertrando (2011), el o la terapeuta debe tener conciencia no sólo del contenido de sus prejuicios, sino también del proceso en el cual esos prejuicios interactúan con las personas consultantes.

Un sistema no es aquello que existe en una realidad apartada de nosotros(as) sino una ecología de ideas que surge a partir de todo un sistema de significados; los comportamientos del/la terapeuta no tienen efecto constructivo por sí mismos sino que están al interior de las definiciones y representaciones compartidas sobre el plano relacional (Telfner, 2014).

Finalizo este apartado señalando que Rosa y Daniel me enseñaron que todos y todas tenemos nuestro propio momento para cambiar de página, que el trabajo que hacemos como terapeutas es valioso pero no omnipotente y que la idea de que el/la terapeuta es quien tiene control de un proceso terapéutico es una construcción como tantas otras.

3.4 . Integración del segundo expediente del trabajo clínico

Caso 2

“Nunca es tarde para poner límites”

Datos generales:

Nombre: Aurora

Sede: Edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología – Ciudad Universitaria

Espacio: Cámara de Gesell

Terapeutas: Anayanci Alvarez Sevilla y Ana Victoria Hernández Pascual

Supervisora: Dra. Luz María Rocha Jiménez

Equipo terapéutico: Paola Nares Torres, Angélica Reyes Jiménez, Lucía Pérez Rodríguez, María de la Luz Lozada Guzmán, Vianey Gutiérrez Arenas y Ricardo Carranza Dueñas.

Modelo terapéutico: Modelos Estratégico y Estructural con perspectiva feminista

Numero de sesiones: 9

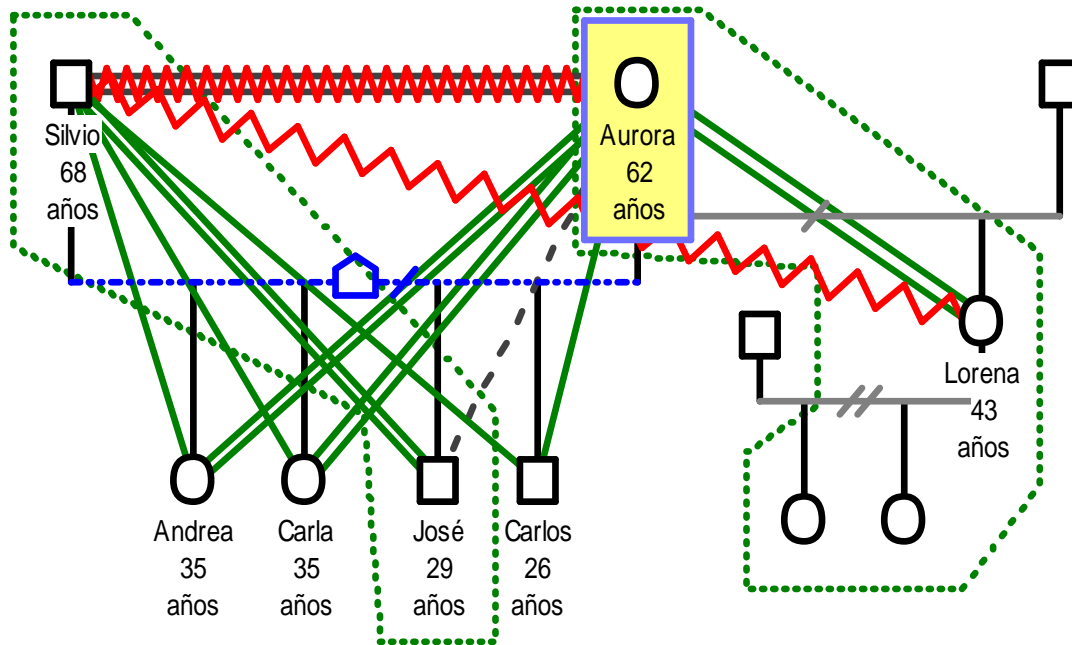
Periodo de atención: 06 de Octubre del 2016 al 23 de Marzo del 2017.

Ficha de identificación:

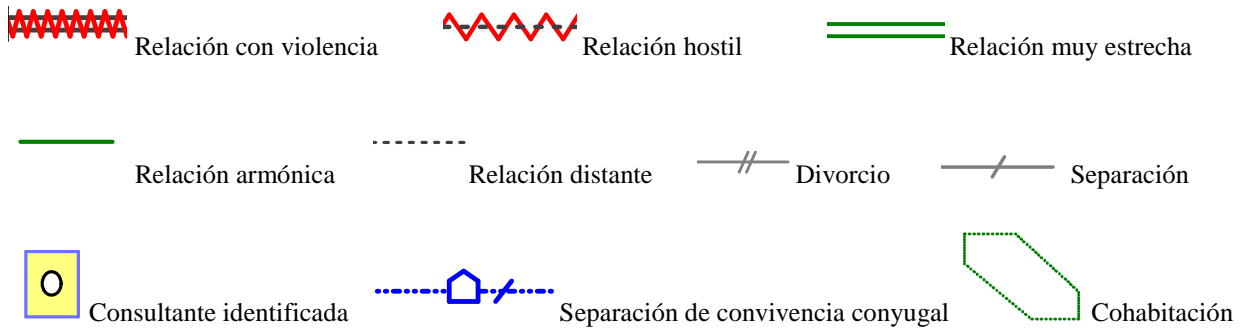
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación
Aurora	62 años	Esposa (consultante)	Jubilada
Silvio	68 años	Esposo	Plomero
Lorena	43 años	Hija	Empleada
Andrea	35 años	Hija	Empleada
Carla	32 años	Hija	Empleada
José	29 años	Hijo	Empleado
Carlos	26 años	Hijo	Empleado

Familiograma

(Nombres han sido cambiados por aspectos de confidencialidad)



Claves según el Genopro (2011)



Motivo de Consulta

Aurora solicitó terapia debido a sentirse preocupada por no saber qué decisión tomar en relación a la solicitud que su esposo Silvio le hizo de permitirle vivir con ella después de algunos meses de separación entre ambos.

Antecedentes del problema

Aurora fue madre soltera de Lorena a los 19 años. Durante la infancia de su hija, la dejó al cuidado de distintos familiares debido a que tenía que trabajar. Un par de veces, intentaron violar a Lorena sin que ella estuviera enterada. Esta información le fue proporcionada por su hija tiempo después. Esta situación le ha hecho sentir que no estuvo presente cuando su hija la necesitó.

Posteriormente conoció a Silvio, con el que tuvo 4 hijxs (Andrea, Carla, José y Carlos) y vivió por más de 30 años en un ambiente de violencia física y verbal. Por los constantes problemas que tenían decidió separarse hace algunos meses. Después de dos semanas de estar viviendo sola, Lorena y sus hijas llegaron a vivir con Aurora debido a que su hija comenzó a tener problemas con su esposo y se separó de él.

Desde que se fue, Silvio ha estado hablándole constantemente por teléfono diciéndole que la quiere y desea regresar. Se ha presentado en casa de Aurora para esperarla e insistirle en que lo reciba y le ha hecho algunos comentarios -señalados por la consultante- en términos de reclamo de si está con alguien más y no quiere aceptarlo de nuevo por ello. Así mismo, ha buscado el apoyo de sus hijos para que intercedan por él, ocasionando algunas dificultades entre estos y Aurora. José -quien más apoya a Silvio-, ha argumentado que su padre es una persona mayor, que está olvidando cosas y que su madre debería considerarlo. En contraste, la postura de Andrea, Carla y Lorena es que Aurora no regrese con Silvio ya que consideran que este no ha cambiado en sus conductas violentas. No obstante, respetarán la decisión que su madre tome al respecto. Es importante señalar que los 4 hijxs viven de forma independiente.

A partir de esta información recabada pudo establecerse la definición del problema y los objetivos terapéuticos que se muestran a continuación.

Definición del problema

Se presenta Aurora, como una mujer que después de haber vivido con Silvio durante más de 30 años, cursó un periodo de adaptación y resolución de distintos desafíos en su vida, tales como decidir continuar separada o retomar la relación de pareja con él. Durante el tiempo que ambos vivieron en conyugalidad, establecieron formas particulares de interacción que reflejaron cierta definición de la relación. Los ejercicios de violencia por parte de Silvio hacia Aurora tuvieron como efecto, desequilibrios de poder entre ellos, dejándola a ella en una posición de subordinación, trastocando y trastornando con ello, la comunicación, organización, jerarquía y bienestar en la relación de pareja.

Según Haley (1988), Madanes (1982) y Minuchin (1989), la problemática que una persona presenta es el resultado de la interrelación entre diversas personas, es decir, son producto de una secuencia o serie de actos y comportamientos que las personas tienen para comunicarse, los cuales se han estereotipado. Para estos autores, el tema del poder en las relaciones humanas es un elemento fundamental que se relaciona y participa con la organización y la jerarquía; la familia se organiza siguiendo modos de conducta estandarizados y redundantes con los cuales se establecen jerarquías y reglas que dejan ver quienes en la familia tienen más poder y quienes ocupan posiciones secundarias.

Si bien como lo señalan los(as) autores(as) antes citados, todas las personas envueltas en un problema cumplen un papel en cuanto a la perpetuación del mismo, es importante indicar que hombres y mujeres no cumplen papeles equivalentes dado que estas últimas, generalmente, no

tienen el poder ni los recursos para ser iguales a los hombres. En ese sentido, es necesario reconocer que no puede haber una verdadera complementariedad ni circularidad en las relaciones humanas si los antecedentes de estas, están mal balanceados en términos del acceso a las oportunidades y el poder en lo social, legal, político y económico (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Retomando la situación de Aurora, es posible que algunas de las pautas de interacción entre ella y Silvio hayan afectado parcialmente su rol de padres, construyéndose en algunos aspectos, una jerarquía invertida con límites difusos entre ellos y sus hijos. Se hace distinción de lo anterior al apreciarse cierta presión, principalmente de los hijos varones, señalándole a Aurora lo que debía hacer respecto a su proceso de separación e interviniendo para que ella reconsiderara su postura. Por momentos, José se posicionó como una voz de autoridad en el sistema familiar, por encima de la de su mamá y hermanas, privilegiando las necesidades de su padre sin contemplar el derecho que su madre tiene de ser respetada en sus decisiones como mujer autónoma que es.

De acuerdo a Haley (1988), una *organización con funcionamiento defectuoso* es un sistema jerárquico que funciona incorrectamente por haber cristalizado secuencias de interacción que crean inestabilidad, sufrimiento y problemas entre los miembros de la familia. Las relaciones se tornan difíciles cuando las personas no pueden llegar a un acuerdo sobre una definición común de las distintas áreas de la relación y se puede convertir en patológica cuando una o más personas que la integran, hace o hacen maniobras para delimitar el comportamiento del otro u otras (Haley, 1963). Cuando la jerarquía y las fronteras se aplican de forma rígida o con un criterio sexista se pone en desventaja a las mujeres y a los niños que regularmente terminarán en los últimos puestos de cualquier clasificación basada en la autoridad (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Objetivos terapéuticos

- Promover un espacio de confianza y seguridad para que Aurora pudiese considerar sus necesidades e intereses, como prioridad en la toma de decisiones.
- Identificar y bloquear cualquier secuencia de interacción que pudiese influenciar en el mantenimiento del problema e introducir mayor complejidad y alternativas de solución del mismo a través de nuevas pautas de relación.
- Generar conversaciones que fortalecieran el empoderamiento y agencia personal de Aurora.
- Promover que Aurora estableciera límites claros en sus pautas relacionales en términos de equidad y respeto hacia el derecho de gozar de bienestar y tranquilidad.
- Explorar la red de apoyo de Aurora como recurso para cualquier contingencia que se pudiese presentar
- Visibilizar cualquier ejercicio de violencia de Silvio hacia Aurora y establecer un plan de seguridad para que hiciera frente a ello.

Proceso terapéutico

Sesión 1

- Asistieron: Aurora
- Terapeutas: Anayanci y Victoria
- Objetivos: Establecer el encuadre terapéutico; identificar el motivo de consulta; explorar pautas de interacción relacionadas con la problemática referida y establecer objetivos del tratamiento.

- Hipótesis: La adaptación a vivir sola, el estado de salud de Silvio así como la postura de sus hijos pudiesen estar influyendo en la decisión de Aurora de que este regresara a vivir con ella. Parece que lo único que estaba sosteniendo la decisión de estar separada, era la motivación de ayudar a Lorena y la preocupación de que esta decidiese irse si optaba por estar con Silvio.
- Técnicas y tipo de directivas utilizadas: unión y acomodamiento, rastreo de información (Minuchin y Fishman, 1989), preguntas focalizadas y circulares, validación de sentimientos, directiva directa: enlistado de ventajas y desventajas.

En la primera sesión, considerando la etapa de planteo del problema propuesta por Haley (1988), pudo establecerse como motivo de consulta, una solicitud de orientación por parte de Aurora para tomar la decisión de regresar o mantenerse separada del hombre que fue su pareja durante más de 30 años. A través de su discurso, pudo identificarse la postura de cada uno de los miembros de su sistema relacional: sus tres hijas Lorena, Andrea y Carla compartían la idea de que ella se mantuviera separada de Silvio, en tanto que sus hijos Carlos y José, mostraban inclinación hacia la decisión de que permitiera a su padre regresar a vivir con ella.

Dentro de la conversación se comentó sobre la relación y algunas experiencias de Aurora con su hija Lorena. En los primeros años de vida, relató que por motivos de trabajo, tuvo que dejarla al cuidado de distintos familiares, lo cual le hizo pensar y sentir que en ciertos momentos no estuvo cuando su hija llegó a necesitarla. Actualmente, por ofrecimiento de Aurora, Lorena y sus hijas viven con ella por problemas económicos debido a que se divorció de su esposo.

También se pudo conocer sobre la relación con ejercicios de violencia física y verbal por parte de Silvio hacia Aurora; mencionó que durante mucho tiempo, él la golpeó y que sus hijxs

fueron testigos de ello. Expresó haber tenido una mala vida con él y que aunque desde hace 10 años ya no la ha agredido físicamente, le angustiaba que pudiese volver a ser agresivo con ella.

Aurora caracterizó su situación como un dilema, como si estuviera viviendo “entre la espada y la pared”. En ciertos momentos consideraba que lo mejor era que Silvio regresara para no estar sola y porque lo veía en mal estado de salud, pero por otra parte, le preocupaba que su hija Lorena se pudiese ir de la casa si aceptaba el regreso de Silvio, lo cual le causaría “remordimiento por todo lo que ella pasó”.

Al final de la sesión, se validó (Haley, 1963) la preocupación de Aurora mostrada durante la sesión por querer tomar “la mejor” decisión y se reflexionó sobre la existencia de las opiniones que hay al respecto, reconociendo su interés por dar espacio a todos los puntos de vista. No obstante, se visibilizó lo complicado y desgastante que podría ser conciliar estos sin que salgan afectados sus propios intereses, bienestar y tranquilidad.

Como directiva o tarea (Haley, 1988), se solicitó que pudiese enlistar las ventajas y desventajas de dos posibles decisiones: que Silvio regresara a casa o mantenerse separada de él como hasta ahora lo ha hecho.

Sesión 2

- Asistieron: Aurora
- Terapeutas: Anayanci y Victoria
- Objetivos: Explorar el efecto de lo conversado la sesión anterior y retomar la directiva solicitada; comenzar a empoderar la voz de Aurora sobre el derecho a decidir quién y cómo vivir en su casa y conversar sobre posibles acuerdos de convivencia que fueran útiles para Lorena y Silvio en caso de que decidiese que este último regresara.

- Hipótesis: Es posible que la intranquilidad de Aurora estuviese relacionada con un sentimiento de responsabilidad por el bienestar de Silvio, vivido como un mandato social que hace referencia que la esposa y madre “debe” cuidar de la familia a costa de sus propios intereses. Como señala Marta Lamas (2007), esta subordinación de género se construye desde la infancia al darle importancia determinante a la maternidad, al cuidado del hogar y las relaciones como el destino esencial de las mujeres. La estancia de Lorena parecía estar funcionando como un escudo para no tener que cumplir con el mandato de esposa.
- Técnicas y tipo de directivas utilizadas: enfoque e intensidad, búsqueda de lados fuertes (Minuchin y Fishman, 1989), preguntas focalizadas y circulares, connotación positiva, directiva directa: no contestar el celular.

En esta sesión, se conversó sobre una reunión que Aurora tuvo con sus hijxs y Silvio en la cual señaló que por el momento no era su deseo que él regresara a vivir con ella. Estableció que su prioridad era apoyar a su hija Lorena. Se comentó que a partir de este evento, Silvio había intensificado las llamadas telefónicas solicitando a Aurora que lo dejara volver a la casa.

Se comenzó a empoderar la voz de Aurora al visibilizar que la casa es suya y que tenía el derecho de decidir quién podía vivir ahí. De igual forma, se reconoció y connotó positivamente (Haley, 1963) el haber “tomado la decisión” de expresar en la reunión con Silvio y sus hijxs lo que deseaba. Al comentar sobre los sentimientos que le producía el poder ayudar en este momento a Lorena, -“aunque no es posible recuperar todo lo que ocurrió cuando Lorena era niña, me siento tranquila y feliz de poder ayudarla en este momento”-, se visibilizó la buena relación que ha podido establecer con su hija.

Al fijarse una meta dentro del proceso terapéutico (Haley, 1988), Aurora señaló que su expectativa era que se le ayudara para lograr tranquilizarse, especialmente cuando Silvio la buscaba o hablaba. Mencionó sentirse inquieta y con dificultades para dormir a partir de que Silvio aumentó las llamadas por teléfono. Indicó que sus sensaciones se debían por tener que estar diciendo “no” a la insistencia de él. Al explorar sobre la posibilidad que este pudiese violentarla físicamente, ella refirió muy poca probabilidad. Como red de apoyo, se pudo identificar a sus hijxs y otros familiares cercanos (hermana); sus hijas le han dicho que cuenta con ellas si necesita algo.

Se planteó como tarea (Haley, 1988) que realizara el experimento de no responder las llamadas de Silvio y registrara su sentir al respecto. Así mismo, se intensificó (Minuchin y Fishman, 1989) el mensaje propuesto por el equipo terapéutico de que hiciera uso de su red de apoyo para cualquier contingencia que se pudiese presentar.

Sesión 3

- Asistieron: Aurora
- Terapeutas: Anayanci y Victoria
- Objetivos: Explorar el resultado de la tarea: no contestar las llamadas de Silvio y conversar sobre los sentimientos de intranquilidad y la posible relación con creencias de “deber ser” buena esposa y madre.
- Hipótesis: Aurora estaba atrapada en una lucha entre lo que quería y lo que creía que debía hacer como mandato social, es decir, cumplir con su deber de esposa. Es posible también que el sentirse sola pudiese estar relacionado en ese momento, con una necesidad de ocuparse de alguien, considerando por mucho tiempo su rol de cuidadora en la familia.

- Técnicas y tipo de directivas utilizadas: cuestionamiento de realidad, reencuadre, fijación de fronteras, (Minuchin y Fishman, 1989), preguntas focalizadas, reflexivas y circulares, connotación positiva, directiva directa: reflexión y esclarecimiento.

La conversación de esta sesión comenzó con la revisión de la tarea (Haley, 1988) que Aurora realizó de no contestar las llamadas telefónicas de Silvio. Se mencionó que durante 15 días llevó a cabo esta acción, señalando haberse sentido bien por hacerlo. Como respuesta, Silvio se presentó en su casa por las mañanas y por las tardes, para insistirle de forma “desesperada” que lo dejara regresar. Aurora refirió que verlo llorar, tuvo como efecto que reconsiderara su decisión y pensara en dejarlo regresar.

Se validó y definió como un establecimiento de límites (Minuchin y Fishman, 1989), el haber podido llevar a cabo la tarea de no contestar las llamadas a Silvio. Se comentó sobre el cambio de decisión y se exploró los sentimientos y creencias que lo sostienen. Aurora señaló que en ocasiones se ha sentido sola y desesperada como Silvio, aunque reconoció que esto se hacía presente cuando él le hablaba o se presentaba en su casa ya que cuando no lo veía, no sentía desesperación ni “ganas” de hablarle. Se reflejó un diferencial respecto a la forma en que estas sensaciones se presentaban, las cuales sólo se aparecían cuando Silvio se acercaba, como si el sentir de él, -de alguna manera- la alcanzara a “contagiar”. Aurora reconoció que le gustaría que Silvio y Lorena pudiesen convivir porque así podría tener a ambos con ella.

Considerando este cambio de postura, se conversó sobre la posibilidad de que ambos pudiesen vivir con ella. Aurora mencionó preocupación de que Lorena se fuera de su casa si Silvio regresaba, situación que le causaba conflicto ya que quería seguir apoyando a su hija. Comentó que las hermanas de Lorena la podían apoyar económicamente para rentar un lugar en

caso de que se fuera. Se validó la preocupación por su hija y el deseo de ayudarla y reparar el tiempo que refirió no haber estado con ella en su niñez. No obstante, se visibilizó que ahora su hija era una mujer adulta, con recursos propios para poder salir adelante además del apoyo de su familia. Se reflejó que si Lorena decidía vivir en otro lado era porque consideraba su bienestar como prioridad. Partiendo de lo anterior, se plantearon distintos escenarios con el fin de que Aurora pudiese construir y establecer acuerdos de convivencia. De igual forma se reconoció y connotó positivamente (Haley, 1963) que ya fue capaz de reestructurar (Minuchin y Fishman, 1989) parte de su vida al haberse separado de Silvio, por lo que podía volver a hacerlo.

Después de haber dialogado con el equipo terapéutico, para finalizar la sesión, se estableció como directiva (Haley 1963, 1988) que Aurora hiciera lo siguiente:

- Reflexionar qué expectativas tenía del regreso de Silvio y qué haría en caso de que él no cumpliera lo que había señalado haber cambiado (trabajar, no mostrarse violento, colaborar con las actividades domésticas).
- Esclarecer con Lorena sobre su postura en caso de que Silvio regresara a casa.
- Pensar qué acuerdos consideraba necesarios establecer con Silvio y Lorena -en caso de que ambos vivieran con ella- para tener una buena convivencia.

Sesión 4

- Asistieron: Aurora
- Terapeutas: Anayanci y Victoria
- Objetivos: Explorar el resultado de la solicitud de reflexión acordada la sesión pasada respecto a las expectativas del regreso de Silvio, la postura de Lorena al respecto y los acuerdos de convivencia que tendría que establecer si este regresaba y su hija se quedara

en casa; visibilizar que las llamadas constantes de Silvio y presentarse afuera de la casa de Aurora eran ejercicios de violencia.

- Hipótesis: La idea de Aurora de volver con Silvio podía deberse a dificultades para adaptarse a vivir sola o por la presión que en algún momento los hijos hicieron para que ella lo cuidara y le hiciera compañía.
- Técnicas y tipo de directivas utilizadas: reestructuración, reencuadre, fijación de fronteras, consejo especializado (Minuchin y Fishman, 1989), preguntas focalizadas, reflexivas y circulares, normalización, validación, connotación positiva.

El punto central de esta sesión fue que Aurora pudo traducir en acción su motivo de consulta, es decir, tomar una decisión respecto al regreso o no de Silvio. Después de algunas semanas, permitió que este volviera a su casa. Comentó que en el único día que estuvo viviendo con ella, volvió a mostrar actitudes de celos, al señalarle que el padre de Lorena la estaba buscando. Esto colaboró en que se diera cuenta que él no había cambiado como lo había expresado. Después de esto, Aurora decidió que Silvio se fuera otra vez ya que no quería vivir como antes. Habló con sus hijos y hermanas de este para explicar la situación y solicitar apoyo para que él la dejara de buscar.

Aurora mencionó ser una mujer con dificultad para tomar decisiones. Se cuestionó y reencuadró esta idea (Minuchin y Fishman, 1989) señalando que a lo largo del proceso ha tomado distintas decisiones reconociendo su sentir y sus necesidades; se validó que ha podido construir otros escenarios en su vida, tomando como ejemplo la separación de un hombre que tuvo ejercicios de violencia con ella durante mucho tiempo. Se normalizaron ideas y sentimientos de inquietud y dificultad para decidir, al señalar que como proceso de cambio y de construcción de una “realidad” distinta encaminada hacia el bienestar, es válido que pudiese sentirse como lo

refería. Se reflejó que la decisión de que Silvio saliera de su casa podría relacionarse con una actitud de protección consigo misma.

Al conversar sobre los términos en los que quedó la relación entre ambos, Aurora comentó que no quería estar con Silvio pero que este no lo entendía. Al preguntarle si era posible que él estuviera construyendo esperanzas a partir de que pudo regresar con ella (aunque sea sólo un día) y que su insistencia diera efectos favorables para él, Aurora señaló que era posible que Silvio pensara eso; agregó que en los días que no la buscó o la llamó, se sintió más tranquila. Se reflejó que pareciera que estaba dejando que su tranquilidad estuviera en manos de Silvio pero que podría -si así lo quería-, comenzar a recuperar terreno para traerla de regreso, dado que le pertenecía. Se reflexionó que posiblemente se requería un poco de mayor volumen a su NO, para que pudiese ser escuchado con mayor fuerza y nitidez.

De igual forma, se conversó que la seguridad era un punto muy importante de tenerse en cuenta, considerando el ejercicio de violencia física anterior y ahora psicológica de Silvio. Se visibilizó que las llamadas por teléfono de manera insistente y la presencia afuera de su casa, eran ejercicios de violencia. Utilizando el consejo especializado (Minuchin y Fishman, 1989), se dialogó sobre el ciclo de violencia (Walker, 1984 en Ferrer y Bosch, 2003) distinguido en la relación con Silvio, en el cual, después de episodios de conductas violentas, era posible que se presentara un periodo de calma y de “arrepentimiento” por parte del agresor, prometiendo el cambio de su conducta. Después de un tiempo, era factible que volvieran a presentarse eventos o ejercicios de violencia. Aurora reconoció que así lo ha vivido y que era algo que ya no quería más en su vida. Se validó su sentir reencuadrando (Minuchin y Fishman, 1989) que ahora era diferente, ya que sólo le bastó un día para darse cuenta de muchas cosas que ya no estaba dispuesta a tolerar, tomando medidas y acciones para detenerlo.

Al explorar sobre quién podría entre su red de apoyo (Minuchin y Fishman, 1989) estar presente y acompañarle para manifestarle a Silvio lo que quería de tal manera que no hubiera algún riesgo por cualquier reacción de él, se identificó que sus hijas(os) podría ayudarle. Se estableció el apoyo de sus hijos(as) como un recurso viable para que Aurora se sintiera segura al hablar con él; además de señalar como opciones a considerar, un cambio de número telefónico y una orden de restricción.

Sesión 5

- Asistieron: Aurora
- Terapeutas: Anayanci y Victoria
- Objetivos: Conversar sobre los cambios en la postura de Aurora en su relación con Silvio y cómo esto estaba manteniendo la conducta de insistencia de este.
- Hipótesis: La voz del hijo mayor (José) parecía estar teniendo un efecto significativo en las posturas de Silvio y Aurora; en el primero funcionaba como apoyo para seguir manteniendo sus conductas de acercamiento hacia Aurora, mientras que en ella, posiblemente, tenía el efecto de hacerle reconsiderar aceptar a Silvio.
- Técnicas y tipo de directivas utilizadas: foco e intensidad, complementariedad (Minuchin y Fishman, 1989), preguntas focalizadas, reflexivas y circulares, redefinición.

Esta sesión estuvo centrada principalmente en la forma en que Silvio estuvo tratando de acercarse a Aurora por medio de su hijo José, así como la forma en que ella respondía a ello. Se conversó sobre la postura y participación de cada uno de sus hijos en la situación de sus padres.

Aurora mencionó sentirse tranquila y diferente después de acudir a un curso de “Elige ser” ya que le ayudó lo que escuchó ahí. También refirió haber bloqueado el número telefónico de

Silvio por lo que ya no había hablado con él, ni visto. La decisión que tomó fue dar por terminada su relación dada la incomodidad que le producía su insistencia y celos.

Se comentó sobre la conversación que tuvo Aurora con sus hijos en relación a Silvio. Al respecto, la postura de su hijo mayor José era que su mamá regresara con su papá, expresándole que en cualquier momento Lorena se podía ir y ella se iba a quedar “sola” por lo que “deberían estar juntos”. Se visibilizó que, al parecer, por la dificultad que estaba presentando Silvio de poder acercarse directamente a ella, buscó a través de sus hijos, principalmente de José, poder seguir insistiendo en regresar. Aurora mencionó que su hijo se conmovía al ver a su padre llorar y estar desesperado, por lo que buscaba tratar de convencerla para que regresara con él.

Se reflexionó sobre la posición de José como intermediario de dicha situación y se conversó sobre la relación entre padre e hijo y lo complejo que podría ser para este último, el cuidado, como lo refirió, de una persona mayor, considerando que Silvio vivía con él. Se mencionó la posibilidad de que para José, esta tarea estuviera resultando un desafío y quizá por ello, mostraba mayor interés en que ella aceptara a su papá de nuevo. Aurora consideró esta posibilidad y señaló que su hijo le había dicho que Silvio está grande, que requería cuidados y se le olvidaban las cosas. Se validó la preocupación de su hijo, sin embargo, se señaló con el objetivo de delinear fronteras entre los subsistemas y reorganizar la jerarquía dentro de la familia (Minuchin y Fishman, 1989; Madanes, 1982; Haley 1988) que la figura principal en la toma de decisión sobre mantenerse separada o regresar con Silvio era ella, enfatizando que era entendible que sus hijos pudiesen tener una postura al respecto, pero la que tenía que decidir lo más conveniente para su bienestar era ella.

Retomando a Haley (1963) que establece que no es posible dejar de calificar un mensaje y que cuando se realiza una declaración que está calificada por un mensaje que niega esto, se vuelven inevitables las dificultades en las relaciones interpersonales, se mencionó que la comunicación que estaba teniendo Aurora parecía matizada con un “sí pero no”, al decir que “sí” quería estar tranquila y sin Silvio pero “no” lo había dicho de forma contundente. Se visibilizó el derecho de estar parada en esta postura, señalando que como cualquier otra, había consecuencias que se tenían que asumir.

Sesión 6

- Asistieron: Aurora
- Terapeutas: Anayanci y Victoria
- Objetivos: Explorar si Aurora realizó cambios en la forma de comunicarse y validar acciones realizadas que contribuyeran a fortalecer su agencia personal y empoderamiento de su voz.
- Hipótesis: La presión de sus hijos y el miedo por las conductas violentas de Silvio colaboraban en que Aurora mostrase dificultades para establecer límites claros y firmes con él. Las hijas al parecer funcionaron como contraparte para ayudarle a empoderar su voz.
- Técnicas y tipo de directivas utilizadas: lados fuertes, reencuadre (Minuchin y Fishman, 1989), preguntas focalizadas, reflexivas y circulares, connotación positiva, directiva directa: realizar una lista.

En esta sesión se pudo visibilizar que la dificultad de Aurora para ser firme al decir NO, se relacionaba con sentimientos de “miedo”. Se estableció un escalamiento en las conductas de

Silvio relacionadas con su objetivo de regresar a vivir con ella teniendo como efecto, diferencias entre ella y sus hijxs así como entre ellxs mismos.

Se dialogó sobre la dinámica familiar construida a partir de algunos eventos que se habían suscitado; Aurora mencionó que Silvio estaba inventando “cosas que no son” y que hacía que sus hijas se pelearan. Sus hijos varones la regañaron por esta situación y le cuestionaron el por qué no recibía a su papá ya que está “grande” y “viejo”. Mencionó que la postura de sus hijos era que ella dejara a Silvio regresar en tanto que sus hijas opinaban que era su decisión. Aurora comentó que había dicho a sus hijos que la decisión era de ella y que estaba tratando de “curarse” y estar bien. Se connotó positivamente la acción (Haley, 1963) de señalarles que era ella la que tenía que resolver esa situación.

Al retomar lo conversado la sesión anterior sobre los mensajes de “si pero no” que Aurora en ocasiones utilizaba en su comunicación con Silvio, se dialogó sobre lo que pasaría si esto dejara por completo de suceder. Aurora refirió que su hijo Carlos ya se había hecho a la idea pero que José aún no; agregó que sus hijas le dijeron que fuera firme, que la iban a apoyar pero que decidiera un “sí” o un “no” ya que era confusa la postura de indecisión que estaba tomando. Reconoció que tenía miedo de cómo Silvio pudiese reaccionar si ella decidiese cortar cualquier tipo de comunicación y que por eso le estaba “costando trabajo”.

Expresó querer hablar con Silvio e hijxs para señalar que ya había tomado la decisión de no regresar con él. Se planteó la posibilidad de que antes de que tuviera esta conversación, pudiese ser útil escribir sus razones (Haley, 1988) con el fin de que le fuera más fácil darle voz y poder a sus deseos, prioridades, intereses y bienestar. Aurora señaló que podría servirle mucho hacer este ejercicio; mencionó que su hijo José le había dicho que cómo ahora que ya estaban “viejos”,

decidía estar sin su papá, que lo “debió” haber decidido antes. Reconoció que no lo hizo por miedo y que se sentía arrepentida de no haberlo hecho antes. Se intervino diciendo que antes tuvo motivos por los cuales no hacerlo, que nunca es tarde y que este podía ser el momento para decidir algo distinto. Aurora comentó querer vivir tranquila.

Siguiendo con un trabajo de empoderamiento, se reconoció (Haley, 1963) la fuerza de Aurora para decir “ya no más” y dar batalla al miedo; se reflejó que a pesar del “miedo” que todavía sentía, Silvio ya no estaba con ella. Se reconoció y connotó positivamente la valentía que ha tenido para resistirse al miedo, para no dejarse atrapar por él y para ganar seguridad y confianza en su vida.

Como directiva (Haley, 1988), se acordó con Aurora que pudiese hacer una lista del beneficio que tendría para su vida, decidir no estar con Silvio.

Sesión 7

- Asistieron: Aurora
- Terapeutas: Anayanci y Victoria
- Objetivos: Mantener conversaciones que posibilitaran el fortalecimiento de la agencia personal de Aurora, empoderando su voz para que pudiese sentirse con mayor seguridad, tranquilidad y confianza al tomar decisiones.
- Hipótesis: Los sentimientos de intranquilidad y preocupación mostrados por Aurora así como la dificultad para mantenerse en una postura, pudieron haber estado relacionados con el deber de conciliar distintos roles sociales que resultaban, en ese momento, incompatibles en términos de bienestar.

- Técnicas y tipo de directivas utilizadas: establecimiento de fronteras (Minuchin y Fishman, 1989), preguntas focalizadas, reflexivas y circulares, validación, connotación positiva, directiva directa: invitar a sus hijxs a la próxima sesión.

En esta sesión se conversó sobre ciertas complicaciones que se presentaron en la dinámica familiar después de que Aurora -en presencia de sus hijxs- habló con Silvio y le expresó que ya no la buscara. Lorena, Carla, Andrea y Carlos respetaron la decisión de su madre y sólo José estuvo inclinado a apoyar a su padre. Aurora mencionó que a partir de este evento, José ya no se hablaba con sus hermanxs.

Aurora comentó sentirse responsable y con remordimientos; señaló que la situación con Silvio pudo haberla resuelto de otra forma. También reconoció que la actitud agresiva de él le producía miedo. Mencionó que por momentos Silvio se mantenía tranquilo sin buscarla, hasta que “algo” hacía que volviese a inquietarse, solicitándole a su hijo José que le dijera que quería regresar. Se connotó positivamente (Haley, 1988) el haber hablado con su familia para hacerles saber su postura, señalándose que hacía lo que estaba a su alcance para poder construir su bienestar y que en ocasiones, otras personas podían no estar de acuerdo o conformes con su decisión.

Se reflejó que Lorena, Carla, Andrea y Carlos entendían la posición de ambos pero no intervenían presionándola a que tomara una decisión determinada, sin embargo, parecía que José no alcanzaba a distinguir que ella también tenía necesidades, intereses y derecho de estar bien. Se conversó sobre la posición de estar “entre la espada y la pared”; por un lado, estar en un lugar de tranquilidad por decidir no estar con “alguien” -con el cual ya no quería estar-, y por otro, regresar con ese “alguien” para que los demás (José y Silvio) estuvieran satisfechos, sacrificando

su bienestar. Aurora comentó que podría considerar regresar con Silvio si este fuera capaz de cambiar pero por el momento, elegía su tranquilidad. Se enfatizó la importancia (Minuchin y Fishman, 1989) de mantener su voz y la decisión que había tomado.

Aurora mencionó sentir preocupación y malestar por los conflictos entre sus hijxs. Al explorarse si consideraba que estos problemas se solucionarían si ella regresara con Silvio, respondió no estar segura de que pudiese ser así. Refirió que le gustaría tener una reunión y hablar con ellxs. Considerando que un síntoma, problema o queja es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social (Madanes, 1982), se planteó la utilidad de poder invitarlxs a la siguiente sesión y conversar sobre lo que estaba sintiendo al estar en la posición de “entre la espada y la pared”. Al respecto, Aurora mencionó que podría ser benéfico que pudiesen conocer y escuchar su sentir. Se acordó invitación para sus hijxs.

Sesión 8

- Asistieron: Aurora, Andrea, Carla y José
- Terapeutas: Anayanci y Victoria
- Objetivos: Conversar sobre las diferencias familiares que se presentaron a partir de la separación de Aurora y Silvio. Construir acuerdos entre los asistentes encaminados a que mejoraran la convivencia familiar.
- Hipótesis: El espacio terapéutico podría servirle a Aurora como un recurso para poder empoderar un poco más su voz y expresar a sus hijas(os) su sentir sobre la decisión de estar separada de Silvio.
- Técnicas y tipo de directivas utilizadas: establecimiento de fronteras (Minuchin y Fishman, 1989), validación, preguntas focalizadas, reflexivas y circulares.

La presencia de Aurora, Andrea, Carla y José en la sesión permitió distinguir las diferencias de postura entre los miembros de la familia y la forma en que cada uno puntuó el evento de separación de la pareja conyugal. En esta sesión, Aurora pudo conversar con sus hijxs sobre el malestar que tenía al verlos distanciados además de expresar la expectativa de que pudiesen mejorar las cosas y que no hubiesen tantos problemas.

Andrea comentó que el distanciamiento no era entre todos los hermanxs sino sólo con José ya que entre los demás, había buena relación. Reconoció la preocupación de su mamá y que su prioridad fuera que se llevaran bien. Carla señaló que aunque han tenido diferencias entre ellos, terminan por resolverlas, sin embargo con José, ha sido -desde antes- difícil de conciliarlas. José reconoció la unión existente entre sus hermanxs y que su madre sufrió con su papá y con él, ya que anteriormente, era “vago, vicioso y peleonero”. Expresó que de alguna forma se hizo una fama de ser el “malo” de la película.

Al conversar sobre la situación de separación entre Aurora y Silvio, Carla comentó que cuando dialogaba con su padre, procuraba no hablar sobre el tema de la separación, sin embargo, este le contó del apoyo que José le estaba dando para acercarse a su mamá. José reconoció que la relación entre ambos fue dañina ya que su papá golpeaba a su mamá y a ellos también. Señaló que él ha tratado de remediar la situación entre sus padres, diciéndoles que no se separaran porque ya estaban grandes. En contraparte, la postura referida por Andrea fue tajante hacia el proceso de separación debido a que su papá seguía teniendo malos tratos hacia su mamá, lo cual le producía enojo, no obstante, se pronunció por respetar su decisión. Expresó no saber exactamente que quería su mamá; enfatizó que lo único que le dijo es que valorara la situación.

Al explorar si la sensación de “no saber” estaba presente en alguien más, José y Carla mencionaron también presentarla. Aurora comentó no querer nada con Silvio; expresó sentir coraje porque él seguía con sus “mismas actitudes”. Señaló que quería estar bien con él y con sus hijxs, solicitando de estos últimos, que la siguieran apoyando y que la relación entre ellxs fuera sin rencor. Hizo un reconocimiento de que ella y Silvio ocasionaron la situación que presentaban por no haberla resuelto en su momento e involucrar a sus hijxs. Enfatizó el deseo de estar tranquila y separada de él.

Se visibilizó que cada uno de los hijxs ha construido una relación distinta con sus padres, validando la preocupación de que ambos estuvieran bien. Con el fin de dejar claros los límites en la familia y reorganizar el sistema jerárquico de forma congruente empoderando la voz de Aurora (Minuchin y Fishman, 1989; Madanes, 1982 y Haley, 1988), se hizo mención que si bien podía existir en alguno(s) de ellxs un anhelo o deseo por verlos de nuevo juntos, los que tenían que decidir considerando la historia que han tenido, era la pareja como tal.

Se conversó sobre la importancia de escuchar y respetar la decisión que Aurora había tomado y que la armonía familiar estaba siendo trastocada por la manera en que estaban intentando resolver una situación; se comentó que la forma en que todas las voces participaban no estaba siendo favorable porque sobrepasaban límites de respeto y responsabilidad. Se reflexionó sobre el rol de hijxs y la manera en que cada uno elegiría cultivar la relación con sus padres ya fuera que estuvieran juntos o separados.

Al finalizar la sesión, Andrea, Carla y José compartieron la idea de respetar la decisión de Aurora y apoyar a su madre en lo que necesitara.

Sesión 9

- Asistieron: Aurora
- Terapeutas: Anayanci y Victoria
- Objetivos: Conversar sobre el efecto que tuvo en la postura de Aurora, la conversación que se tuvo con algunos miembros de su familia.
- Hipótesis: Es probable que diferencias anteriores entre los hijos(as) de Aurora hayan influenciado en la postura que cada uno ha tomado respecto a la situación entre ella y Silvio.
- Técnicas y tipo de directivas utilizadas: reencuadre, foco e intensidad, establecimiento de fronteras y búsqueda de lados fuertes (Minuchin y Fishman, 1989), validación, connotación positiva, preguntas focalizadas, reflexivas y circulares.

En esta sesión, Aurora comentó sentirse mucho mejor y más tranquila ya que Silvio dejó de buscarla desde hace 15 días. Mencionó que haber dicho en la sesión anterior lo que quería y necesitaba de sus hijas(os), resultó útil, ya que le permitió poner límites a los demás estableciéndose ella como prioridad. Agregó que sus hijas e hijos seguían teniendo algunos conflictos y aunque le preocupaba, confiaba en que con el tiempo pudiesen llevarse mejor. Señaló que esta confianza venía de un cambio significativo que se dio en la relación entre su hijo José y su hija Lorena, ambos antes no se llevaban bien, sin embargo, José parecía estar cambiando un poco su postura, lo cual había tenido un efecto favorable en Lorena, aceptando el acercamiento de él. Consideró que quizá más adelante, las diferencias entre sus otras hijas(os) pudiesen ser conciliadas. Se connotó positivamente (Haley, 1988) el que haya podido darle espacio a su voz, expresando a su familia lo que quería y necesitaba.

Al conversar si el proceso terapéutico había sido útil sobre el motivo de consulta que la trajo, Aurora señaló que con la terapia había podido sentirse más segura y firme en la decisión de estar separada de Silvio. Mencionó que su prioridad era estar tranquila, que sus hijas y su hermana le dijeron que la veían mucho mejor, más animada que antes. Se comentó sobre los recursos (Minuchin y Fishman, 1989) con los que contaba, al ser una mujer independiente económicamente y con un lugar propio para vivir así como la red de apoyo que ha construido durante su vida. Se visibilizó que su voz podía ser escuchada si ella la mantenía con un volumen lo suficientemente audible y que lo ha podido hacer en otros momentos cuando ha colocado su seguridad y bienestar como prioridad. Aurora señaló no querer vivir como antes, con miedo de que Silvio la pudiese maltratar.

Tomando en cuenta que para los enfoques estratégico y estructural, el cambio es posible de forma rápida al modificarse las posiciones de los miembros en un sistema (Minuchin, 1989; Haley, 1963), se dialogó con Aurora sobre la posibilidad de dar por terminado el proceso terapéutico considerando que había podido construir un escenario distinto del que tenía cuando solicitó el servicio. Al respecto, Aurora comentó que podría continuar haciendo lo que le había funcionado aunque expresó cierta preocupación de que pudiese volver a sentir mal. Se comentó sobre los momentos en el proceso en los cuales sintió que había dado “pasos para atrás”, reflejando la forma en que pudo resolverlos y seguir avanzando. Se utilizó como ejemplo el momento en que aceptó que Silvio volviera a su casa y la forma rápida en la que pudo resolver la situación cuando vio que él no había cambiado como se lo dijo. Dejando visible que con cada experiencia había aprendido a conocer y dar más valor a sus ideas, sentimientos, deseos y necesidades, se realizó cierre del proceso terapéutico.

Resumen de la evolución del tratamiento

Aurora pudo moverse -a su ritmo- en la toma de decisiones para resolver la situación que la trajo a terapia; entre el dilema de mantenerse separada o regresar con el hombre con el cual vivió por más de 20 años, decidió que su bienestar estaba en mayor relación a la separación conyugal. Al principio del proceso, se distinguió en ella, momentos de inquietud, de preocupación constante por querer que todos en su familia estuvieran bien. La sensación de estar “entre la espada y la pared”, fue diluyéndose conforme su agencia personal se fortalecía, recordando que sus hijos e hijas tienen el derecho de pensar y querer muchas cosas pero este no podía estar encima del suyo, de su tranquilidad, seguridad y salud.

La conversación con sus hijas e hijo posibilitó resignificar creencias, opiniones y roles dentro de la vida relacional de la familia. Finalmente, Aurora pudo empoderar su voz dejando ver que no existe edad, situación o momento específico para hacer cambios sino que cualquier persona es capaz de realizarlos teniendo la disposición de utilizar sus lados fuertes para llevarlos a cabo.

Pronóstico

Con posibilidades de que Aurora pueda seguir escuchando sus necesidades de bienestar, de seguridad y tranquilidad, manteniéndose en la construcción de espacios y formas de relación que puedan ser consonantes con lo anterior.

3.5 . Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica

Este caso permitió presentar a Aurora, de acuerdo a las líneas teóricas de los enfoques estratégico y estructural, como una mujer que se encontraba en una posición de subordinación

dentro de sus relaciones conyugal y familiar, caracterizadas estas, por una incongruencia jerárquica y desequilibrios de poder entre los miembros que las integran (Madanes, 1982; Haley, 1988), debido en alguna medida, a los ejercicios de violencia de Silvio hacia el sistema familiar y en el momento del proceso terapéutico hacia Aurora.

De acuerdo a Minuchin y Fishman (1989), se puede señalar que la problemática presentada se debía a un funcionamiento disfuncional en la estructura y organización jerárquica por roles y patrones de interacción estereotipados y cristalizados.

Retomando a Haley (1988) y Minuchin (1989), se pudieron apreciar límites difusos entre los subsistemas parentales y conyugales; principalmente entre José y Silvio pareció existir una coalición para influir en que Aurora no disolviera su vínculo matrimonial y regresara a los patrones habituales de interacción en la familia de tal manera que además de atender a su esposo, siguiera tolerando el maltrato por parte de este, manteniendo con ello, el statu quo dentro de la organización y estructura familiar.

Tomando en consideración la interrelación que señalan los enfoques estructural y estratégico entre cualquier sistema familiar y el aspecto sociocultural en el cual está inserto, así como el papel de control social que ejerce el o la terapeuta al ingresar en dicho sistema (Haley, 1988; Minuchin, 1989), es necesario analizar entonces, la influencia que en una sociedad tienen lo económico, sociocultural y político en el establecimiento de ciertas prácticas diferenciales de comportamiento para hombres y mujeres que llegan a ser inequitativas para alguno de los géneros, en términos de poder, responsabilidad, funciones, derechos y privilegios. En ese sentido, dentro del ejercicio terapéutico se incorporó una perspectiva de género en la postura terapéutica en cada una de las conversaciones con Aurora y sus hijos(as).

Es posible mencionar que durante mucho tiempo, en las relaciones conyugal y familiar de Aurora, los roles estereotipados de género propios de una cultura patriarcal colocaron a Silvio en una posición de privilegio mostrando prácticas relacionadas con uno de los supuestos centrales sobre los roles masculinos y femeninos, el cual hace referencia a la creencia de que los hombres tienen el derecho de controlar la vida de las mujeres y ser jefes de la familia y autoridad reconocida por la sociedad. Por su parte, en Aurora, también se pudieron distinguir como parte de la socialización de género, creencias y prácticas alusivas al supuesto de que una mujer tiene el “deber” de ser armonizadora y guardiana de la familia y la paz (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Al inicio del proceso terapéutico, Aurora manifestó como motivo de consulta, preocupación por no saber qué decisión tomar en relación a permitir o no que Silvio regresara a vivir con ella. En algunas sesiones, señaló no querer estar con él porque le daba miedo las reacciones que pudiera tener, y en otros momentos, llegó a comentar que quizá lo mejor sería aceptarlo de nuevo en casa por diversos motivos como: no sentirse sola, que sus hijxs no tuvieran diferencias entre sí o porque Silvio está enfermo y requiere cuidados.

Se puede indicar que la dificultad expresada por Aurora para tomar decisiones se construyó a través de los años, al aprender que una parte de ser mujer es dejar las necesidades, intereses, salud y bienestar invisibilizados o en el mejor de los casos, hasta el último. Aunado a lo anterior, se suman a esta dificultad, las experiencias conyugales que ha tenido y los sentimientos alrededor de estas, que le hicieron apagar por momentos y parcialmente su voz y reconsiderar cualquier movimiento de resistencia.

Estos dilemas son consonantes con la idea expuesta por Lagarde (1948), quien menciona que para inferiorizar y discriminar a los sujetos históricos se requiere que quienes se autoasignan la calidad de sujetos expropien a otros y a otras la condición de sujeto. Decidir sobre la propia vida y el mundo es una prohibición impuesta a las mujeres, dado que se les reproduce como sujetos sociales cuya subjetividad se construye a partir de la dependencia y del ser a través de las mediaciones de los otros. Estos procesos confluyen en una enorme ganancia patriarcal: la sociedad dispone de las mujeres cautivas para adorar y cuidar a los otros.

Los cautiverios de las mujeres adquieren la tesitura de “la felicidad” cuando es enunciada en lengua patriarcal como lealtad, entrega, abnegación; cuando se valoriza a la mujer ubicada en el mundo en un solo espacio, ese cautiverio se llama hogar; cuando se naturalizan los cuidados, se llama instinto sexual o maternal y cuando la subordinación está enajenada al poder, este cautiverio cobra el nombre de amor (Lagarde, 1948).

En el trabajo terapéutico, se colaboró para equilibrar los aspectos de inequidad que Aurora presentaba en sus relaciones familiar y conyugal. A través de distintas directivas o tareas (Haley, 1988), se buscó que pudiese delinear fronteras claras entre ella y su sistema familiar (Minuchin y Fishman, 1989) de tal forma que en cada uno de los subsistemas participantes en su vida, se pudiera distinguir una delimitación de roles que favoreciera la convivencia respetuosa y armónica entre todos los integrantes.

De manera primordial, se buscó fortalecer la agencia personal empoderando la voz de Aurora, tomando en consideración al mismo tiempo, la seguridad de su persona, dado que cualquier cambio que ella hiciera en su comportamiento, podría ser respondido con el uso de violencia por parte de Silvio para atemorizarla y detener su resistencia. De acuerdo a Haley

(1988), cuando hay amenazas de violencia, es necesario más acción que reflexión, de modo que el o la terapeuta debe asumir la responsabilidad y tomar decisiones que en ocasiones las personas no pueden hacerlo por su estado de ánimo o vulnerabilidad.

Se pudo apreciar que conforme Aurora hacía movimientos como no contestar sus llamadas o decir “no” a las peticiones de Silvio para regresar, este se acercaba de forma más insistente, vía directa o a través de uno de sus hijos, con el fin de evitar perder el privilegio de seguir gozando el ser la autoridad en la vida de ella. En ese sentido, se privilegió de manera cercana la integridad de Aurora en cada una de las intervenciones, reflexiones y/o directivas que fueron llevadas a cabo. Se consideró su red social (hermanas, hijxs, vecinxs) como recurso de protección ante cualquier contingencia y se le hicieron recomendaciones sobre instituciones a las cuales podía acudir en caso de ser necesario establecer un recurso legal ante cualquier comportamiento de Silvio que pudiese ponerla en riesgo.

Uno de los puntos centrales que se trabajó en el proceso terapéutico fue la deconstrucción de algunas creencias estereotipadas de género que condicionaban o limitaban la libertad de Aurora para considerar otras formas de vivir; de poder conciliar su construcción del ser madre con el de una mujer con derecho a elegir sobre su vida, cuerpo, tiempo y bienestar, vivido esto sin culpas ni remordimientos.

Es importante señalar que este proceso de deconstrucción se hizo extensivo también en la sesión que se tuvo con los hijxs de Aurora ya que como lo señala Lagarde (1948), cuando las mujeres no corresponden con estereotipos patriarcales de género, aparecen como fallidas; se les culpa de que les ocurran agravios, maltratos y daños además de ser responsabilizadas de los males que padecen los hombres, las familias y la sociedad. Por lo anterior, fue esencial que

Aurora pudiese concebir que si bien su rol materno es importante en su vida al igual que la convivencia familiar, esto no tiene porque excluirle de gozar de otros aspectos importantes, como el decidir terminar una conyugalidad.

3.6 . Análisis del sistema terapéutico total

Durante el proceso terapéutico se pronunciaron diversas posturas respecto a la situación de Aurora. Al principio se mencionó que por el motivo de consulta referido, podría ser un caso “fácil y rápido”, que sólo bastaría que la consultante decidiera si continuar o no con su relación conyugal. No obstante, conforme fueron ocurriendo las sesiones, la expectativa de solución que se tenía se fue diluyendo, al dar cuenta de lo complejo que resultaba para Aurora conciliar en algunos aspectos y desafiar en otros, las creencias, roles y mandatos aprendidos en nuestra cultura, Me parece que la forma en que el género se inmiscuye en la vida de cada uno de nosotras(os), por momentos dejó de ser visto.

En la urgencia de “sacar adelante” el caso, ciertas intervenciones estuvieron apegadas -de forma inflexible- a los modelos estructural y estratégico. Aunque las directivas fueron útiles para evaluar y/o movilizar la postura de Aurora, posiblemente algunas de ellas resultaron muy fuertes y confrontativas, por no considerar -en ciertos momentos-, el tiempo que vivió Aurora en conyugalidad con Silvio, la importancia concedida a la voz de sus hijas e hijos y los ejercicios de violencia vividos así como la manera en que esto pudo haber influido en su toma de decisiones.

Lo anterior puedo ejemplificarlo, al traer a mi memoria, las diferencias de opinión que se tuvieron en una sesión. Recuerdo la forma en que fue significado por la supervisora y parte del equipo terapéutico, el comentario que hizo Aurora de que haber acudido a un curso le ayudó a sentirse mejor. Esto fue connotado en la pausa realizada durante la sesión, como una manera de

descalificar a las terapeutas, es decir, a Victoria y a mí. Como mensaje del equipo, se nos solicitó descalificar el curso al cual asistió. Al hacer caso omiso de tal mensaje, fijamos una postura diferente a la compartida por algunxs miembros del equipo terapéutico, comentando que ella tenía el derecho de asistir a los cursos que considerara útiles, que la responsabilidad de tomar la decisión de cómo, cuándo y de qué manera separarse era de Aurora y que los tiempos de cada persona son distintos.

Me parece que las diferencias de opinión que se presentaron en algunas sesiones entre el equipo terapéutico en su totalidad, fueron muy interesantes y valiosas en términos de expresión de multivocalidad de ideas y posturas. Justo es lo que a mi parecer puede “hacer diferencia que haga diferencia” en los procesos: la capacidad que podemos tener para poder co-construir otras formas de mirar, escuchar, entender, analizar, pensar y vivir.

De manera diferencial, un aspecto del trabajo terapéutico que colaboró de forma favorable para acompañar a Aurora en su proceso, fue la experiencia adquirida en un caso anterior a este, en el que se tuvo la oportunidad de participar también como terapeuta y que compartía la temática de la violencia dentro de la relación de pareja. Sin duda, retomar algunas ideas y reflexiones sin aplicarlas indiscriminadamente, favoreció en la comprensión y acercamiento de manera empática y ética a la vida de nuestra consultante.

Así mismo, otro factor que posibilitó que el proceso de Aurora se movilizara, fue la conversación que se tuvo con sus hijas e hijo. Los puntos de vista expresados permitieron, además de conocer cómo cada uno estaba significando la situación entre ella y Silvio, brindar un espacio para que Aurora alzara su voz y manifestara su sentir, sus necesidades y lo que esperaba que sus hijas e hijo entendieran de la decisión de no continuar en conyugalidad con Silvio. Esta

pronunciación ante sus hijxs le permitió a nuestra consultante afianzar un poco más su agencia personal.

Finalmente, el empoderamiento de Aurora es un trabajo histórico; es una remembranza de sus ejercicios de resistencia ante la violencia, de estar dispuesta a defender el derecho a decidir sobre su vida, de resignificar su ser madre y sus quererres sin exiliar a la mujer que desea ser respetada y valorada en su autonomía y de continuar co-construyendo sus experiencias desde un marco de libertad.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 . Resumen de las competencias profesionales adquiridas teórico conceptuales, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social

De acuerdo al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM (2013), la residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista capacita a los(as) estudiantes en una especialidad de la Psicología dentro del área de la salud con una visión integrativa que permite abordar desde distintos enfoques, los problemas clínicos que las personas y otros sistemas sociales (pareja, familia, comunidad, etc.) presentan. Para ello, el o la estudiante durante su formación desarrollará las siguientes habilidades y competencias dentro de un marco de respeto al código ético y de compromiso social:

- *Habilidades teórico conceptuales*: el aprendizaje y desarrollo de estas habilidades, posibilitan la conceptualización de los aspectos teóricos de los diferentes modelos que el programa expone; el análisis y la discusión sobre la viabilidad de los modelos teóricos con exposición de hipótesis explicativas y la identificación de la especificidad de los modelos y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos que intervienen.
- *Habilidades clínicas, de detección, evaluación y tratamiento*: están relacionadas con la capacidad de observación del proceso terapéutico; el establecimiento de un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio; realizar entrevistas y generar relaciones de colaboración; aplicación de técnicas de enganche y de alianza terapéutica; definición de motivos de consultas y demandas terapéuticas; evaluación del tipo de problema y opciones de solución; definición de objetivos terapéuticos con una postura colaborativa

con los y las usuarios(as); identificación de necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas; generación y aplicación de la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los y las usuarios(as); formulación de hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones; evaluación de los resultados y terminación del tratamiento; creación e instrumentación de herramientas o procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, incluyendo el proceso de intervención y seguimiento; reconocimiento de la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario(a) con los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven todos(as) para su evaluación; selección de las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando las elecciones; diseño, selección y aplicación de los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los diversos sistemas; el acuerdo con el o la usuario(a) sobre el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades, co-estableciendo un plan de desarrollo del proceso terapéutico y la elaboración de reportes de tratamiento.

- *Habilidades de investigación y enseñanza:* permiten el diseño, aplicación e implementación de proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los y las usuarios(as); la difusión de conocimientos; la obtención de datos acerca de las características de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias, formulando hipótesis sobre los factores involucrados; el diseño de un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea el caso; la realización de análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos; el diseño y conducción de proyectos de investigación aplicada en los

diferentes espacios profesionales y el establecimiento de condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.

- *Habilidades de prevención:* están orientadas hacia la elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria; identificación de procesos que ayuden a resolver o prevenir problemas familiares y grupales; el diseño de programas de difusión, educación e intervención para la solución prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario así como la aplicación de estos programas en colaboración con los diferentes agentes que intervienen.
- *Ética y Compromiso social:* permite el desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta con un compromiso personal y social; fomentar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso de las necesidades de las y los usuarios(as); mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales; mostrar sensibilidad a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional; analizar con honestidad el trabajo terapéutico con apego a las normas de la ética profesional; actualización e innovación de capacidades profesionales de manera constante y la asunción de responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si el tutor o tutora lo considera necesario.

Estas habilidades además de las competencias contempladas por el Programa de Maestría y Doctorado de la UNAM permiten al egresado o egresada que su formación profesional esté construida con altos estándares de calidad.

Producto de la adquisición de estas habilidades y competencias durante la residencia en Terapia Familiar, se elaboraron dos investigaciones, una de corte cuantitativo y otra cualitativa, dos productos tecnológicos, un programa de intervención comunitaria, además de la asistencia a

diversos congresos y/o conferencias. A continuación se presenta de forma resumida el resultado de este trabajo.

4.1.1 Investigaciones cuantitativa y cualitativa

La investigación con metodología cuantitativa titulada “Asociación de los estilos de crianza materna y paterna con el bienestar psicológico de los adolescentes” fue realizada en conjunto con Paola Nares Torres y Ricardo Carranza Dueñas, bajo la dirección y supervisión de la Dra. Nazira Calleja Bello.

Dicha investigación cuyo propósito consistió en determinar si el bienestar psicológico de los y las adolescentes es afectado por los estilos de crianza materno y paterno, se llevó a cabo en una muestra de 307 adolescentes que cursaban estudios de educación secundaria. Para su realización, fueron aplicadas además de un cuestionario de datos demográficos, las escalas de Satisfacción Vital de los Estudiantes, la Escala de Afecto Positivo y las Escalas de Estilos de Crianza de la Madre y del Padre, de las cuales se obtuvieron índices psicométricos adecuados.

En los estilos de crianza materno y paterno -que se categorizaron en términos de nivel de aceptación, control asertivo y control punitivo-, se encontró que tanto en la madre como en el padre, los estilos democráticos se asociaron con los puntajes más altos de satisfacción vital y de afecto positivo de los y las adolescentes, mientras que los estilos de crianza rechazante y negligente, se asociaron con los puntajes más bajos.

De igual forma, los resultados también señalaron un efecto en relación a la edad y al tipo de familia sobre el bienestar psicológico de los y las participantes. La edad de 12 años fue la que registró mayor puntaje en las escalas de satisfacción vital y en la de afecto positivo. Respecto al tipo de familia, los y las adolescentes que indicaron vivir sólo con uno de los padres puntuaron

más bajo en ambas escalas que los que mencionaron vivir con padre y madre o en familias extendidas.

La investigación con metodología cualitativa: “Un viaje de la incertidumbre a la confianza en el porvenir: Reminiscencia del apoyo familiar en una madre adolescente”, realizada durante la residencia de forma conjunta con Paola Nares Torres y Ricardo Carranza Dueñas, bajo supervisión de la Dra. Milagros Figueroa Campos, es representada a través de la historia de vida de una madre adolescente.

Los propósitos de dicha investigación desde una perspectiva fenomenológica, estuvieron centrados en el conocimiento de la experiencia y significados para una madre adolescente en relación al apoyo familiar y el desarrollo de su maternidad. La técnica utilizada para la misma fue la entrevista de profundidad.

Además del trabajo realizado en estas investigaciones, que puede ser consultado en su totalidad en el apartado de Anexos, en la residencia, como parte de la formación como terapeuta familiar, se elaboraron dos productos tecnológicos que tuvieron como propósito ser de utilidad para la atención a los(as) usuarios(as) o como una herramienta en el programa de formación de los y las terapeutas de la maestría. Estos productos pueden ser representados a través de manuales, videos, traducción de textos en inglés, folletos, cursos, talleres o cualquier otro material que pueda proporcionar un beneficio a la comunidad.

4.1.2 Productos Tecnológicos

Los productos tecnológicos elaborados fueron un Curso de Inducción para las y los alumnos de primer ingreso a la Maestría en Terapia Familiar y la traducción de cinco capítulos del texto: “The Mirage of Marriage”.

4.1.2.1 Curso de Inducción a residentes de nuevo ingreso de la Maestría en Terapia Familiar

Este curso de inducción fue elaborado en colaboración con las compañeras Angélica Reyes Jiménez y Lucía Pérez Rodríguez para la generación 16 de la Maestría en Terapia Familiar. A continuación, se presenta una breve descripción de la actividad que se llevó a cabo.

Justificación:

Si bien el proceso de selección de alumnas y alumnos es fundamental para contribuir al éxito de la formación de terapeutas familiares, el curso de inducción es una herramienta útil que puede coadyuvar de forma rápida y eficaz, a la adaptación de las y los residentes de nuevo ingreso al programa de posgrado.

El curso de inducción significado como el primer andamiaje que brinda información general, amplia y suficiente, permite al estudiante que apenas comienza su formación como terapeuta familiar, conocer las actividades que tendrá que desempeñar durante la residencia. De igual forma representa el primer vínculo que puede comenzar a fortalecer y maximizar el sentido de pertenencia y seguridad a la maestría así como el desarrollo de las potencialidades de cada uno de los y las residentes.

Resumen:

El curso de inducción tuvo por objetivo promover la integración grupal de alumnos y alumnas que iniciaron el semestre así como facilitar el conocimiento de los principales aspectos del programa de la maestría. Se realizó en 5 sesiones, del 01 al 05 de Agosto del 2016, con una duración de 22 horas, en un horario de las 10:00 a las 14:30 hrs.

Los temas que se abordarán son: expectativas de la maestría, experiencia clínica previa y sus beneficios en la formación, fortalezas personales que pueden servir durante la residencia, habilidades para trabajar en equipo, presentación de las y los profesores de la residencia y compañeras(os) del tercer semestre, experiencia en la realización de investigación cuantitativa y cualitativa así como temas de interés para líneas de investigación, requisitos de titulación, tutorías y elaboración de la carpeta del reporte de experiencia profesional, curso de documentación en la biblioteca de posgrado y curso básico del programa SPSS.

Población:

Se trabajó con 12 residentes de nuevo ingreso de la maestría en Terapia Familiar.

Resultado:

Con las actividades realizadas durante las sesiones del taller se pudo promover un ambiente de confianza entre los y las residentes de la maestría que permitió la integración del grupo. Además de darse a conocer los principales aspectos del programa de residencia, se les proporcionó información sobre los trámites de beca y administrativos para facilitar algunos procesos iniciales de inscripción.

A través de los cursos de documentación de la biblioteca de posgrado y del programa de Estadística SPSS que se gestionaron para los(as) nuevos residentes, se contribuyó a que estos(as) generaran habilidades y aptitudes que les permitan identificar, utilizar y maximizar los diferentes medios y recursos que la biblioteca ofrece para la formación profesional así como el aprendizaje de procedimientos básicos de dicho programa estadístico para la creación de bases de datos y de análisis.

Finalmente, para posibilitar de manera indirecta un primer acercamiento con los y las profesores(as) y las sedes en las cuales los(as) residentes harán su práctica profesional, se ofreció información útil respecto a la metodología de trabajo de la plantilla de profesorado así como las características principales de las distintas sedes.

El segundo producto tecnológico realizado durante la residencia, fue la traducción de cinco capítulos del texto: *The Mirage of Marriage*, de los autores William J. Lederer y Don D. Jackson escrito en 1968.

4.1.2.2 Traducción de Texto: “*The Mirage of Marriage*”

Este trabajo fue realizado en co-participación con la compañera Angélica Reyes Jiménez.

Justificación:

La formación como terapeutas familiares exige la revisión de literatura en otros idiomas. En algunas asignaturas, es preciso realizar no sólo la lectura de determinados artículos, capítulos o libros completos en inglés sino también hacer exposiciones de algunos de estos materiales. Para simplificar y agilizar el trabajo de lectura y selección de información para presentaciones en clase, se llevó a cabo la traducción de cinco capítulos del texto: *The Mirage of Marriage*, el cual forma parte del programa de la asignatura de Entrevista y Evaluación Sistémica del primer semestre de la residencia.

Resumen:

Lederer y Jackson (1968) en su libro: “*The Mirage of Marriage*” hacen un análisis sobre algunas suposiciones del matrimonio y su funcionamiento, enfatizando que la relación en el matrimonio es un sistema de interrelación, por lo que la terapia individual en situaciones de

conflicto marital, podría no resultar favorable dado que los involucrados deben participar de manera conjunta en el proceso terapéutico para poder lograr construir las condiciones para tener un matrimonio satisfactorio. Los capítulos traducidos fueron:

- *Capítulo 14:* Se aborda el espectro del matrimonio señalando los diferentes tipos que existen.
- *Capítulo 15:* Describe las características del matrimonio de tipo estable satisfactorio.
- *Capítulo 16:* Señala los elementos que se encuentran en las parejas que se caracterizan por tener un matrimonio satisfactorio con rasgos de inestabilidad.
- *Capítulo 17:* Aborda al tipo de matrimonio caracterizado por la inestabilidad y la insatisfacción.
- *Capítulo 18:* Describe cómo la estabilidad puede estar presente en los matrimonios de tipo insatisfactorio.

Población:

Comunidad Universitaria.

Resultado:

La traducción impresa y en digital, fue entregada a la docente responsable de la asignatura de Entrevista y Evaluación Sistémica y a la Coordinación de la Residencia.

Aunado a la elaboración y ejecución de estos productos tecnológicos, también se llevó a cabo un programa de intervención comunitaria.

4.1.3 Programa de Intervención Comunitaria

El programa de intervención titulado: “Mejorando la relación con mi hijx adolescente” fue realizado con las compañeras Angélica Reyes Jiménez y Paola Nares Torres.

La experiencia previa de Paola y Angélica en el área educativa nos permitió reflexionar que una de las principales demandas que padres y madres hacen a profesores(as) u otras autoridades escolares, es mejorar la relación con sus hijos(as), las cuales suelen ser desatendidas debido a que no coinciden con la agenda escolar y/o porque las escuelas no cuentan con el factor humano para ello.

Este programa de intervención comunitario sin costo, fue llevado a cabo en una secundaria con padres y madres de hijxs adolescentes. La perspectiva utilizada fue de tipo vivencial-narrativa. La duración de la actividad fue de nueve horas divididas en tres sesiones de tres horas cada una.

Los temas que se trabajaron fueron: “la adolescencia”, “la relación actual con mi hijo(a) adolescente”, “conectar con mi yo adolescente”, “duelo de mi hijo(a) infantil”, “habilidades”, “cómo usar la experiencia”, “escuchando a mi adolescente” y “qué padre o madre decido ser”.

4.1.4 Constancia de asistencia y ponencia a eventos académicos

Como parte de la formación como terapeuta familiar, es importante que como residente se asista a eventos que puedan permitir la adquisición y difusión de conocimientos de otros(as) profesionales que trabajan en el ámbito de la terapia familiar tanto dentro como fuera del país. Así mismo, resulta imperante que como terapeutas en formación se exponga el conocimiento adquirido durante la residencia presentando un trabajo de investigación en algún congreso. Al

respecto, se presenta un breve resumen sobre los eventos en el que se participó como asistente y otro como ponente.

4.1.4.1 Seminario: “El abordaje sistémico dialógico de las emociones en psicoterapia”

El seminario “El abordaje sistémico dialógico de las emociones en psicoterapia” fue presentado por el Dr. Paolo Bertrando, director de la Escuela de Psicoterapia Sistémico Dialógica en Bergamo, Italia. Este evento en el cual participé como asistente, fue realizado en la Unidad de Seminarios Dr. Ignacio Chávez de la UNAM, los días 17, 18 y 19 de Junio del 2016.

El tema central abordado en este seminario fue la importancia de las emociones en el trabajo terapéutico. Al respecto, el diálogo del o la terapeuta no es sólo con los(as) consultantes sino también con las emociones que se dan dentro y fuera de la sesión, tanto con los otros(as) como con uno mismo. En ese sentido, es importante que el o la terapeuta desarrolle una conciencia emocional de la posición que tiene en el sistema en el cual participa, con el objetivo de que pueda entender la situación en la que se encuentra y reaccione e intervenga, de manera que pueda ayudar a los(as) consultantes a entender y modificar la forma en que están situados emocional y relacionalmente en los sistemas significativos de cada uno de ellos(as).

4.1.4.2 Ponencia con modalidad en cartel: “Estilos de Crianza y Bienestar Psicológico de los Adolescentes”

Se participó como ponente presentando la investigación: “Estilos de Crianza y Bienestar Psicológico de los Adolescentes” en modalidad de cartel, en el X Congreso de Posgrado en Psicología celebrado el 20 y 21 de Octubre del 2016, en la Unidad de Posgrado de la UNAM.

El trabajo realizado con metodología cuantitativa tuvo el objetivo de determinar si el bienestar psicológico de los y las adolescentes es influido por los estilos de crianza materno y paterno así como establecer si existe relación con variables de contexto.

En contraste con los estilos de crianza comúnmente reportados por la literatura, en la investigación llevada a cabo fue posible categorizar ocho estilos de crianza, lo cual puede ser el reflejo de una sociedad cambiante en la que participación de padres y madres responde a necesidades más complejas de ejercer la crianza. Entre los estilos de crianza categorizados, los de tipo democrático estuvieron mayormente asociados con el bienestar psicológico de los(as) adolescentes, en tanto que los estilos de crianza rechazante y negligente tuvieron la menor relación.

Los resultados obtenidos permitieron concluir que la percepción de cuidados y aceptación que forman parte de determinados estilos de crianza de padres y madres produce bienestar psicológico en los y las adolescentes.

4.2 . Reflexión y análisis de la experiencia

Cursar la residencia de Terapia Familiar en la UNAM, ha sido un extraordinario espacio de posibilidades y diversidad; un espacio de aprendizaje para deconstruir discursos, visiones e ideas que fui adquiriendo o mejor dicho, co-construyendo en diferentes momentos de mi vida. Por cultura, por dominancia de ciertos discursos, por lo cómodo que resulta tener certezas, por otras tantas “razones”, había elegido -hasta ahora- no cuestionar o hacerlo sin profundizar de qué otras formas se puede ser psicóloga, terapeuta, familia, mujer, etc., es decir, de qué otras muchas maneras se puede estar y entender la vida.

He comenzado -cual proceso dialéctico- a resignificar y recolocar al lenguaje (con todo lo que esto implica) de manera distinta tanto en mi proceso de “formación” profesional como en lo personal. Sin duda, las distintas voces -de profesores, profesoras, compañeras, compañeros, consultantes- que se hicieron presentes cada día colaboraron para que co-construyera otro tipo de ideas e interacciones.

A partir del material revisado en cada asignatura así como lo conversado en clases experimenté cambios significativos. Me he dado cuenta de tener mayores espacios de tiempo en silencio y reflexión. También puedo dar cuenta que dejé de emplear algunas palabras que antes solía utilizar para describir una situación.

Un nuevo campo de términos se me hicieron presentes; con una tarjeta de presentación, palabras y frases tales como sistémico, circularidad, resonancia, disolver, recursividad, habilidades preferidas, deconstruir, consultantes, familia-s, construcción social, perspectiva de género, cultura, narrativas, intersubjetividades, etc., me han mostrado otros caminos que recorrer para seguir construyéndome como terapeuta, para significar de maneras distintas y generar discursos y conversaciones posibilitadoras de “realidades” diversas.

La experiencia de estar colaborando como terapeuta y también como parte de un equipo terapéutico tras el espejo en cada una de las sesiones durante la residencia, fue resonante de diversas formas en mi persona. Ambas experiencias fueron enriquecedoras por su aspecto vivencial y por el hecho de haberme confrontado con situaciones personales. Cada día me hago más consciente de la responsabilidad que me asiste como profesionista no sólo de seguir preparándome académicamente sino también de estar al pendiente de mí, de estar en un proceso terapéutico cuando sea necesario y seguir revisando constantemente mi sistema de creencias.

El trabajo con las familias utilizando los enfoques contemplados por la Residencia sin duda son un abanico de posibilidades, pero sólo en la medida en que abrimos espacios a la diversidad, a las múltiples formas de creer, funcionar, organizarse, significar, escuchar y entender que cada persona, pareja y/o familia tiene. Conuerdo y retomo a Alarcón (2011), en que la diversidad se vive cuando elegimos y estamos dispuestos a entrar en un diálogo y a cuestionar los discursos dominantes que nos atrapan y nos hacen pensar que sólo hay una verdad, una realidad o un significado. En ese sentido, valoro el trabajo que se realiza en la residencia de incorporar distintas voces, lecturas y discursos que muestran que los significados no son absolutos sino que existen de acuerdo a un contexto y un espacio de tiempo.

De igual manera, la conjunción de teoría y experiencia al realizar investigaciones en lo cuantitativo como cualitativo, permiten no sólo desarrollar un pensamiento divergente y crítico sino también -de manera circular- generar y aportar ideas, reflexiones, hipótesis, sugerencias, preguntas y respuestas en diversas áreas de conocimiento.

4.3 . Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional

Desde las ideas cibernéticas cuyos fundamentos teóricos permitieron el desarrollo de la terapia familiar hasta la posmodernidad que resaltan que la narrativa de uno mismo es una co-construcción elaborada a través de las relaciones con otras personas, han pasado un sinnúmero de conceptos y formas que he aprendido para explicar cómo se generan los problemas y las soluciones, cómo entender a las personas y ahora a las familias. En fin, he vivido una transición en mi pensamiento que va desde la modernidad hasta la posmodernidad, donde las verdades universales han sido desplazadas por la pluralidad de ideas y significados sobre el mundo.

Sin embargo, en esta reflexión y resignificación de ideas no he dado el suficiente espacio a un tema que atraviesa a la persona del terapeuta y por tanto, su ejercicio profesional: la Ética en la Terapia. En el último semestre, en la supervisión de la Mtra. Nora, tuve la oportunidad de leer e incorporar la forma en que el socioconstruccionismo significa este concepto. Por su trascendencia, lo retomaré en este apartado.

Pareciera que la Ética está asentada como un saber inamovible y acabado, que sólo basta aprender los principios y reglas que la sustentan para guiar nuestra práctica, como si los conceptos de Autonomía, Beneficencia y Justicia fueran entendidos por todos y todas de la misma manera y aplicables en todos los casos de forma unilateral, es decir, nosotras(os) como terapeutas somos los que tenemos el “conocimiento” y “sabemos” qué es lo bueno, justo y autónomo para el, la o las(os) consultantes sin contemplar sus necesidades, intereses, deseos, creencias, etc. Como lo señala Kaufhold (2001), la ética poco incluye la opinión o preferencias de los y las clientes.

Para el socioconstruccionismo, la Ética tiene un sentido diferente al considerar que el rol de los y las consultantes en las decisiones de sus procesos esté al mismo nivel que el de las y los terapeutas. En lugar de que el o la terapeuta la viva de acuerdo sólo a sus conceptos y entendimientos, desde la perspectiva socioconstruccionista, la Ética es un espacio amplio para que la voz de la persona consultante, negocie lo que es o no ético para su propia vida (Kaufhold, 2001).

Si bien las ideas propuestas por el socioconstruccionismo dejan claro la forma en que el concepto de Ética se ha co-construido en acción conjunta, vivirla en la práctica terapéutica y en la manera en que nos relacionamos con los y las consultantes y con nuestras propias ideas y

posturas es diferente. Recuerdo y distingo un caso al final del semestre en el que, posiblemente, por momentos, dejamos de escuchar la voz de una consultante. A pesar de que nos preguntaba de manera constante si su pareja tendría sesiones individuales o si la estábamos viendo más a ella por estar “más mal”, dimos más importancia a nuestras voces “profesionales” para alcanzar determinados “objetivos” que a la voz e intereses de nuestra consultante. Como lo señala Kaufhold (2001), la Ética no debe limitarse a orientar lo que no se debe hacer en terapia sino ampliarse para abarcar nuestras intenciones, creencias y aspiraciones más profundas en lo que respecta a la relación de terapia, vista como una ética del proceso.

Reflexiono que cada vez que hablamos de Ética, parece que lo hacemos desde una cibernética de primer orden, donde sólo nuestra forma de ver el mundo es la correcta o la única, o como si el concepto de la ética existiera independiente de nosotros, ajeno a un contexto histórico, político, social, cultural y económico, olvidando que somos participantes de lo que sucede en las recíprocas interacciones y que todo lo que surge en cada persona, -retomando las ideas de Shotter expuestas por Billig-, no se construye en la mente individual sino de forma conjunta, incluido el contexto sociocultural. Los seres humanos no formamos nuestro procesamiento de información mental de manera individual, sino en acción conjunta. Esto significa que nuestras mentes son formadas dentro de las interacciones sociales (Telfner, 2014 y Billig, 2017).

Nos dejamos embaucar por la idea de que las decisiones éticas parecen estar racional y lógicamente determinadas (Wyschogrod, 1990 en Hirschborn, 1999), sin dar cuenta que la lógica y sus reglas no existen por sí mismas, sino que son parte de una tradición socialmente acordada. En ese sentido, nuestras teorías como la lógica y nuestra postura ética provienen de una preferencia personal, la cual tiene primacía en la interacción social; hacemos nuestras elecciones

como otras personas hacen las suyas. En resumen, la ética no radica en la lógica sino en la preferencia personal, la cual no establece la verdad de una afirmación (Hirschborn, 1999).

Si bien todos y todas tenemos valores, intereses, creencias, preferencias por ciertas teorías, experiencias de vida y posturas políticas, me parece que una de tantas formas de vivir y practicar la Ética es a través de la responsabilidad, es decir, estar al tanto que todo lo anterior entra conmigo en las conversaciones con los(as) consultantes, y que ponerlo por encima de sus intereses, también es una elección personal.

Como lo señala Kaufhold (2001), cuando una conversación brota del respeto mutuo, del interés intencionado y de la voluntad de abandonar el impulso de favorecer una idea sobre otra, pueden suceder cosas asombrosas. Este cambio puede ocurrir cuando se toma cuidado al construir una relación entre terapeuta y cliente, cuando honramos a las personas donde las encontramos y cuando hacemos espacio para tantas ideas como sea posible. Estas creencias están en el centro de la ética del proceso.

Invaluable entonces el dominio del lenguaje, que sólo a través de él, se puede dar sentido a lo que vivimos. Como lo explica Biancardi (en Telfner, 2014), el lenguaje inaugura la posibilidad de narrar y re-narrar versiones siempre nuevas y cambiantes de la propia experiencia. Sin duda, en el caso al que hago referencia, mis teorías, hipótesis y narraciones no son verdaderas ni falsas, sólo plausibles en la medida en que lo puedan ser para los y las consultantes. Lo que yo pueda decir sólo será significativo -en y para el proceso-, en la medida que tenga sentido para ellos(as).

Retomo a Bakhtin (1981, en Simon, 2017) que refiere que la palabra en el lenguaje es mitad de alguien más. Se convierte en propia sólo cuando el/la hablante con su propio acento la haga suya, adaptándola a su propia intención expresiva y semántica. Considerando lo anterior, la Ética

tiene vida y sentido en lo relacional, cuando hacemos prácticas inclusivas de todas las voces, respetando el derecho que les asiste de expresarse y ser escuchadas. En ese sentido, la Ética se presenta como una actitud dispuesta a la intersubjetividad, responsable de evolucionar en cada encuentro con los(as) consultantes y con nuestras propias ideas y teorías.

Reflexiono que ser la terapeuta que quiero ser es un proceso y no un fin; lo concibo como un camino de práctica, de andares, de errores y saberes, de incertezas, estilos y recursos, de habilidades y voces preferidas así como de una historia de vida integrada. Es con todo esto y con una postura dialéctica que mira el porvenir como un espacio de oportunidades, el que elijo para seguir construyéndome en una terapeuta que pueda brindar un espacio de escucha, de conversación y de co-construcción de posibilidades para las personas que lleguen a ser mis consultantes-clientes.

Finalizo este reporte de experiencia profesional, retomando la idea de Kaufhold (2001), que la Ética con una mirada de sinceridad, es posible cuando hay disposición de perder la creencia de que somos diferentes de nuestros(as) clientes y nos hacemos responsables de la manera en que participamos en el mundo de nuestros y nuestras consultantes.

REFERENCIAS

- Agoff, C., Casique, I. y Castro, R. (2013). *Visible en todas partes: Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alarcón, J. (2011). Posibilitar otras familias-s. La apertura hacia otras construcciones en la noción de familia. *Tramas. Subjetividad y procesos sociales*, 35(1), 103-121.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. & Goolishian, 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*. (pp. 45-59). España: Paidós.
- Bertrando, P. (2011). *El diálogo que conmueve y transforma. El terapeuta dialógico*. México: Editorial Pax México.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Billig, M. (2017). Cómo ser inspirado por John Shotter. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices, Special Issue*, 7(1), pp. 4-6
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.

- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia Familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cannova, R. (2005). El misterio del respeto. *Connessioni*, 16.
- Casique, I. (2010). Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. *Revista Mexicana de Sociología*, 72 (1).
- Casique, I. (2017). Fuentes y datos sobre la violencia contra las mujeres en México. Aprendizajes, dificultades y retos acumulados. *Realidad, datos y espacio*, 8 (1), 1-11.
- Cecchin, G., Lane, G. y Wendel, R. (1997). *Verità e pregiudizi* (trad. Verdad y Prejuicios). Italia: Raffaello Cortina.
- Cecchin, G., Lane, G. y Wendel, R. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1996). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- CONAPO (2009). *Las transformaciones y retos que enfrenta la familia en México*. Consultado el 27 de Octubre del 2015 en: <http://www.conapo.gob.mx/works/models/CONAPO/Resource/205/1/images/Cap06.pdf>
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 49-79). México: Pax-México.
- Deza, S. (2012). ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia? *Avances en Psicología*, 20 (1), 45-55.

- Díaz, N. y Flores, R. (2009). *Modelos de atención de la violencia contra las mujeres*. Zacatecas. pp. 68-99.
- Esnal, J. (2010). Entrevista a Michele Scheinkman. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 19 (1), 91-94.
- Fernández, L. (2010). *La Familia y la pareja: retos del nuevo milenio*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
- Ferrer, V. y Bosch, E. (2003). Algunas consideraciones sobre el maltrato de mujeres en la actualidad. *Anuario de Psicología*, 34 (2), 203-213.
- Foncerrada, L., Castillo, G. y Hernández, S. (2014). ¿En qué medida contribuyen el crecimiento y la desigualdad en los niveles de pobreza en México?. *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional y Geografía*, 5(2). Consultado el 27 de Octubre del 2015 en: http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_12/rde_12_art5.html.pdf
- Fruggeri, L. (1992). Del contexto como objeto a la contextualización como principio de método. *Conessionni*, 3, 75-85.
- Fruggeri, L. (1998). Del constructivismo al construccionismo social: implicaciones teóricas y terapéuticas. *Psicobiectivo*, 28 (1), 37-48.
- Galicia, I. (2004). Terapia Estratégica. En: L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 81-113). México: Pax-México.
- Gergen, K. (1994). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. México: Paidós.

- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. México: Paidós.
- González, C. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En: L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 29-47). México: Pax-México.
- Goodrich, T., Rampage, C., Ellman, B. y Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista*. Buenos Aires: Paidós.
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Haley, J. (1983). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires.
- Haley, J. (1984). *Terapia de Ordealía. Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hirigoyen, M. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós.
- Hirschborn, D. (1999). La Ética Postmoderna y Nuestras Teorías: Haciendo Terapia versus Ser Terapeutas. *Journal of Systemic Therapies*, 18(4), pp. 18-41.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- INEGI (2006). *Las mujeres en México. Estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres*. Consultado el 21 de Julio del 2017 en: http://www.diputados.gob.mx/documentos/Congreso_Nacional_Legislativo/delitos_estados/La_mujer_Mex.pdf

- INEGI (2013). *Conociendo México*. Consultado el 27 de Octubre del 2015 en:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825051679.pdf>
- INEGI (2014). *Mujeres y Hombres en México 2014*. Consultado el 27 de Octubre del 2015 en:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825066444.pdf>
- INMUJERES (2014). *Estadísticas de violencia contra las mujeres en México*. Consultado el 24 de Julio del 2017 en: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/convenciones/Nota.pdf>
- Jorgenson, J. (1996). ¿Dónde está la “familia” en la comunicación familiar?: Una exploración de las definiciones que las familias hacen de sí mismas. En M. Pakman (Comp.). *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. 1. (pp. 261-278). Barcelona: Gedisa.
- Kaufhold, F. (2001). Ethics in Therapy: Moving from the mind to the heart. *Journal of Systemic Therapies*, 20 (4). pp. 25-35.
- Lagarde, M. (1948). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Siglo XXI editores.
- Lagarde, M. (1996). El género. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. España: horas y HORAS.
- Lagarde, M. (2012). *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías*. México: Inmujeres D.F.
- Lamas, M. (2007). Género, desarrollo y feminismo en América Latina. *Pensamiento Iberoamericano*. 133-152. Consultado en:
http://www.equidad.org.mx/images/stories/documentos/genero_y_feminismos.pdf
- Lewis, T. (1974). *The Lives of a Cell: Notes of a Biology Watcher*. New York: Bantam Books.

- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Magar, V. (2003). Empowerment Approaches to Gender Based Violence: Women's Courts in Delhi Slums. *En Women's Studies International Forum*, 26 (6), 509-523.
- Maldonado, I., Segovia, A. (2009). Violencia y Familias. *En Familias en el Siglo XXI. Realidades diversas y políticas públicas*. México: Seminario en el Colegio de México.
- Mejía, J. (2015). Revisión metodológica de la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) 2003, 2006 y 2011. *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional y Geografía*, 6(1). Consultado el 27 de Octubre del 2015 en: http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_14/rde_14_art5.html.pdf
- Minuchin, S. (1989). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1989). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S., Nichols, M. y Lee, W. (2007). *Evaluación de familias y parejas. Del síntoma al sistema*. México: Paidós.
- Organización Internacional para las Migraciones (2014). *Hechos y Cifras 2014*. Consultado el 27 de Octubre del 2015 en: <http://oim.org.mx/hechos-y-cifras-2>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud*. Consultado el 25 de Julio del 2017 en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23950&lang=es

- Oxaal, Z. y Baden, S. (1997). Gender and empowerment: definitions, approaches and implications for policy. *En Bridge Report*, 40. Sussex: Institute of Development Studies.
- Ravazzola, M. (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán: 1969-2009. *Psicoterapia y Familia*, 23 (1), 20-28.
- Reséndiz, G. (2014). Familias: Procesos y sistemas de significados. *Psicoterapia y familia*, 27 (2), 20-28.
- Ritzer, G. (2001). *Teoría Sociológica Clásica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rivas, J., Cendejas, M., Pérez, V. y Díaz, C. (2015). Estadística sobre la preocupación de justicia en el combate a la trata de personas en México, 2010-2013. *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional y Geografía*, 6(2). Consultado el 27 de Octubre del 2015 en: http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_15_art4.html.pdf
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.
- Scheinkman, M. (2008). El abordaje multinivel: una hoja de ruta para la terapia de pareja. *Family Process*, 50, 197-213.
- Scheinkman, M. y Dekovenfishbane, M. (2004). El Ciclo de la Vulnerabilidad: trabajando con impasses en Terapia de Pareja. *Family Process*, 43, 279-299.
- Scheinkman, M. y Werneck, D. (2010). Desactivar los celos en las relaciones de pareja: Un enfoque de múltiples dimensiones. *Family Process*, 49, 486-504.
- Schwerin, E. (1995). *Mediation, citizen empowerment and transformational politics*. Westport: Praeger.

Secretaría de Salud (2002). *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*.

Consultado el 27 de Octubre del 2015 en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>

SEDESOL (2017). *Diagnóstico del Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las*

Entidades Federativas. Consultado el 24 de Julio del 2017 en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/203426/Diagnostico_del_PAIMEF_--230317.pdf

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing, Circularity & Neutrality:

Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*, 19 (1), 3-12.

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona:

Paidós.

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*.

Barcelona: Paidós.

Simon, G. (2017). Objetos perdidos y recuperados en puntuación: Escuchando a John Shotter.

International Journal of Collaborative-Dialogic Practices, Special Issue, 7(1), pp. 50-52.

Strong, T., Sutherland, O., Couture, S., Godard, G. y Hope, T. (2008). Karl Tomm's

Collaborative Approaches to Counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 42 (3), 174-191.

Telfner, U. (2014). La elección clínica entre indecibles e indeterminables. En M. Biancardi y F.

Gálvez. *Ética y Psicoterapia. Responsabilidad y condición posmoderna*. Santiago de Chile: Colección Praxis Psicológica, Universidad de Chile.

- Tomm, K. (1987). La entrevista interventiva II. Las preguntas reflexivas como medio para activar la autocuración. *Family Process*, 26, 167-183.
- Ugazio, V. (2013). *Semantic Polarities and Psychopathologies in the Family: Permitted and Forbidden Stories*. United Kingdom: Routledge.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2013). *Posgrado de Psicología UNAM: Perfil de egreso en Terapia Familiar*. Consultado en: <http://psicologia.posgrado.unam.mx/>
- Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, Violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2007). *Mapas de la práctica narrativa*. México: Colectivo de Prácticas Narrativas.

ANEXOS

ASOCIACIÓN DE LOS ESTILOS DE CRIANZA MATERNA Y PATERNA CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES

Anayanci Alvarez Sevilla, Ricardo Carranza Dueñas, Paola Nares Torres y

Nazira Calleja Bello

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Con el propósito de determinar si el bienestar psicológico de los adolescentes (estado en el que perciben satisfacción con la vida y experimentan emociones agradables) es afectado por los estilos de crianza paternos y maternos, se realizó un estudio con 307 alumnos de educación secundaria. Fueron aplicadas las escalas de Satisfacción Vital de los Estudiantes, de Afecto Positivo, de Estilos de Crianza de la Madre y de Estilos de Crianza del Padre, para las cuales se obtuvieron índices psicométricos adecuados. Al categorizar los estilos de crianza en términos del nivel de aceptación, del control asertivo y del control punitivo ejercido, se encontró que, tanto para la madre como para el padre, los estilos democrático y democrático asertivo se asociaron con los puntajes más altos de satisfacción vital y de afecto positivo de los adolescentes, y los estilos rechazante y negligente, con los más bajos. Los resultados mostraron también un efecto de la edad y del tipo de familia sobre el bienestar de los participantes.

Palabras clave: bienestar psicológico, estilos de crianza, adolescencia, psicología positiva.

ASSOCIATION OF THE MATERNAL AND PATERNAL PARENTING STYLES WITH PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF ADOLESCENTS

Abstract

In order to determine whether psychological well-being of adolescents (state in which life satisfaction is perceived and pleasant emotions are experienced) is affected by maternal and paternal parenting styles, a study with 307 high school students was conducted. The Student Life Satisfaction, Positive Affect, Maternal and Paternal Parenting Style scales were applied, for which adequate psychometric indices were obtained. By categorizing parenting styles, in terms of acceptance, assertive control and punitive control, it was found that, for both the mother and the father, democratic and assertive democratic styles were associated with the highest life satisfaction and positive affect scores within the adolescents; whilst, rejecting and neglectful parenting styles with the lowest. The results also showed an effect of age and family type on the well-being of the participants.

Key words: psychological well-being, parenting styles, adolescence, positive psychology.

INTRODUCCIÓN

La psicología positiva explora de manera predominante las fortalezas y cualidades humanas, así como los efectos que éstas tienen en la vida de las personas y en las sociedades en las que viven (Cuadra y Florenzano, 2003). Al respecto, Seligman y Csikszentmihalyi (2000) señalan que el individuo evalúa sus experiencias pasadas y estima el resultado de los acontecimientos futuros, desde un nivel subjetivo, de acuerdo con las siguientes categorías: bienestar y satisfacción (pasado), flujo y felicidad (presente), y esperanza y optimismo (futuro).

Para Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), el bienestar psicológico se refiere a las respuestas emocionales de las personas, sus satisfacciones de dominio y los juicios globales de satisfacción de vida.

Cuadra y Florenzano (2003) agregan que el bienestar psicológico tiene que ver con lo que las personas piensan y sienten

acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. El aspecto medular del concepto de bienestar es la autoevaluación que cada persona hace de su vida. Al estado en el que la persona percibe satisfacción con su vida y experimenta mayormente emociones agradables se le denomina felicidad.

Alarcón (2006) señala que la felicidad y el bienestar se han empleado de forma intercambiable en la literatura y propone que el concepto de felicidad podría definirse como un estado afectivo de satisfacción plena que el individuo experimenta subjetivamente posesión de un bien anhelado.

Se han planteado tres dimensiones para el estudio del bienestar: *satisfacción vital* que es la estimación cognitiva acerca de la calidad de la propia vida individual, a partir de los estándares de comparación elegidos; *afecto positivo* que refleja en qué medida una persona se siente entusiasta, activa,

alerta, con energía y participación gratificante y, en dirección inversa, el *afecto negativo*, que representa una dimensión general de participación desagradable e incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo (Watson, Clark y Telleguen, 1988).

El bienestar psicológico se encuentra afectado por los distintos contextos de socialización en que participa el individuo. Entre ellos, la influencia que ejerce la familia es determinante. Giménez (2005) afirma que la familia es un soporte imprescindible para que el niño desarrolle la capacidad de explorar, la autorregulación y el sentirse dueño de su propia conducta.

Leung y Leung (1992), en un estudio con estudiantes chinos, encontraron efectos significativos de la relación que los adolescentes tienen con sus padres sobre su nivel de satisfacción vital.

Las conductas de los padres hacia sus hijos expresan actitudes que les son

comunicadas y crean un clima emocional. Al conjunto de tales conductas se les denomina estilos de crianza (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, y Dornbusch, 1994). Las dos dimensiones en las que se han estudiado los estilos de crianza familiares son la aceptación y el control (Baumrind, 1965, 1991).

La aceptación se refiere a las expresiones de cariño, diálogo, implicación, apoyo, contención y calidez, en tanto que el control tiene que ver con las exigencias, límites, prohibiciones, castigos, reglas, normas y disciplina. A partir de la combinación de estas dimensiones se han construido cuatro categorías de estilos parentales (Maccoby y Martin, 1983): autoritario (alto control–baja aceptación), cuando los padres prestan poca atención a las necesidades de los hijos y son exigentes en las reglas de comportamiento; autoritativo o democrático (alto control–alta aceptación), cuando los padres exigentes se muestran sensibles a las necesidades de sus

hijos y establecen estándares claros de comportamiento a los hijos mientras promueven la individualidad y responsabilidad; permisivo (bajo control–alta aceptación), cuando los padres son muy tolerantes a los impulsos de sus hijos y las reglas de comportamiento son laxas; y negligente (bajo control–baja aceptación), cuando los padres muestran escaso afecto a los hijos y los límites son deficientes.

Esta tipología de estilos parentales se ha utilizado comúnmente en la realización de estudios correlacionales con variables como rendimiento académico, depresión, conductas antisociales y autoestima (Vallejo, Osorno y Mazadiego, 2008), pero no con bienestar psicológico.

En virtud de que, como señalan Casas, Rosich y Alsinet (2000), los estudios sobre satisfacción con la vida se han enfocado en muestras de población adulta y apenas se ha explorado el bienestar psicológico en adolescentes, y debido a que la evaluación del impacto de los estilos de crianza sobre

éste es incipiente, el presente estudio tuvo el propósito de identificar el efecto de los estilos de crianza de la madre y del padre sobre el bienestar de los adolescentes, así como establecer la relación existente entre factores demográficos y familiares, y esta variable en estudiantes de secundaria de la ciudad de México.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por 307 adolescentes que cursaban la educación secundaria, con un rango de edad de 11 a 15 años ($m = 12.91$; $de = 0.99$). El 53.9% de los participantes eran hombres; el 37.8% cursaban el primer grado; el 35.5%, el segundo y el 26.7%, el tercer grado. Uno de cada diez (11.0%) eran hijos(as) únicos(as) y la mayoría tenían un hermano(a) o dos (62.9%); el resto, tres o más (26.1%); un tercio de los adolescentes (30.3%) eran primogénitos(as). Casi todos (93.1%) vivían

con su madre y siete de cada diez, con su padre.

Instrumentos

Además de un cuestionario en el que se registraban los datos demográficos (sexo, edad, grado, número de hermanos, lugar ocupado entre ellos, presencia de la madre y del padre), se aplicaron la Escala de Satisfacción Vital de los Estudiantes y la Escala de Afecto Positivo, para evaluar el bienestar psicológico de los adolescentes. También fue aplicada la Escala de Estilos Crianza de Steinberg, una en relación con las conductas de la madre (crianza materna) y otra respecto de las conductas del padre (crianza paterna).

Escala de Satisfacción Vital de los Estudiantes y Escala de Afecto Positivo. Cada una de ellas está integrada por 10 reactivos con opciones de respuesta que van de *Nunca* (0) a *Siempre* (4). Fueron desarrolladas originalmente en inglés por Huebner (1991), aplicadas en catalán por

Casas et al. (2000) y reportadas en español por estos autores. Los índices de consistencia interna para Escala de Satisfacción Vital fue $=.88$ y para la de Afecto Positivo $=.86$. Los autores citados incluyeron en sus estudios una Escala de Afecto Negativo, que no se aplicó en la presente investigación.

Escala de Estilos de Crianza. Fue desarrollada por Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch (1994) y validada en español por Merino y Arndt (2004). Se conforma por 26 reactivos con cuatro opciones de respuesta (de *Muy de acuerdo* a *muy en desacuerdo*) y tres subescalas: Compromiso ($= 0.74$); Autonomía Psicológica ($= 0.62$) y Control Conductual ($= 0.66$).

Procedimiento

Se efectuó el piloteo de los instrumentos en un grupo de seis adolescentes de características similares a las de la muestra, con el propósito de evaluar

la presencia de dificultades o dudas al responder los reactivos. Algunos de ellos fueron ajustados con base en las observaciones realizadas.

Para la aplicación de los instrumentos se ubicó, por conveniencia, una escuela secundaria pública al norte de la Ciudad de México, se contactó con la directora y el sub-director para explicarles el objetivo del estudio y solicitar su anuencia para la aplicación de dichos instrumentos a los alumnos. Se acudió a los salones de clase en los horarios indicados por las autoridades; en cada grupo se expuso a los alumnos el propósito de la investigación y sus aspectos éticos, de anonimato y confidencialidad, y se solicitó su participación voluntaria.

RESULTADOS

Análisis psicométrico de las escalas

Se efectuaron análisis factorial de componentes principales con rotación

varimax utilizando el SPSS, versión 22. Asimismo, se obtuvieron los índices de consistencia interna para las escalas y subescalas, las correlaciones interfactor y los estadísticos descriptivos.

El análisis factorial efectuado para la Escala de Satisfacción Vital de los Estudiantes arrojó un solo factor; el mismo resultado se obtuvo para la Escala de Afecto Positivo. Los índices psicométricos obtenidos para ambas escalas se muestran en la tabla 1. En cada una de ellas fueron eliminados cuatro reactivos, ya que su exclusión incrementó la consistencia interna del instrumento, o bien, su carga factorial resultó $<.40$. La Escala de Satisfacción Vital de los Estudiantes correlacionó fuerte y positivamente con la de Afecto Positivo ($r=.764$). En las dos escalas, la media de los puntajes se situó por arriba de la media teórica.

Tabla 1

*Escala de Satisfacción Vital de los Estudiantes y Escala de Afecto Positivo:
Cargas factoriales, índices psicométricos y estadísticos descriptivos*

Escala de Satisfacción Vital de los Estudiantes (ESVE)		Escala de Afecto Positivo (EAP)	
Reactivos	Carga factorial	Reactivos	Carga factorial
6. Mi vida va muy bien	.824	20. Soy feliz	.829
10. Tengo una buena vida	.823	19. Tengo ganas de sonreír	.828
13. Estoy feliz con mi vida	.811	17. Tengo ganas de reír	.801
7. Mi vida es sencillamente la correcta	.772	11. Me la paso bien	.798
14. Me siento satisfecho(a) con lo que me está pasando	.756	12. Estoy contento(a)	.796
16. Tengo lo que quiero en la vida	.703	2. Estoy animado(a)	.776
Número de reactivos	6	Número de reactivos	6
% de varianza explicada de Cronbach	61.283	% de varianza explicada de Cronbach	64.774
Media (Media teórica=2)	.873	Media (Media teórica=2)	.891
Desviación estándar	2.78	Desviación estándar	2.96
Correlación con EAP	0.89	Correlación con ESVE	0.91
	.764		.764
Reactivos eliminados		Reactivos eliminados	
3. Me gusta cómo van mis cosas.		1. Hago cosas que me interesan.	
8. Quisiera cambiar muchas cosas de mi vida.		4. Me la paso bien con otras personas.	
9. Ojalá tuviera una vida diferente.		5. Estoy ilusionado(a) por algunas cosa	
18. Mi vida es mejor que la de muchos compañeros(as).		15. Me siento orgulloso(a) de algunas cosas que he hecho.	

Como se aprecia en la tabla 2, el análisis de los reactivos de la Escala de Estilos de Crianza Materna dio como resultado tres factores, que se denominaron: Aceptación, Control Asertivo y Control Punitivo, los cuales explicaron el 60.02% de la varianza total. Se eliminaron tres reactivos debido a que su carga factorial resultó < 0.40: 11. “Cuando discuto con ella, me dice cosas como: Lo comprenderás cuando crezcas”; 13. “Me deja tomar mis propias decisiones y hacer mis planes para lo que yo

quiero realizar”, y 9. “Me dice que debo aceptar lo que los demás dicen”. El alfa de Cronbach calculada para la escala total fue de =.841.

El factor Aceptación correlacionó positiva y fuertemente con el Control Asertivo, pero no con el Control Punitivo; estos últimos tampoco correlacionaron entre sí. Los puntajes más altos correspondieron a las escalas de Aceptación y Control Asertivo, y los más bajos a la de Control Punitivo.

Tabla 2*Escala de Estilos de Crianza Materna:**Subescalas, cargas factoriales, índices psicométricos, estadísticos descriptivos y correlaciones interfactor*

Reactivos	Factores		
	Aceptación	Control Asertivo	Control Punitivo
18. Hacemos cosas juntos para divertirnos y pasarla bien.	.833		
16. Se da el tiempo para hablar conmigo.	.821		
10. Cuando quiere que haga algo, me explica por qué.	.740		
8. Me ayuda con mis tareas escolares difíciles.	.733		
12. Cuando saco una baja calificación en la escuela, me anima para que me esfuerce más.	.706		
2. Me ayuda si tengo algún problema.	.689		
4. Me anima para que haga las cosas lo mejor que pueda.	.553		
14. Conoce quiénes son mis amigos.	.548		
5. Me dice que no discuta con la gente para que no se molesten conmigo.		.728	
3. Me dice que evite discutir con los adultos.		.709	
6. Me impulsa a pensar por mí mismo(a).		.593	
17. Me hace sentir culpable si saco una baja calificación en la escuela.			.794
19. Me impide estar con ella cuando hago algo que le disgusta.			.742
7. Me hace la vida "difícil" cuando saco una baja calificación en la escuela.			.737
15. Actúa de una manera fría si hago algo que le disgusta.			.595
	Total		
Número de reactivos	15	8	3
% de varianza explicada de Cronbach	60.029	29.138	16.581
	.841	.893	.694
Correlaciones interfactor			
Aceptación	1.00		
Control Asertivo	.654*	1.00	
Control Punitivo	.061	.105	1.00
Media (Media teórica=2.5)	3.76	3.86	2.31
Desviación estándar	1.12	1.09	1.30

* $p < 0.01$

La tabla 3 presenta que el análisis para la Escala de Estilos de Crianza Paterna arrojó los mismos tres factores que en la crianza materna, aunque en otro orden. Éstos explicaron el 68.90% de la varianza total. El primero fue Control Asertivo, el segundo Aceptación y el tercero Control Punitivo. Se

eliminó el reactivo número 38. "Cuando discuto con él, me dice cosas como: Lo comprenderás cuando crezcas", debido a que su carga factorial fue < 0.40 . El alfa de Cronbach calculado para la escala total fue de .926. La correlación entre el factor de Control Asertivo y el de Aceptación fue muy

fuerte y positiva; el Control Punitivo correlacionó significativamente con las otras dos subescalas, lo que no ocurrió en la Escala de Estilos de Crianza Materna. Al

igual que en ésta, para la paterna se obtuvieron puntajes altos en las subescalas de Aceptación y Control Asertivo, y bajos en la de Control Punitivo.

Tabla 3

Escala de Estilos de Crianza Paterna:

Subescalas, cargas factoriales, índices psicométricos, estadísticos descriptivos y correlaciones interfactor

Reactivos	Factores		
	Control Asertivo	Aceptación	Control Punitivo
30. Me dice que evite discutir con los adultos.	.838		
31, Me anima para que haga las cosas lo mejor que pueda.	.791		
29, Me ayuda si tengo algún problema.	.782		
33, Me impulsa a pensar por mí mismo(a).	.767		
32. Me dice que no discuta con la gente para que no se molesten conmigo.	.746		
43, Se da el tiempo para hablar conmigo.		.730	
45, Hacemos cosas juntos para divertirnos y pasarla bien.		.723	
41, Conoce quiénes son mis amigos.		.710	
37, Cuando quiere que haga algo, me explica por qué.		.663	
35, Me ayuda con mis tareas escolares difíciles.		.660	
40, Me deja tomar mis propias decisiones y hacer mis planes para lo que yo quiero realizar.		.635	
39, Cuando saco una baja calificación en la escuela, me anima para que me esfuerce más.		.631	
44. Me hace sentir culpable si saco una baja calificación en la escuela.			.853
46. Me impide estar con él cuando hago algo que le disgusta.			.770
42. Actúa de una manera fría si hago algo que le disgusta.			.767
34. Me hace la vida "difícil" cuando saco una baja calificación en la escuela.			.738
36. Me dice que debo aceptar lo que los demás dicen.			.495
	Total		
Número de reactivos	17	5	7
% de varianza explicada de Cronbach	68.908	26.858	24.401
	.926	.906	.910
Correlaciones inter factor			
Control Asertivo	1.00		
Aceptación	.720*	1.00	
Control Punitivo	.312*	.448*	1.00
Media (media teórica=2.5)	3.50	3.22	2.20
Desviación estándar	1.36	1.36	1.37

* $p < 0.01$

Categorización de los estilos de crianza

Con base en los puntajes obtenidos en los factores de la Escala de Estilos de Crianza, se establecieron ocho categorías de estilos, a partir de la propuesta de Maccoby y Martin (1983). Como se muestra en la tabla 4, se formaron grupos altos y bajos para cada uno de los factores utilizando la mediana como criterio; la combinación de

éstos dio origen a la categorización de los estilos, tanto para la madre como para el padre. Se observó que los adolescentes percibieron que los estilos de crianza maternos eran predominantemente rechazante, negligente, democrático asertivo, democrático, en tanto que los de los padres eran negligente, democrático, democrático asertivo y rechazante.

Tabla 4

Categorización de los estilos de crianza y porcentaje de los participantes cuyas madres y padres fueron percibidos en cada uno de ellos

Categorías de estilos de crianza	Factores			Estilo materno (%)	Estilo paterno (%)
	Aceptación	Control Asertivo	Control Punitivo		
I. Democrático	Alto	Alto	Alto	14.8	21.3
II. Democrático asertivo	Alto	Alto	Bajo	19.5	18.0
III. Democrático punitivo	Alto	Bajo	Alto	6.5	3.7
IV. Permisivo	Alto	Bajo	Bajo	7.5	6.4
V. Autoritario	Bajo	Alto	Alto	5.2	6.0
VI. Consejero	Bajo	Alto	Bajo	6.8	3.7
VII. Rechazante	Bajo	Bajo	Alto	20.2	15.4
VIII. Negligente	Bajo	Bajo	Bajo	19.5	25.5
Total				100.0	100.0

Diferencias en bienestar psicológico de acuerdo con los estilos de crianza

Los estilos de crianza tuvieron un efecto altamente significativo sobre la satisfacción vital y el afecto positivo de los

participantes. En la tabla 5 se aprecia que tanto para la madre como para el padre, los estilos democrático y democrático asertivo obtuvieron los puntajes más altos, y los estilos rechazante y negligente, los más

bajos en ambas escalas; los estilos permisivo, autoritario y consejero fueron intermedios.

Además, en el caso de los estilos maternos, el permisivo difirió significativamente del negligente en satisfacción vital y en afecto positivo, así

como el democrático punitivo del negligente en satisfacción vital, y el democrático asertivo del autoritario en afecto positivo.

Para los estilos paternos, el democrático y el democrático asertivo difirieron del autoritario, y el democrático punitivo del negligente en afecto positivo.

Tabla 5

Diferencias en satisfacción vital y afecto positivo de los adolescentes según los estilos de crianza de la madre y del padre

Categorías de estilos de crianza	Estilo de Crianza Materna			Estilo de Crianza Paterna		
	Media (ds)	Anova y pruebas post hoc de Tukey		Media (ds)	Anova y pruebas post hoc de Tukey	
Escala de Satisfacción Vital						
Democrático (D)	3.20 (0.66)	F(7,266)=9.437,		3.19 (0.68)	F(7,266)=9.437,	
Democrático Asertivo (DA)	3.27 (0.61)	p<.001		3.28 (0.70)	p<.001	
Democrático Punitivo (DP)	2.98 (0.71)	D-R, p=.001		3.11 (0.61)	D-R, p=.027	
Permisivo (P)	2.72 (0.81)	D-N, p<.001		2.64 (0.73)	D-N, p<.001	
Autoritario (A)	2.77 (1.12)	DA-R, p<.001		3.04 (0.82)	DA-R, p=.008	
Consejero (C)	2.48 (0.76)	DA-N, p<.001		2.63 (0.90)	DA-N, p<.001	
Rechazante (R)	2.24 (0.87)	DP-N, p=.016		2.31 (0.97)		
Negligente (N)	2.80 (0.74)	P-N, p=.006		2.83 (0.88)		
Escala de Afecto Positivo						
Democrático (D)	3.18 (0.52)	F(7,261)=8.065,		3.27 (0.75)	F(7,261)=8.065, p<.001	
Democrático Asertivo (DA)	3.24 (0.49)	p<.001		3.53 (0.64)	D-A, p=.045	
Democrático Punitivo (DP)	2.90 (0.51)	D-R, p<.001		3.50 (0.42)	D-N, p<.001	
Permisivo (P)	3.05 (0.53)	D-N, p<.001		3.04 (0.74)	DA-A, p=.001	
Autoritario (A)	2.65 (0.92)	DA-A, p<.015		2.53 (0.62)	DA-R, p=.012	
Consejero (C)	2.75 (0.50)	DA-R, p<.001		3.00 (0.65)	DA-N, p<.001	
Rechazante (R)	2.53 (0.69)	DA-N, p<.001		2.90 (0.87)	DP-N, p=.016	
Negligente (N)	2.44 (0.74)	P-N, p=.006		2.50 (1.01)		

Diferencias en bienestar psicológico por variables demográficas y familiares

No se encontraron diferencias en satisfacción vital ni en afecto positivo por sexo, grado escolar o lugar ocupado entre los hermanos. En cambio, como se muestra en la figura 1, la edad afectó ambas variables: los niños de 12 años obtuvieron

los puntajes altos que los de 11, y éstos fueron disminuyendo al aumentar la edad, $F(4,281)=2.960$, $p=.020$, para satisfacción vital y $F(4,275)=2.948$, $p=.021$ para afecto positivo. En general, las medias fueron más altas para afecto positivo que para satisfacción vital.

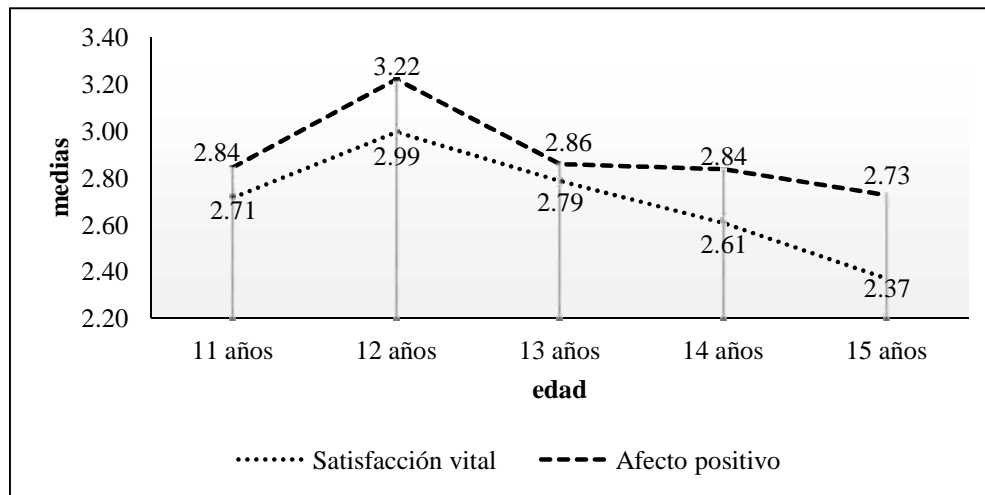


Figura 1. Puntajes (medias) en satisfacción vital y en afecto positivo obtenidos por los participantes según su edad.

También se obtuvieron diferencias por tipo de familia como se observa en la figura 2, ya que los adolescentes que dijeron vivir sólo con uno de sus padres puntuaron más bajo

que los que vivían con ambos o en familias extendidas, tanto en satisfacción vital, $F(4,275)=2.948$, $p=.021$, como en afecto positivo, $F(4,275)=2.948$, $p=.021$.

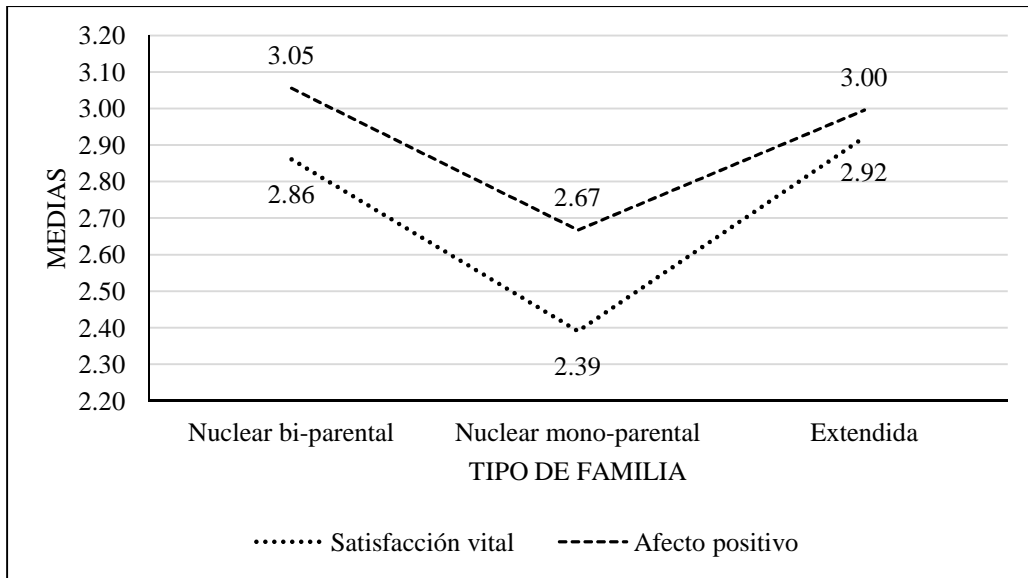


Figura 2. Puntajes (medias) en satisfacción vital y en afecto positivo obtenidos por los participantes según el tipo de familia en el que vivían.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos se observó que en la muestra existieron diferencias en el bienestar general reportado según el estilo de crianza percibido, este resultado es consistente con los hallazgos reportados por Leung y Leung (1992) que observaron una relación entre estilos de crianza y niveles de satisfacción con la vida y bienestar en una muestra de adolescentes. El que los adolescentes perciban que

obtienen de sus padres cuidados y aceptación produce bienestar.

En la Escala de Satisfacción Vital de los Estudiantes y en la Escala de Afecto Positivo se obtuvieron, con seis reactivos, índices psicométricos adecuados y similares a los que Casas et al. (2000) reportaron en sus hallazgos con diez reactivos. En ambas escalas, la mayoría de los reactivos eliminados incluían el término “cosas”, lo que parece indicar que la falta de especificidad en la redacción de los reactivos influyó para que éstos fueran

excluidos. Específicamente, en la Escala de Satisfacción Vital de los Estudiantes, la eliminación del reactivo “Mi vida es mejor que la de muchos compañeros” sugiere que la comparación con otros no resulta satisfactoria. El reactivo “Me la paso bien con otras personas” fue eliminado; mientras que el reactivo “Me la paso bien” se mantuvo; parece importante señalar que la dimensión social no se ve reflejada particularmente en el afecto positivo. Se sugiere la realización de más estudios respecto a la dimensión social y el afecto positivo.

Con respecto a la Escala original de Estilos de Crianza Materna y Paterna que consideran las subescalas de compromiso, autonomía psicológica y control conductual (Merino y Arndt, 2004); en la presente investigación se denominaron subescalas de aceptación, control asertivo y control punitivo en congruencia con los resultados del análisis factorial; además en ambas

escalas se obtuvieron índices psicométricos adecuados.

En los resultados se observa una tendencia en los y las adolescentes a percibir a sus padres y madres como aceptantes y con control asertivo; es probable que este resultado pueda atribuirse a una forma de contestar socialmente deseable o aceptable.

El hecho de que el factor con más carga en relación con la madre haya sido la aceptación y, para el padre, el control asertivo podría obedecer a aspectos culturales, en los se espera que la figura materna represente actitudes afectivas tolerantes y amorosas; mientras que la figura paterna simbolice actitudes relacionadas con la disciplina y la autoridad.

En la búsqueda de investigaciones que abordan estilos de crianza, lo común es encontrar la categorización sugerida por (Merino y Arndt, 2004; Vallejo y Mazadiego, 2006; y, Vallejo, Osorno y Mazadiego, 2008); los cuales utilizan cuatro estilos de crianza –autoritario, autoritativo o

democrático, permisivo y negligente—; basados en la combinación de los factores de control y aceptación (Maccoby y Martin, 1983). En la presente investigación se encontraron tres factores: aceptación, control asertivo y control punitivo, de cuya combinación derivaron ocho estilos de crianza: democrático, democrático asertivo, democrático punitivo, permisivo, autoritario, consejero, rechazante y negligente. Durante la realización de este trabajo no se encontraron investigaciones donde se utilicen o se sugieran ocho estilos de crianza. La relevancia de este hallazgo podría plantear que la crianza no es un proceso que se pueda reducir a sólo cuatro estilos. Esto podría ser un reflejo de una sociedad cambiante, en la que hoy la participación de padres y madres responde a las necesidades de ejercer la crianza de formas más complejas y diversas, en donde el control pueda, no sólo representar autoritarismo; sino también la inclusión de una dimensión asertiva, que pudiera

significar una alternativa a la disciplina punitiva.

No obstante, los resultados sugieren que los estilos de crianza que predominan son el rechazante y el negligente, materno y paterno, respectivamente. Una de las posibilidades que se puede considerar como causa del estilo materno rechazante es que, culturalmente, la mujer sigue siendo la encargada de criar a los hijos, lo que implica mayor tiempo de interacción y mayor esfuerzo en dicha labor; lo que, a su vez, puede significar escenarios de agobio o cansancio en el que se consideren efectivas las estrategias punitivas como una herramienta educativa o de solución de determinadas situaciones estresantes. Con respecto al estilo paterno negligente, una de las posibles causas de esta preponderancia podría ser que, al hombre, socioculturalmente, se le sigue adjudicando el rol de proveedor con poca participación, bajos niveles de aceptación y con poco

control asertivo y punitivo en el proceso de crianza.

Los resultados de esta investigación sugieren que el maltrato; es decir, el control punitivo, impacta negativamente en el bienestar psicológico de los hijos adolescentes, lo que a su vez podría reflejarse en dificultades en el desempeño académico, en la interacción social y, en general, en la salud del adolescente. Por lo anterior, parece importante promover un estilo de crianza a favor de la aceptación y el control asertivo en los padres para favorecer un mayor bienestar psicológico en los adolescentes. Con estos hallazgos se sugiere entonces estudiar aquellas variables asociadas a los factores causales que lleven a los padres y a las madres a ejercer determinado estilo de crianza.

Una de las diferencias significativas encontradas fue representada por la edad de los adolescentes en relación a su bienestar psicológico. Se observó que entre los once y doce años existe un incremento importante

en los niveles de satisfacción vital y afecto positivo. Esto puede obedecer a que en esa edad sea posible que el adolescente disfrute de las bondades de la infancia y de la adolescencia incipiente. Es decir, atención, cuidados, protección, contacto físico y afectivo característicos de la crianza infantil; y, por otro lado, el comienzo de una mayor independencia, toma de decisiones y flexibilidad en el trato padres-hijos que pudieran asociarse con el inicio de la adolescencia. Es importante señalar que, a partir de los doce años en adelante, los índices de bienestar psicológico tienden a la baja obteniendo su punto inferior a los 15 años, edad límite superior de la muestra estudiada. Se plantea que este descenso podría estar relacionado con el aumento de responsabilidades en el adolescente, dificultades en las interacciones sociales tanto en el núcleo familiar como en el contexto social, entre otros factores. Se sugiere estudiar los índices de bienestar psicológico relacionados con los estilos de

crianza en adolescentes ampliando el rango superior de la edad.

Otra de las diferencias significativas encontradas fue el tipo de familia. Se observó que los adolescentes que viven sólo con alguno de sus padres reportaron los índices más bajos, tanto de satisfacción vital como de afecto positivo. Se podría sugerir que la ausencia de uno de los padres es crítica para el bienestar psicológico de los adolescentes debido a la disminución del apoyo de la red social y de la disminución de la interacción con el padre o madre ausente. Cabe señalar que en la muestra no se consideraron a adolescentes en condición de orfandad, por lo que se propone la exploración del bienestar psicológico en adolescentes con esta característica.

Considerando los resultados generales de esta investigación, los cuales sugieren que el estilo de crianza paterno y materno influye en el bienestar psicológico de los y las adolescentes, se propone la realización de otras investigaciones que exploren la

asociación de los estilos de crianza y el bienestar psicológico, tanto en muestras similares a la utilizada en este trabajo, como en otros grupos sociales con características sociodemográficas distintas para conocer posibles semejanzas y diferencias de las encontradas en esta investigación.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 99-106.
- Baumrind, D. (1965). Parental control and parental love. *Children*, 12(6), 230.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. En J. Brooks-Gunn, R. Lerner y A. L. Petersen (Eds.): *The Encyclopedia of Adolescence*. Nueva York: Garland.
- Casas, F., Rosich, M., y Alsinet, C. (2000). El bienestar psicológico de los

- preadolescentes. *Anuario de Psicología*, 31(2), 73-86.
- Cuadra, H., y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), 83.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three Decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276 – 302.
- Giménez, M. (2005). Optimismo y pesimismo. Variables asociadas en el contexto escolar. *Pulso: Revista de educación*, (28), 9-24.
- Huebner, E. S. (1991). Initial development of the Students' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12(3), 231-240.
- Leung, J.P., y Leung, K. (1992). Life satisfaction, self-concept and relationship with parents in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(6), 653-665.
- Maccoby, E. E., y Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E. M. Hetherington y P. H. Mussen (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 1-101). Nueva York: Wiley.
- Merino, C., y Arndt, S. (2004). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg: Validez preliminar de constructo. *Revista de Psicología-PUCP*, 12(2), 187-214.
- Seligman, M. E., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., y Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and

- neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754-770.
- Vallejo, A., y Mazadiego, T. (2006). Familia y rendimiento académico. *Revista de educación y desarrollo*, 56(5), 57.
- Vallejo, A., Osorno, R., y Mazadiego, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 13(1), 91-105.
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

UN VIAJE DE LA INCERTIDUMBRE A LA CONFIANZA EN EL PORVENIR: REMINISCENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN UNA MADRE ADOLESCENTE

Anayanci Alvarez Sevilla, Ricardo Carranza Dueñas y Paola Nares Torres

Resumen

El objetivo de este trabajo es comprender el significado y la vivencia del apoyo familiar para una madre adolescente. Para su realización se utilizó una metodología cualitativa fenomenológica y la reminiscencia como variante de la historia de vida que permitió conocer a profundidad la esencia del significado y la vivencia del apoyo familiar desde la perspectiva de la madre adolescente. La participante, de 18 años de edad y su madre, de 48 años, son residentes de la Ciudad de México. Se realizó una entrevista a profundidad la cual fue audio-grabada y transcrita. Los datos fueron analizados utilizando la propuesta de Rodríguez, Gil y García (1999) sobre reducción de datos y separación en unidades bajo el criterio temático. El principal hallazgo es que la vivencia del apoyo familiar puede llevar a la adolescente a generar significados que le permitan enfrentar las dificultades iniciales lo suficientemente firmes como para continuar llevando a cabo su plan de vida de manera satisfactoria.

Palabras clave: embarazo adolescente, apoyo familiar, vivencia y significado, historia de vida, investigación cualitativa.

Abstract

The purpose of this paper is to understand the meaning and experience of family support for a teenage mother. A phenomenological qualitative methodology and the reminiscence, as a variant of the life history, were used for its realization that allowed an in-depth understanding the essence of the meaning and the experience of the family support from the perspective of the adolescent mother. The participant, 18 years old, and her mother, 48, are residents of the City of Mexico. An in-depth interview was conducted which was audio-recorded and transcribed. The data were analyzed using the proposal of Rodríguez, Gil and García (1999) on data reduction and unit separation under the thematic criterion. The main finding is that the experience of family support can lead the adolescent to generate meanings that allow her to face initial difficulties that are firm enough to continue carrying out her life plan in a satisfactory way.

Key words: Adolescent pregnancy, family support, experience and meaning, life history, qualitative research.

Acercarse a la comprensión de la mundo-vida, con el propósito de hacer adolescencia es una labor compleja y posible una aproximación con la naturaleza y dinámica. Es importante ahondar e significado que esta fase caracteriza para interesarse de una manera genuina en este quien la vive.

La adolescencia es una etapa del desarrollo biopsicosocial, comprendida entre la niñez y la vida adulta, en la cual se experimentan cambios fisiológicos, psicológicos, emocionales y sociales, contextualizada dentro de una cultura.

En esta etapa de transición, el adolescente desarrolla competencias y habilidades que contribuyen en la formación de una imagen, identidad propia y autoestima, al mismo tiempo que le permitirán tomar decisiones y desenvolverse con eficiencia en la vida adulta.

El contexto sociocultural en el que se desenvuelven los adolescentes, (como por ejemplo, familia nuclear, familia extensa, pares sociales, ambiente escolar, redes sociales electrónicas comunidad inmediata y extensa) por medio de reglas, normas y valores tiene una gran influencia sobre la conducta de éstos.

Existen diversos factores que propician el embarazo en adolescentes, entre los cuales se pueden destacar, el ejercicio de una vida sexual activa, ya que existe curiosidad por comenzar a experimentar situaciones nuevas relacionadas con el placer sexual, la falta de la educación sexual, falta de madurez, descuido por parte de los padres, falta de control de impulsos, dificultades emocionales (carencia afectiva, inseguridad, baja autoestima), violación y consumo alcohol u otras sustancias.

La maternidad en la adolescencia genera cambios en las dinámicas familiares que pueden ser vivenciados de múltiples maneras. Es importante señalar que la relación y comunicación que se desarrolla en la familia se ven reflejadas en la identidad personal de los y las adolescentes.

Bajo este punto de vista, la comunicación y el apoyo familiar se presenta como factores necesarios para el desarrollo de una base sólida que permita a los y las

adolescentes prevenir y solucionar problemas característicos de esta etapa del desarrollo. Así mismo, ambos factores pueden facilitar el entendimiento mutuo entre los miembros de la familia además de cubrir las necesidades afectivas de cada uno de ellos, permitiendo con esto, que en especial, los y las adolescentes, puedan crear un sentimiento de comprensión, estabilidad y crecimiento frente a la sociedad a la que pertenecen.

En este sentido, el involucramiento de la familia y la red de apoyo familiar es importante para que la madre adolescente pueda incorporar su experiencia de maternidad de la mejor forma posible en su vida; de allí la importancia de que independientemente de cómo se haya originado el embarazo en la adolescente, resulte fundamental comprender cómo la madre adolescente vive el apoyo familiar.

Propósitos

Por lo expuesto anteriormente, el presente trabajo gira alrededor de los dos propósitos siguientes:

- a. Conocer la experiencia y los significados que tienen para una madre adolescente el apoyo familiar, así mismo comprender su influencia en el desarrollo de la maternidad.
- b. Contribuir con la generación de información en este campo de investigación, que nos permita ampliar el significado y comprensión del apoyo familiar en la maternidad adolescente.

Marco Conceptual

Investigaciones realizadas

En estudios similares de corte cualitativo-fenomenológico, cuyos temas centrales son también la experiencia del embarazo en la adolescencia, se pueden

mencionar los trabajos de Agurto (2012), Álvarez, Pastor, Linares, Serrano y Rodríguez (2012); Bessa, Vasconcelos y Oliveira (2006); Gutiérrez (2014); Lugo (2013); y, Reyes y Tello (2013).

Estas referencias fueron exploradas con el fin de realizar una revisión de la literatura y obtener una aproximación al estado del arte de la temática. No se pretende que los resultados obtenidos en estos estudios, ni la metodología respectiva utilizada, sean indicadores rígidos para el presente estudio; sino sólo se consideran para iluminar ciertas temáticas recurrentes y, posteriormente, para enriquecer o replantear el marco referencial que, a su vez, se vea reformulado por los hallazgos de esta investigación.

Estado del Arte

Álvarez et al., (2012) encontraron las siguientes categorías en su estudio: relaciones afectivas, conducta sexual y anticoncepción; deseabilidad y experiencia

de un embarazo en la adolescencia; imagen social de un embarazo adolescente, información y educación sexual; planes de futuro y expectativas ante la maternidad. En el marco de estas categorías, el rol de la familia de la adolescente sólo figura como una fuente de transmisión de temores y tabúes en cuanto a educación sexual de la adolescente; como una figura que genera temor al momento de informar sobre el embarazo y la recurrencia al modelo de la figura materna como rol ideal para vivir su nueva etapa.

Lugo (2013), por su parte, encontró que el sufrimiento fue la experiencia esencial en su estudio. Las categorías encontradas en esta investigación fueron: sentirse abrumada, vivir descontroladamente, desilusión amorosa, y soportar el sufrimiento. La discusión de esta investigadora gira alrededor del aspecto afectivo de la experiencia de la adolescente embarazada, particularmente el sufrimiento: la

desaprobación social, el sentimiento de minusvalía y el decepcionar a sus padres.

El apoyo familiar es considerado por la autora como un medio para soportar dicho sufrimiento o como una fuente de defensa de las críticas sociales externas.

Parece importante hacer notar que en el estudio de Gutiérrez (2014) un elemento guía de la entrevista a profundidad es abordar con la adolescente embarazada su percepción de necesidades y maneras de satisfacerlas; es decir: pregunta directamente: ¿Qué necesidades afectivas, emocionales, económicas, sanitarias tiene ahora? ¿Cómo cree que le podemos ayudar en este proceso? Es importante este hecho debido a que, en la literatura revisada, fue el único estudio que no sólo se concentró en obtener información.

Agurto (2012), encontró una diversidad de categorías alrededor de tres conceptos: significado subjetivo de la maternidad

(experiencia de la maternidad, significado de ser madre joven, entre otras); proyecto de vida (oportunidades para el futuro, proyección en el futuro de la vinculación con el hijo o hija, entre otras); y, concepción de género (significado de ser madre, percepción del rol de madre, entre otras).

En este estudio, el apoyo familiar tampoco se observa en las categorías obtenidas; aunque es un tema que se toca de manera incidental aludiendo al temor de la adolescente por informar a su familia sobre el embarazo, cómo resulta en un factor clave para pasar del sufrimiento a una vivencia positiva; y, el papel fundamental de la madre de la adolescente como modelo para el cuidado de su embarazo.

Por último, Escobar y Rodríguez (2011) en su estudio encontraron que la comunicación familiar en algunos hogares de madres adolescentes no tenía un adecuado desarrollo con todos sus integrantes, lo cual producía en la adolescente, desconfianza y

distanciamiento de la familia. Señalaron que la carencia de orientación y la falta de comunicación podían incidir en el embarazo de las adolescentes. Así mismo, dentro de su estudio mencionaron que la maternidad en las adolescentes se presentaba para algunas familias, como una dificultad, ya que originaba transformaciones y crisis constantes en las dinámicas familiares, obligando de este modo que tanto la familia como la adolescente, tuvieran que hacer una revisión y reestructuración de las funciones de los miembros de la familia para encontrar un estado de equilibrio familiar.

Desde luego que estas revisiones aportan información valiosa, no obstante, no es una realidad universal ni absoluta para todas las adolescentes sino sólo reflejan experiencias de algunas de ellas. Cada adolescente que es madre tiene una manera única e irreplicable de vivir su experiencia.

De esta revisión bibliográfica se puede observar que, en el tema del apoyo familiar

para la adolescente embarazada, existe lo que Vasilachis (2006) denomina gaps o brechas de conocimiento, que es justamente el área en la que el presente estudio se concentra.

Mapa Conceptual

De acuerdo con Vasilachis (2006) parece necesario considerar que es peligroso, tanto iniciar un estudio sin ninguna teoría, como descansar en alguna de ellas. Estos escenarios, respectivamente, pueden conducir a no reconocer aspectos relevantes de los fenómenos estudiados o ver la realidad desde una sola perspectiva. Habría que considerar también que, en la tradición cualitativa de investigación, las referencias y marcos conceptuales son susceptibles de cambio conforme se avanza en el proceso investigativo.

De acuerdo a los objetivos y a las preguntas de investigación del presente estudio, se propone un mapa conceptual de

las guías o direcciones (figura 1) pretendido en este trabajo. Esta investigación tiene como temática la vivencia de ser madre adolescente y la experiencia dentro de la

familia en cuanto al apoyo familiar, considerando los significados propios de dicho apoyo familiar.



Figura 1. Guías temáticas de investigación

En cuanto a la literatura revisada, considerando otras investigaciones, se toca el tema de la experiencia de la maternidad, así como el significado de ser madre adolescente abordándolo desde la temática principal. Como se mencionó con anterioridad, hay múltiples factores que inciden en que se propicie el embarazo adolescente. Otros temas encontrados respecto al ser madre adolescente son: desaprobación social, anticoncepción y

conducta sexual, deseabilidad del embarazo, visión a futuro, sufrimiento, necesidades de la adolescente y concepción y género. Si bien estos temas no son parte del objetivo principal de esta investigación, al ser temas relacionados, cabe su consideración como temas emergentes luego del análisis; no obstante, no fueron una guía para la conducción de la entrevista.

Preguntas de Investigación

La maternidad en la adolescencia no se aísla de un contexto sociocultural, es decir, no se descontextualiza de la familia y de las redes sociales que se forman en la adolescencia. La participación de estas redes en la vida de cada una de las adolescentes que son madres genera una experiencia única, lo que lleva a generar las siguientes preguntas:

- ¿Cómo ha sido vivenciada por una madre adolescente, la experiencia del apoyo familiar en su embarazo y en su maternidad?
- ¿Qué significado ha tenido para una madre adolescente el apoyo de la familia?
- ¿Cómo ha vivido una adolescente la experiencia de ser madre?
- ¿Qué ha significado ser madre adolescente?
- ¿Qué significa la familia para una madre adolescente?

Temas de Análisis

- *Apoyo familiar:* Nivel o grado de involucramiento de alguno o algunos miembros de una familia encaminado a proporcionar seguridad, tranquilidad y disponibilidad cuando otro miembro de la familia requiere ayuda para resolver o enfrentar alguna situación o dificultad.
- *Embarazo en la adolescencia:* Gestación en mujeres cuyo rango de edad se considera adolescente (entre los 11 y los 19 años de edad), independientemente de su edad ginecológica.
- *Maternidad en la adolescencia:* Experiencia subjetiva de las mujeres entre los 11 y 19 años de edad en relación a su embarazo, al dar a luz y al vínculo entre ellas y su hijo o hija.
- *Familia:* Unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de

consanguinidad, matrimonio y/o unión que usualmente viven en un mismo hogar. Sus funciones comprenden la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia.

Método

Presentación de los investigadores

Los investigadores son terapeutas familiares que toman en cuenta las múltiples perspectivas de las vivencias de cada persona, dentro de esta postura no se persigue la normatividad como una forma de generalizar o predecir las experiencias y conductas particulares.

Desde la perspectiva sistémica se parte de la premisa que los eventos o conductas que lleva a cabo cualquier miembro de la familia, tiene un efecto en su sistema familiar y social inmediato, y a su vez, la reacción de este sistema genera información

que retroalimenta de alguna manera la conducta de los miembros de la familia.

Considerando esta postura, es posible decir que, para una adolescente, ser madre es una experiencia que no pasa desapercibida en su entorno familiar, causando una reacción en los demás miembros de la familia. Sin embargo, aunque esta postura es considerada, no fungió como una guía rígida para el acercamiento a la vivencia y significados del apoyo familiar en la madre adolescente entrevistada, tampoco fue un factor que resultara en la exclusión de información obtenida del encuentro con la informante.

Estilo y tradición

Esta investigación se llevó a cabo bajo el estilo metodológico cualitativo de la Historia de Vida, definida por Vasilachis (2006) como el relato de la vida de una persona, en el contexto determinado en que sus experiencias se desenvuelven, registrado

e interpretado por un investigador, quien analiza cómo dicho contexto (social, cultural, político, religioso y simbólico) influencia y es transformado por esa vida individual/familiar.

De manera particular, en este trabajo se utilizó un tipo particular de Historia de Vida al que Ruiz (2003) denomina Reminiscencia para referirse al “desarrollo biográfico de un protagonista social, a la reconstrucción de una época o de un contexto concreto a través de uno de sus sujetos” (p. 282), bajo los siguientes criterios:

- La persona historiada debe ser considerada como miembro de una cultura.
- Ha de reconocerse el papel de los otros significativos en la transmisión de la cultura.
- La acción social misma.
- La reconstrucción y seguimiento del hilo conductor que relaciona, a

través del tiempo, unas experiencias con otras en la vida del actor.

- La recreación continua y simultánea de los contextos sociales.

Las Historias de Vida se inscriben dentro del paradigma fenomenológico bajo el supuesto de que la realidad es construida socialmente mediante definiciones individuales o colectivas de una determinada situación; es decir, se busca un entendimiento del fenómeno social, desde la vista del actor.

La tradición fenomenológica da un espacio para el entendimiento, comprensión e interpretación de múltiples posibilidades, en donde se consideran que las interacciones sociales y la experiencia propia están enfocadas desde la preocupación positiva en busca de potencialidades que propicien nuevas formas de ser. Considerando esta postura se buscó facilitar la reflexión sobre el significado y la vivencia del apoyo

familiar alrededor de la experiencia del embarazo en la adolescencia.

Muestra y Unidad de Análisis

Dado el propósito de la investigación, se contó con la participación de una madre adolescente de 18 años y su madre de 48 años con residencia urbana en el norte de la Ciudad de México y cuya selección fue por muestreo intencional. Se privilegió la profundidad y el conocimiento que la participante tiene sobre su propia historia de vida para poder comprender los delicados matices de sus experiencias de maternidad y apoyo familiar.

Técnicas

Se utilizó la entrevista a profundidad con la finalidad de obtener descripciones, entender el mundo de vida desde su perspectiva y desmenuzar el significado de sus experiencias, tanto de la madre adolescente como de su madre. Para comprender el significado de los temas por

parte de las informantes, se investigó desde un acercamiento cualitativo pretendiendo descripciones ricas de los diversos factores de la vida de las personas, en la cual el entrevistador, mantiene una postura neutral ante contenido y eventualidades inesperadas.

La entrevista se centró en las preguntas de investigación con la suficiente flexibilidad para dar cabida a cualquier tema, incluyendo a la ambigüedad y a la contradicción, para enriquecer la comprensión de la experiencia de las entrevistadas.

Esquema del Procedimiento

A continuación, se presenta la secuencia planeada y utilizada para la realización de esta investigación:

- Construcción del marco conceptual correspondiente a la temática del trabajo.

- Contacto con las informantes candidatas para la realización de la entrevista.
- Selección de la informante de acuerdo a compatibilidad de itinerarios. Como criterio de confiabilidad se acuerda incluir a la madre como informante.
- Obtención de la autorización y consentimiento informado respectivos de la informante y su madre para proceder con el proceso de entrevista.
- Realización de la grabación digital de audio de la entrevista completa.
- Transcripción textual de la entrevista completa respetando todo lo expresado por las personas entrevistadas, sin usar interpretaciones personales.
- Codificación de la información obtenida alrededor de vivencias y significados de experiencias sobre el embarazo adolescente.
- Identificación y jerarquización de las categorías emergentes de la reminiscencia.
- Organización de los resultados obtenidos de tal modo que fuera posible la elaboración de conclusiones por parte del equipo de investigadores alrededor del tema de vivencias y significados del embarazo adolescente con base en la reminiscencia de la historia de vida de la informante.

Consideraciones Éticas

Todos los datos de identificación recabados, fueron tratados de manera ética y profesional, no se dieron ni se darán a conocer públicamente. Los nombres y lugares de identificación fueron alterados con la finalidad de mantener el anonimato de las participantes sin alterar la esencia de la información.

Se solicitó consentimiento a las participantes para hacer uso de la información guardando la confidencialidad de los datos sensibles. Se les explicaron las características de la investigación y el derecho de retirarse en cualquier momento de la entrevista.

Las experiencias de vida y significados recabados, no serán utilizadas en ningún momento de manera que busquen dañar a las participantes o a sus familias. El vínculo establecido para la entrevista será de manera momentánea mientras dura la investigación.

Una vez que los datos hayan sido recogidos, codificados y analizados se tendrá la responsabilidad ética de informar los hallazgos con exactitud. Se asegurará que los datos sean utilizados adecuadamente y en el mejor de los intereses la población estudiada.

Criterios de Calidad: Credibilidad

La investigación se llevó a cabo considerando criterios de responsabilidad con las participantes y con la información objetiva.

Respecto a la información se buscó reflejar de manera genuina las ideas de las participantes sin dar lugar a la interpretación, inferencias, juicios o connotaciones personales de los investigadores que hayan podido interferir en la construcción de los significados de las informantes. Para ello las transcripciones se realizaron de manera precisa y completa, respetando los testimonios que obtenidos en las entrevistas.

Con los datos obtenidos se formaron categorías conceptuales, considerando sus propiedades y dimensiones, para poder comprender el tema estudiado.

Dado que la investigación cualitativa considera los contextos propios e individuales de los participantes no es

posible establecer como objetivo obtener una validez externa entendida como una generalidad estadística.

Análisis de la Información

El análisis de los datos tuvo como antecedente la transcripción de la entrevista realizada con los informantes, la cual se dispuso en un esquema de columnas que reflejaran claramente los roles de emisor y receptor; el contenido textual de la entrevista y la codificación pertinente con base en las categorías definidas de acuerdo a las preguntas de investigación.

El proceso general de análisis fue basado en la propuesta de Rodríguez, Gil y García (1999), cuyas actividades se presentan a continuación:

- a. Reducción de datos: Las preguntas de investigación representaron la base para la construcción de las categorías (identificadas por sus iniciales representativas), cuyo

objetivo es apuntar hacia la manejabilidad y el resumen de los datos obtenidos para explorar y construir las respuestas a tales preguntas.

- b. Separación en unidades: Entendida como la segmentación en elementos singulares relevantes y significativos para el estudio, se utilizó el criterio temático, el cual considera a las unidades en función del tema abordado, cuya base fue la categorización definida.
- c. Codificación: En el documento de la transcripción se asignó un indicativo a cada unidad temática representativa, conformado por las siglas de la categoría a la que correspondía, un sufijo numérico secuencial y una marca de color.
- d. Categorización de unidades: Los indicativos de las unidades temáticas mostradas en la tabla 1, fueron agrupados en clases a las que se les

asignó un nombre (subcategoría) que sirvieron como base para la

definición de la categoría dentro de la que se identificó.

Tabla 1
Categorización de Unidades

Categorías	Subcategorías
<p>Vivencia del Apoyo Familiar en la Maternidad adolescente (VAFM)</p> <p>Esta categoría está formada por las acciones y hechos en los que Elsa vive el apoyo otorgado por su familia, tales como apoyo psicológico, cuidados en el embarazo y en la crianza de su hija.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo psicológico VAFM1 2. Cuidados en el embarazo VAFM2 3. Apoyo en crianza VAFM3 4. PMA: <ul style="list-style-type: none"> VAFM4.1 PMA: Apoyo familiar impulsado por la escuela VAFM4.2 PMA: Apoyo familiar VAFM4.3 PMA: Apoyo médico/psicológico VAFM4.4 PMA: Falta de apoyo
<p>Significado del Apoyo Familiar en la Maternidad Adolescente (SAFM)</p> <p>Se refiere a las atribuciones de carácter emocional que adjudica a su experiencia en relación al apoyo familiar recibido.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rechazo SAFM1 2. Gratitud SAFM2 <ul style="list-style-type: none"> SAFM2.1 PMA: Gratitud 3. PMA: Aceptación resignada SAFM3
<p>Vivencia de la Maternidad (VM)</p> <p>Esta categoría hace referencia a la vivencia de la maternidad a través de las experiencias emocionales, de logro y apoyo, dificultades y de adaptación en distintas circunstancias, tales como la escuela, durante el embarazo, en los servicios de salud y en las actividades con la hija.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la escuela <ul style="list-style-type: none"> VM1.1 Desmotivación VM1.2 Apoyo VM1.3 Logros 2. Durante el embarazo <ul style="list-style-type: none"> VM2.1 Desconcierto VM2.2 Diferencia con los padres VM2.3 Estableciendo límites <ul style="list-style-type: none"> VM2.3.1 PMA: estableciendo límites VM2.4 Diferencias con la pareja 3. En los Servicios de Salud <ul style="list-style-type: none"> VM3.1 Orientación 4. Actividades con la hija <ul style="list-style-type: none"> VM4.1 Adaptación
<p>Significado de la Maternidad (SM)</p> <p>Este concepto de maternidad está conformado por todas las ideas, expectativas, cuestionamientos, cambios emocionales, temores y experiencias de aprendizaje que se perciben a partir del embarazo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensando en la escuela <ul style="list-style-type: none"> SM1.1 Interrupción SM1.2 Continuidad <ul style="list-style-type: none"> SM1.2.1 PMA: seguir estudiando 2. Saberse embarazada <ul style="list-style-type: none"> SM2.1 Cambios emocionales SM2.2 Cuestionamiento y culpa 3. Decir “estoy embarazada” <ul style="list-style-type: none"> SM3.1 Miedo a decirle a los padres 4. Tener una hija <ul style="list-style-type: none"> SM4.1 Sentirse reemplazada SM4.2 Aprendizaje

Significado de la Familia para la Madre Adolescente (SF)

En esta categoría se incluyen aquellas atribuciones subjetivas que la madre adolescente adjudica a su percepción con su padre, su madre, con ambos y con su propia pareja en aspectos como; por ejemplo, afectividad, facilitación, actitudes, ejemplos, enseñanzas y dificultades. También se incluye la perspectiva de la madre de la adolescente (PMA) sobre lo que ella considera que son las ideas de su hija en algunas de estas áreas.

1. Padre
 - SF1.1 Cercanía afectiva SF1.1
 - SF1.2 Obtención de facilidades SF1.2
 2. Madre
 - SF2.1 Indiferencia
 - SF2.1.1 PMA: Indiferencia/desconfianza
 - SF2.2 Respaldo
 3. Ambos padres
 - SF3.1 Valía
 - SF3.2 Ejemplo de vida
 - SF3.3 Orgullo
 4. Pareja
 - SF4.1 Dificultades
 - SF4.1.1 PMA: Esperanza de cambio
-

Hallazgos

Luego del proceso de análisis de los datos, es posible presentar la información organizada de acuerdo a las categorías descritas en la sección anterior.

Categoría 1: Vivencia del apoyo familiar en la maternidad adolescente

Una de las primeras formas en que la madre adolescente (Elsa) describe su vivencia del apoyo familiar consiste en que sus padres buscaron apoyo psicológico para ella, tanto en el contexto de terapia individual como grupal lo cual le facilitó un proceso de reflexión sobre su vivencia:

“[Mi mamá] me dijo ‘ven vamos’ [a terapia]...pues a mí me hizo reflexionar mucho porque bueno igual con la otra psicóloga me mandó como a una tipo terapia, pero era con varios de diferentes situaciones”.

Sobre experimentar apoyo familiar en cuanto a su cuidado durante la maternidad lo manifiesta en aspectos financieros:

“En comidas, mis papás [se hicieron cargo de los gastos]. En el embarazo y ultrasonidos y gastos así, él [su pareja] los pagaba”.

En las labores de crianza recalca la labor de sus dos padres, lo cual le ha implicado considerar cierta desatención por su parte en este aspecto:

“Tal vez me he hecho un poco desobligada, que [...] papás me ayuden, y metiendo la mano me ha hecho decir ‘ya, pues ellos lo van a hacer’ o... ‘no creo que tengan el corazón de piedra para no darle de comer’ [a su hija, Suri]”.

Por su parte, la madre de Elsa (Norma) confirma que una forma de apoyar a su hija fue precisamente el buscar apoyo externo en la escuela y con profesionales de la salud:

[En la escuela] “Desde que dijeron que iban a dar ayuda a ella para que siguiera estudiando y luego ver el cambio en los maestros que no me dieron la espalda y que si...que ella tenía que seguir [...] el maestro estaba al pendiente.

[En la escuela de Elsa le informaron que] no había problema, que era una

excelente estudiante y que pues la calificación que tenía en tercero se le iba a pasar al cuarto”.

[Con médicos y psicólogos] “Si tuve apoyo porque gracias a Dios, doctores, una doctora que no me quería atender en el Centro Infantil, el doctor, la doctora muy buena agarró, me dijo, si señora venga porque le vamos a hacer unos estudios porque los requiere y la verdad [...] cuando me decían que era un embarazo de alto riesgo porque era menor, pues con mayor razón sí tenía que estar más al pendiente de ella y pues sí me enfoqué mucho a su embarazo porque eh, la mandaba al centro de salud, el Dr., muy buena gente, ahora sí que la orientaba y aparte, le daba consulta, entonces yo siento que sí tuve mucha ayuda de parte del embarazo de ella [...] y la psicóloga nos ayudó muchísimo, muchísimo nos ayudó”.

“...lleva a Elsa, a ver si este con una psicóloga, digo una este de mujeres... una

ginecóloga, le diga para ver si está embarazada o no”.

Aunque también expresa algunas formas en la que la misma familia; tanto ellos como padres de Elsa, como su pareja (Miguel) y suegra.

a. Padres de Elsa:

[propusieron] “que vivan juntos para que él [Miguel] se haga responsable”.

[sobre la escuela] “mi esposo creo que fue el que la fue a apuntar, no, no es cierto, creo que fue a hacer su examen ella, ah no, yo la ayudé para que, yo le pagué como dos meses, para que la ayudaran a prepararse para el examen [...] en ese aspecto [el padre de Elsa] siempre la ha apoyado, siempre le ha facilitado para la escuela si, o sea, que este muchacho [Miguel] no puede decir que le costó porque mi esposo es el que siempre ha dado para, no sé si cada seis meses tienen que dar una cuota, entonces mi esposo es el que la ha apoyado [...] con tal

de que ella siga estudiando, como se lo dije, por lo menos que puedas defender a tu hija, mi esposo ayudándola a traer por ahora la trae mi esposo”.

“nos turnábamos a cuidar a la bebé, en la noche, yo la cuidaba a la niña, ella se iba a la escuela cuando regresaba ya se la dejaba y yo me bajaba”.

“Tú [Norma, hablando consigo misma] no vas a hacer mal en enseñarle a ser mamá [a Elsa], no vas a hacer mal”.

b. Pareja de Elsa (Miguel):

“ya cuando se alivió sí, entonces si él [Miguel] se acercó [...] Los gastos ellos lo solucionaban, más que nada en este aspecto él nunca ha dejado de trabajar, o sea que en ese caso el chavo si ha buscado como aportar para su hija, en eso sí”.

c. Suegra de Elsa:

“cuando vivió con ellos [familia de Miguel], durante el embarazo, digo,

durante, cuando ya estaba con la bebé, [su suegra] no la dejaba hacer quehacer durante los primeros meses. Ella le daba de comer [...] la cuidaba”.

Sin embargo, también plantea que su madre (la abuela materna de Elsa) se abstraigo de este apoyo:

“No, ella casi no, ya casi no la, como que trató de aislarse [la abuela materna de la adolescente], como que diciendo ‘es problema de ustedes si decidieron’”.

Categoría 2: Significado del apoyo familiar en la maternidad adolescente

Algunas de las formas en que Elsa dio significado a las vivencias del apoyo familiar durante su maternidad, en un principio, fueron a través de ideas de rechazo por parte de sus padres:

“Pues si es que mis papás ya no me van a apoyar, estoy embarazada y no van a...no sé, yo pensaba que me iban a decir ‘¿sabes

qué? Ya te embarazaste, te vas con tu esposo y es tu problema’”.

Aunque después el significado adquiere una forma de gratitud (sobre todo hacia su padre), particularmente al experimentar el éxito académico como una especie de generador de orgullo para él:

“me está correspondiendo al apoyo que le estoy dando” [idea de Elsa sobre el pensamiento de su padre].

En este sentido, Norma parece confirmar esta postura de gratitud de Elsa al suponer también la forma de pensar del padre:

“Ahí tienes, tienes una hija y no por hecho de tener una hija, no puedes salir adelante” [idea de Norma sobre el pensamiento del padre de Elsa].

Además, Norma también expresa un sentimiento de gratitud al escuchar a su hija sobre su experiencia y significado de su apoyo:

“Pues que se siente bonito [ser un ejemplo de vida], porque quiere decir que ella misma está viendo qué es lo que le conviene y que le está sirviendo para que ella misma no se deje enterrada en un mismo lugar donde diga ‘ya no puedo’”.

Sin embargo, al principio del embarazo de Elsa, Norma también atribuyó un significado de resignación ante la situación:

“Pues ni modo...que vivan juntos”.

Por lo anterior, podría decirse entonces que, tanto las vivencias como los significados del apoyo familiar para Elsa estuvieron sujetos a un proceso de cambio que fue de hechos y atribuciones de dificultad hasta una resignificación en dirección a la aceptación y bienestar.

Categoría 3: Vivencia de la maternidad

Para Elsa, el contexto escolar parece ser un factor significativo en la vivencia de su maternidad. Al saberse embarazada, una de

sus primeras reacciones fue la desmotivación para acudir a la escuela:

“Yo iba a la escuela, iba sin ganas, o no me ponía a hacer nada o cosas que me gustaban las hacía y cosas que no pues no, las dejaba así”.

Aunque la actitud de apoyo por parte de personas importantes para ella (en la escuela) resultó ser un factor que pudo modificar su percepción:

“La escuela siempre para mí fue...eh...mi alegría, en el embarazo para mí fue muy muy muy bonito en la escuela porque hubo una maestra que me apoyó así, siempre, me cuidaba, que si ya comiste, que si no comiste vete a comer, que me tenía paciencia y así como ella me ayudaba o me cuidaba [...] hasta el último día que me fui me compraron un pastel para despedirme, entonces para mí esa maestra fue muy importante en mi embarazo”.

“Una de mis compañeras si me dijo ‘¿y qué piensas hacer? O sea, ¿ya te piensas tumbar a la deriva y te vas a juntar y ya?’, ‘no pues que sí’, ‘¿Y qué piensas hacer en un futuro cuando tu hija no quiera estudiar?’, ‘pues obligarla a que estudie’, ‘¿Tienes la posición para decirle ‘tienes que estudiar’ si tu ni la secundaria estás terminando?’, ‘no, pues no’, ‘¿entonces qué esperas?, en un futuro tu hija te va a decir ‘yo no pienso estudiar mamá, si tú no terminaste la secundaria ¿Cómo me obligas a que yo estudie más?’’, y decía ‘no, pues si’. Entonces eso me hizo reaccionar”.

Podría decirse que intercambios como este la llevaron a experimentar una sensación de logro escolar:

“Y todas las levanté [las materias], entonces yo ya sabía que iba a salir con diploma”.

Aunque no sin advertir sensaciones de desconcierto en un principio:

“Yo lo siento como que era un punto como si estuviera yo ida”.

Y también el vivir diferencias con sus padres:

“Mi papá se enojó me dijo ‘pues yo no creo en ese ultrasonido, tú te vas a ir a hacer una prueba y con eso nos vamos a basar’, pero yo me quedé pensando ‘¿Para qué voy a gastar en una prueba, si va a salir positiva?’ O sea, si le estoy enseñando un ultrasonido, entonces él me dijo ‘no, yo quiero una prueba y a mí no me interesa’”.

[Cuando supieron que estaba embarazada] *“Mi papá no me quería hablar; mi mamá estaba enojada, de repente me hablaba bien, de repente no”.*

Lo que dio lugar a que, tanto su suegra como su pareja, comenzaran a querer tomar decisiones por ella, a lo que Elsa responde con el establecimiento límites:

“La señora [su suegra] estaba con la idea de que yo me iba a ir a su casa, donde

era de San Luis y que él [Miguel] iba a ir a vivir allá. Y pues yo ya sabía que...a que le estaba yo tirando si me iba allá y le dije ‘no, yo no me [voy a San Luis]’.

“O sea, ‘te estoy diciendo [a su pareja] que estoy embarazada y que yo no quiero un ambiente para mi hija así [en el que Miguel consumía drogas y alcohol], ¿y tú no lo entiendes?’”.

Norma confirma esta etapa en la que la familia intentó tomar decisiones, sobre todo en el sentido de que el padre de Elsa le sugirió abortar, aunque Elsa se mantuvo firme en su decisión:

“Mi esposo [padre de Elsa] no dijo... si, si, si lloraba también mucho y si la regañaba, incluso le propuso que lo abortara, pero le dijo ella que no, que lo iba a tener [...] habló con ella y le dijo que lo abortara y le dijo ella que no, que lo iba a tener”.

En este contexto, Elsa expresa las diferencias con su pareja:

“Eran problemas con mi esposo, que porque tomaba [...] no me gustaba prácticamente estar con él en el embarazo, entonces para mí eran más como que corajes”.

A pesar de estos momentos de dificultad, Elsa experimenta un proceso de adaptación en lo que respecta a su relación con su hija; en el cual, acude a su madre en busca de aprendizaje:

“En cuanto a Suri, me han ayudado mucho, porque hay cosas que no sé o que me hacen reflexionar, como cuando le gritas y me dicen ‘pero es que cálmate, ¿por qué te pones a gritar?’... y si... porque a veces digo ‘Me siento mal’ ya cuando ya le grité, cuando ya le pegué”.

Puede entonces observarse que Elsa, en la experiencia de su maternidad en el contexto familiar, ha experimentado ciertas

dificultades, ante las que ha reaccionado estableciendo límites con lo que ha podido salir adelante. Este hecho contrasta con su vivencia de su maternidad en el contexto escolar, en el que parece que las dificultades enfrentadas eran de orden interno y personal, en donde el apoyo externo fue un factor importante para enfrentar y resolver los momentos de conflicto.

Categoría 4: Significado de la maternidad

De acuerdo a su discurso, la atribución que ofrece Elsa a la vivencia de su maternidad gira en torno al contexto escolar, al de saberse y al de tener una hija.

Sobre la escuela, el significado de su maternidad fue un proceso que inició en contemplar interrumpir sus estudios:

“Estando ya embarazada, pues yo iba a dejar de estudiar, ya era algo así como que de ley [...] me hizo decir ‘oye ¿y ya no piensas estudiar?’ no pues no...”

Para después considerar la continuidad:

“Tengo que levantar mis materias”.

Sin embargo, Norma parece estar al tanto de la postura de continuidad académica de Elsa:

“Le preguntamos si quería seguir estudiando y ella dijo que sí [...] me dijo que se iba a quedar en el Cetus”.

Por otro lado, el saberse embarazada fue para Elsa un proceso cuyo significado representó una etapa de cambios emocionales: *“Cuando me enteré, en el momento lo sentí como alegría [...] entonces fue cuando me dio el bajón, o sea, al principio fue como que lo quería y cuando me enteré que ya estaba embarazada ya fue como que ‘la regué’.*

Esto, a su vez, la llevó a un periodo de cuestionamiento y culpa:

[A sí misma] “¿Qué hiciste? ¿En qué momento se te nubló, eh, la vista y decir ‘voy

a tener un hijo'?" [...] para mí era una falta el que yo me hubiera embarazado”.

Además, el miedo de notificar particularmente a su padre sobre su embarazo, fue otra experiencia emocional de dificultad:

“Mi mayor miedo era de decirle a mi papá, enfrentarme a mi papá y decirle”.

La relación de su hija Suri con sus abuelos (padres de Elsa); particularmente con el padre, fue otra de las experiencias de su maternidad cuya atribución parece reflejar también una dificultad:

“Me dio un poco el bajón porque mi hija fue el reemplazo mío [para sus padres [...] yo era la consentida de mi papá, entonces mi papel lo pasó a tomar mi hija y como que pues sí, si me dolió porque dije ‘no, no...o sea está bien que sea su nieta, pero no...la importante soy yo’, entonces pues sí, si me costó mucho trabajo entender”.

Este entendimiento parece haber sido fruto de un aprendizaje en cuanto a su propia relación con sus padres:

“Tú tienes una hija [hablando consigo misma] y que a ti no te gustaría que tu hija pensara lo mismo que tú, que dijera ‘no es que, para mí, mi papá lo es todo’ o que te sientas mal porque tú fuiste la que la pariste, la que ha vivido con ella y la que a pesar de todo ha estado peleando constantemente y ¿que tu hija te diga eso?”.

Para Elsa, el significado de su maternidad parece ser caracterizado por dificultades personales: culpa, miedo, fluctuación emocional, rol familiar. En contraste, pero en concordancia con otras categorías, el aspecto escolar parece haber sido un factor de motivación para hacer frente a este proceso complejo.

Categoría 5: Significado de la familia para la madre adolescente

Como se ha venido observando en su discurso en otras categorías, parece que existe en Elsa una cierta predilección por su padre, que podría ser caracterizada por una cercanía afectiva:

“Mi papá era para mí...uff, como una muralla, para mí mi papá era lo más importante [...] sentía que si se moría se me iba el mundo hacia abajo [...] para mí era lo más doloroso que podía yo vivir, que mi papá llorara [...] él me decía las cosas como eran, me decía las cosas a lo derecho [...] siempre hay un punto en qué cosas a mi papá contarle”.

Y por experimentar la obtención de facilidades por parte de su padre:

“Él nos da las cosas con facilidad pues si nos... bueno, a mí me afectó muchísimo y yo vivía en el mundo donde mi papá me da para todo, mi papá era todo y cuando me

junté [con Miguel], el no tener todo me desesperó, porque ya no era lo mismo porque ya es de que tienes que hacer las cosas a fuerzas”.

En contraste, el significado de su madre para Elsa parece estar alejado de lo que siente por su padre:

“Mi mamá me daba igual [...] como que me daba equis, ‘mi mamá, pues ah sí’, o sea, yo sentía que si en algún momento fallecería pues yo decía ‘no pues, se murió y ya, se acabó’”.

Aunque Norma no estaba presente cuando Elsa expresó lo anterior (de su padre y de su madre, respectivamente), parece que sospecha de esta predilección al manifestar cierta desconfianza e indiferencia de Elsa hacia ella:

“De momento no quiso tener confianza, o sea, no me platicó, o sea por qué no me quiso preguntar sobre eso, mamá, qué pasaría si, o sea, no se si no se puso a

pensar qué pasaría si le fuera a fallar el método [anticonceptivo] que según ella puso en práctica [...] ella como que me da a entender que...que no le importa lo que yo diga, eso es lo único que a veces me entristece”.

Con todo, en el momento de la entrevista en que Elsa y Norma estuvieron juntas, Elsa dejó saber que se sentía respaldada por su madre:

“[Siempre hay un punto en] qué cosas puedo pedirle a mi mamá que me dé un consejo [...] sin el apoyo que ella me diera, a la mejor, una, pues a la mejor ni siquiera estaría estudiando, otra pues... entonces sí... ahora lo veo como el punto de que si mi mamá no me hubiera ayudado para que ingresaremos a este hospital pues a lo mejor ni siquiera estaría viva, o a lo mejor, si me hubieran quitado la patria... la custodia de mi hija, entonces lo veo por el punto de que me ayudó mucho no solamente a reflexionar”.

“Lo más importante fue que mi mamá nunca nos dejó, así como un momento en el que Sonia [Hermana de Elsa] se rebelaba o era rebelde pero cuando ya sintió que era necesario [mi mamá] buscó los medios para que reflexionáramos si ella nos hacía reflexionar, buscar el lugar o donde nos hicieron reflexionar o entender que las cosas son como son, que la vida no es color de rosa”.

Al hablar (en presencia de su madre) de ambos padres como unidad, Elsa hace referencia a la valía que le representan:

“Pero ahora ya lo veo por el punto de que para mí mis papás tienen el mismo significado, tanto es valioso mi papá como valiosa es mi mamá, Y qué pues a lo mejor no le puedo contar las mismas cosas a mi papá que a mi mamá, o a mi mamá que a mi papá”.

Ejemplo de vida:

“Como ambos nos lo dijeron, ‘no creo que quieras estar aquí todo el tiempo fregándote el cuerpo cargando cajas y estar en el sol mientras te estamos dando la oportunidad de estudiar, de ser alguien mejor’”.

Y motivo de orgullo:

“Decirle [a su madre] que estaba orgullosa de los papás que tenía, no, nunca se los había dicho”.

Por otro lado, el significado que representa Miguel para Elsa, parece caracterizarse por la dificultad y la duda:

“La verdad yo tengo miedo de que tu [Miguel] después digas ‘no es que siempre ya no’ y que yo me quede con mi hija [...] yo no sé si en cualquier momento tú me digas ‘no, es que siempre ya no’ o que en cualquier momento digas ‘ya me harté’ y te vayas”.

Esto parece contrastar con lo que Norma cree que Miguel representa para Elsa:

“Incluso poquito que me platicó, la veo como que a futuro todavía quiere, así como que planear algo con él [Miguel], o sea, ella piensa que va a cambiar”.

Sobre el significado que tiene la familia para Elsa, resulta interesante observar la contradicción en su discurso con respecto a su madre: a solas parece ser caracterizado por cierta indiferencia; mientras que, en presencia de Norma, por el respaldo. Quizá esto obedece a una actitud de Elsa de brindar respuestas socialmente correctas, aunque Norma, al expresar que percibe también indiferencia y desconfianza por parte de su hija, permite considerar que las respuestas de Elsa, mientras está a solas, son las que mejor representan el significado que tiene su madre para ella.

La predilección y cercanía expresadas hacia su padre durante el discurso general de

Elsa; tanto en ausencia como en presencia de Norma, parecen dar validez al significado puntualizado que tiene aquel para Elsa.

En cuanto a Miguel, Elsa parece no reflejar una afectividad particular; sin embargo, la sospecha de Norma (sobre la esperanza que guarda Elsa de que Miguel cambie) parece que podría justificar a Elsa sobre el porqué no haber expresado abiertamente su afectividad por Miguel, a quien describió como alguien con predilección por ingerir drogas y alcohol.

Discusión

Tradicionalmente se ha estigmatizado la maternidad en la adolescencia señalándola como un “problema” sin cuestionar que esta generalización no refleja las particularidades en las historias de vida de cada una de las adolescentes.

De forma alternativa, Nauar Pantoja (2003), haciendo hincapié en la heterogeneidad de las vivencias refiere que

en muchos casos, la maternidad en la adolescencia llega a ser un medio para reafirmar el deseo de salir adelante y continuar los estudios. En ese sentido, la historia de Elsa permite dar espacio para que puedan emerger aspectos positivos de la maternidad que en ocasiones quedan silenciados por las estadísticas en diversas investigaciones.

Sin duda, el apoyo de la familia así como la forma en que la adolescente haya significado algunas vivencias en distintos escenarios, pueden colaborar para que construya su maternidad como una experiencia de aprendizaje y de posibilidades para seguir desarrollando su proyecto de vida.

A través del relato de Elsa es posible hacer notar los distintos matices de su experiencia que van desde el desconcierto y la culpa por su embarazo hasta la reflexión y motivación por lograr ser reconocida como una madre adolescente que desea un mejor

escenario para ella y su hija. Pareciera que en algunos aspectos este matizaje fue compartido por la familia, la cual al principio reacciona con las respuestas típicas que algunos discursos adultocéntricos tiene señaladas para situaciones como ésta para después empezar a deconstruir algunas de ellas e ir acomodando y construyendo a su tiempo sus propias respuestas dándose como familia un mejor panorama para la maternidad de la adolescente.

Una característica representativa de la vivencia del apoyo familiar en la historia de Elsa es que la madre siempre ha estado presente brindando apoyo directo a su hija y también buscando orientación para su hija. Esto se puede observar, por ejemplo, en el momento en que los padres la respaldan para continuar sus estudios a pesar de que Elsa, en un primer momento, pensó que por el embarazo, no la apoyarían para hacerlo.

Parece importante hacer notar también que el apoyo de la pareja y su familia estuvo

presente mientras vivían juntos, luego de la separación sólo Miguel continúa ofreciéndole respaldo económico.

Sobre los significados para Elsa en relación al apoyo familiar recibido se puede apreciar una evolución que inicia en sentimientos de miedo, incertidumbre, desconcierto y culpa al confirmar su embarazo; sin embargo, la respuesta comprensiva de su familia y el apoyo ofrecido, parecen llevar a Elsa a significados de gratitud hacia su familia implicando una motivación para continuar con calidad su formación académica. En estas circunstancias, parece que en Elsa se desarrolla un sentimiento de correspondencia y reciprocidad dirigida hacia una valoración del respaldo recibido por sus padres.

Elsa ha vivido la experiencia de ser madre como un proceso de aprendizaje, de reconocimiento, tanto hacia sí misma como a los recursos que pueden ofrecerle las personas significativas que forman parte de

su vida. Sin embargo, tal aprendizaje parece haber comenzado con una idea de querer experimentar el ser madre como un evento o hito personal, sin contemplar consecuencias, compromisos y responsabilidades a largo plazo. No obstante lo anterior, poco a poco ha ido incorporando de manera proactiva una visión y una actitud sobre estas omisiones.

Además de percibir el temor descrito anteriormente, parece significativo mencionar que uno de los significados que se modificaron es en lo que respecta a su rol de hija en su familia nuclear, sintiéndose desplazada del lugar de hija preferida, sobre todo de su padre, ahora por su propia hija.

Con respecto al significado que tiene la familia para Elsa, en su papel de madre adolescente, parece importante mencionar lo selectivo de su discurso en función de la presencia o ausencia de su madre. Por ejemplo, al no estar la madre presente su discurso parece ser muy claro en cuanto a su

predilección por su padre y su indiferencia hacia la madre.

Esta predilección paterna toma forma como una cercanía afectiva y dependencia para la resolución o el enfrentamiento de dificultades; y, sobre la indiferencia hacia su madre se ve reflejada en lo menos significativa que resulta para Elsa. Aunque también se puede observar en su discurso que su madre parece representar un puente importante para Elsa y para el fortalecimiento para su relación con su padre.

Por último, en lo que concierne al significado de la pareja para Elsa, se distingue que principalmente es una fuente de incertidumbre en cuanto a la idea de formar una pareja estable; y, en cuanto a sus hábitos de consumo de alcohol y de drogas.

Por lo anterior, podría decirse que el significado familiar para Elsa es uno multifactorial donde convergen diversas

posturas y actitudes sobre ella como madre y los diferentes miembros de su familia. La visión de los aspectos positivos en la experiencia de Elsa no pretende minimizar la importancia de algunos problemas que se pueden ver cotidianamente en las interacciones que los profesionales de la salud tienen con las madres adolescentes, por el contrario, se pretende a través de esta historia de vida, ofrecer una mirada distinta, una mira cualitativa y fenomenológica a la existencia de la diversidad de experiencias, significaciones y prácticas diferentes en relación con la maternidad.

Las necesidades específicas de las madres adolescentes sólo pueden conocerse a través del diálogo a nivel local, precisamente con las propias jóvenes, sus familias y los agentes individuales que representan a las instituciones dentro de la comunidad de la cual forma parte.

REFERENCIAS

- Agurto G. (2012). *Construcción subjetiva de madres adolescentes acerca de su maternidad y proyecto de vida, residentes en sectores vulnerables de la comuna de Cauquenes* (Tesis de maestría). Universidad del Bío-Bío. Concepción, Chile.
- Álvarez, N. C., Pastor, M. G., Linares, A. M., Serrano, M. J., y Rodríguez, O. L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 497-503.
- Bessa, J. M. S., Vasconcelos, F. G., y Oliveira, Q. M. V. (2006). La fenomenología existencial como posibilidad de comprensión de las vivencias del embarazo en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 907-914.

- Escobar, M. y Rodríguez, M. (2011). *Caracterización del embarazo adolescente con énfasis en la comunicación familiar: Caso de estudio Centro de Madres Adolescentes, ubicado en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito*. (Tesis en Sociología). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador.
- Gutiérrez, M. M. A. (2014). *Aproximación cualitativa a los sentimientos, vivencias y necesidades de las mujeres puérperas* (Tesis de maestría). Universidad de Cantabria. Cantabria: España.
- Lugo, A. N. V. (2013). El mundo afectivo de la adolescente embarazada. *Investigación y Educación en Enfermería*, 20(1).
- Nauar Pantoja, A. (2003). Ser alguien en la vida. Un análisis socio antropológico de gravidez y maternidad en la adolescencia. *Cuadernos de Salud Publica*, 19(2), 335-343.
- Reyes, N. S. E., y Tello, P. C. A. (2013). Vivencias de la gestante adolescente en la perspectiva fenomenológica de Heidegger. *In Crescendo*, 4(1), 135-140.
- Rodríguez, G. G., Gil, F. J., y García, J. E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Archidona: Aljibe.
- Ruiz, O. J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Vasilachis, G. I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.