



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA: UN ESPACIO  
PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA  
IDENTIDAD PERSONAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:  
**ANA VICTORIA AMALIA HERNÁNDEZ PASCUAL**

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ  
COMITÉ TUTORIAL: MTRA. NORA CLAUDIA RENTERÍA COBOS  
DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE  
DRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA  
MTRA. MARTHA LÓPEZ ZAMUDIO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

## TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA: UN ESPACIO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD PERSONAL.

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

PRESENTA:  
ANA VICTORIA AMALIA HERNÁNDEZ PASCUAL

DIRECTOR DEL REPORTE:  
COMITÉ TUTORIAL:

MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ  
MTRA. NORA CLAUDIA RENTERÍA COBOS  
DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE  
DRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA  
MTRA. MARTHA LÓPEZ ZAMUDIO

MÉXICO, CDMX

2018

# AGRADECIMIENTOS

A la perseverancia, por acompañarme a cada momento y permitirme ser cada día una mejor versión de mí.

A mi familia: Mari, Sergio, David y Nino. ¡Ustedes son mis pilares! Gracias por acompañarme a cada paso en este logro, es suyo también; por enseñarme que aunque el camino sea difícil te puedes levantar y seguir adelante; por sembrar en mí la curiosidad y el gusto por el conocimiento; por estar siempre al pie del cañón, apoyarme y motivarme; por mostrarme que la distancia no es un obstáculo para seguir unidos; por todo su amor.

A Gina, mi tía por elección. Gracias por apoyarme, escucharme y ayudarme a ver que siempre hay un lado positivo de las cosas.

A mis amigxs Laura, Ana, Mariana, Lupita, Chris, Jimena y Braulio. Gracias por estar en mi vida y permitirme estar en la suya, por todo su apoyo, su cariño, jalones de oreja, momentos inolvidables, aventuras y muchas risas. Sin ustedes no sería quien soy.

A mis cuatro fantásticos. Gracias por compartir su historia y contribuir a la mía, sin ustedes esta aventura no hubiera sido la misma; por todos esos momentos llenos de risas, cariño, desvelos, diferencias y amistad; por el comienzo de una amistad para la vida.

A mis profesorxs. Gracias por sus enseñanzas y por su guía, tanto en lo teórico como en cada proceso terapéutico; por compartir sus experiencias profesionales y personales, sus aprendizajes y habilidades; por colaborar en la construcción de mi ser terapeuta, sus voces siempre me acompañaran.

A mi tutor, Gerardo, gracias por acompañarme en este camino y tus aportaciones para este trabajo; por guiarme, cuestionarme, invitarme a reflexionar y a poner atención en mi persona de terapeuta. A mi revisora, Nora, gracias por siempre invitarme a mirar desde diferentes lugares y contribuir a mejorar este trabajo. Al comité, Paulina, Rosario y Martha, por acompañarme a lo largo de este proyecto y ser parte de la culminación de este logro.

***-Lo único imposible es aquello que no intentas-***

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	3
<b>ABSTRACT</b>	4
<b>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</b>	5
<b>CAPÍTULO 1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL</b>	
1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas	7
1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica	19
1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	19
1.2.2 Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”	20
1.2.3 Instituto Nacional de Rehabilitación	22
1.3 Casos atendidos durante la residencia	24
1.3.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	24
1.3.2 Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”	28
1.3.3 Instituto Nacional de Rehabilitación	29
<b>CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Modelos terapéuticos que guiaron los casos clínicos	30
2.1.1 Terapia Breve Centrado en los Problemas (MRI)	30
2.1.2 Terapia Familiar Sistémica de Milán	46
2.2 Análisis del tema que sustenta los casos clínicos	68
2.2.1 La Identidad Personal	68
2.2.2 Construcción de la Identidad Personal	76
2.2.3 Crisis de la Identidad Personal y su reconstrucción	83

### **CAPÍTULO 3. CASOS CLÍNICOS**

3.1 Caso “La Madurez Emocional”	89
3.1.1 Integración del expediente de trabajo clínico	89
3.1.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica	93
3.1.2.1 Análisis del caso clínico con el tema sustentante	110
3.1.3 Análisis del sistema terapéutico total	113
3.2 Caso “Una Nueva Familia”	116
3.2.1 Integración del expediente de trabajo clínico	116
3.2.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica	130
3.2.2.1 Análisis del sistema familiar	130
3.2.2.2 Análisis basado en los sistemas de significado	143
3.2.2.3 Evolución del sistema familiar en el proceso terapéutico e intervenciones asociadas	147
3.2.2.4 Análisis del caso clínico con el tema sustentante	150
3.2.3 Análisis del sistema terapéutico total	153

### **CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES FINALES**

4.1 Resumen de las habilidades y competencias profesionales adquiridas	161
4.1.1 Teórico conceptuales	161
4.1.2 Clínicas: detección, evaluación y tratamiento	162
4.1.3 Investigación	164
4.1.4 Difusión	166
4.1.5 Prevención	167
4.1.6 Ética y compromiso social	168
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia	170
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional	173
<b>REFERENCIAS</b>	<b>177</b>

# RESUMEN

El programa de residencia en Terapia Familiar promueve la adquisición y desarrollo de aptitudes, habilidades y herramientas para la formación como terapeutas sistémico-construccionistas, con la mira en procurar el bienestar y aumentar la calidad de vida de las personas.

En el presente reporte de experiencia profesional se exponen las diversas actividades realizadas durante la formación, centrandó la atención en la práctica clínica supervisada. Se abordan los principales problemas que presentaron las familias atendidas en las diversas sedes, y se analiza el impacto que tienen en la población diversas problemáticas sociales y económicas.

Se presenta el análisis de dos casos clínicos: uno bajo el modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas (MRI) y otro bajo el modelo de Terapia Familiar Sistémica de Milán; así como las propuestas teóricas y metodológicas de ambos modelos. Además se expone el análisis de los casos clínicos bajo el lente de la reconstrucción de la Identidad Personal.

Se exponen las habilidades y competencias adquiridas en los marcos: teórico-conceptuales, clínicos, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social; las reflexiones de la experiencia de la formación así como las implicaciones de esta en la persona del terapeuta.

Palabras clave: terapia familiar, reconstrucción de la identidad personal, Terapia Familiar Sistémica de Milán, Terapia Centrada en los Problemas.

# ABSTRACT

The Family Therapy program promotes the acquisition and development of skills, abilities and competences for training as a systemic-constructionist therapist, with the aim to ensure well-being and to increase the quality life of people.

In this professional experience report, the diverse activities carried out during the formation are presented, while focusing the attention in the clinical practice supervision. The main problems presented by the attended families in different venues are addressed, and the impact on the population of various social and economic problems is analyzed.

The analysis of two clinical cases is presented: one under the Problem Focused Brief Therapy (MRI) approach and the other one under the Milan Systemic Family Therapy approach; as well as the theoretical and methodological framework of both models. In addition, the analysis of clinical cases is presented under the lens of the reconstruction of Personal Identity.

Also presented are the skills and competences acquired in the theoretical-conceptual, clinical, research, dissemination, prevention, ethics and social commitment frameworks; as well as the afterthoughts of the formation experience and the overall implications of this in the therapist person.

Keywords: family therapy, reconstruction of personal identity, Milan Systemic Family Therapy, Problem Focused Therapy.



# INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En la actualidad reflexionar sobre la familia nos hace pensar en diversidad y en multiplicidad de contextos. Las crecientes transformaciones sociales han tenido fuerte impacto en la configuración familiar, pasando de perspectivas normativas a pluralistas, en las que se despatologizan las diversidades familiares y se permite la expresión de las diferencias. El grupo familiar continúa siendo fundamental para el crecimiento y desarrollo de los individuos, pero las características que tiene cada familia para ejercer funciones de crianza, desarrollo, apego, pertenencia y protección de sus integrantes, varían de familia a familia y son independientes de su configuración (Fruggeri, 2005; Aguilar, s.f.).

La diversidad es un modo de vida, es una forma de construir la realidad a través de la gran variedad de entendimientos y significados que existen sobre el mundo; implica asumir las amplias circunstancias familiares. Esto es, existir plenamente en lo diverso y construirnos como sujetos en la diversidad y no sólo como aceptación y tolerancia (Pérez, 2011).

Frente a la diversidad familiar que existe en la actualidad, también es relevante destacar la importancia de crear nuevas redes de apoyo para estas recientes configuraciones familiares y sociales que consideren los cambios que se presentan en el hogar, las modernas relaciones familiares y los actuales roles de género.

Así mismo, es importante considerar que la aceptación de la diversidad familiar se encuentra en lo público y que en el aspecto privado aún hay mucho que asimilar, ya que, aunque socialmente se están aceptando las diferentes formas de familia, la creencia social del modelo tradicional sigue permeando las formas de convivencia de una gran parte de la sociedad respecto

a lo que “debería ser” (De la Rocha; 1999). Por este motivo es preciso deconstruir el término familia y cuestionar lo socialmente establecido para dar apertura y favorecer a la diversidad.

Aún queda mucho trabajo por hacer para modificar las creencias tradicionales y aceptar la diversidad familiar sin estigmatizarla; para ello se requiere la participación de diferentes estructuras sociales como la escuela, las instancias políticas y legales, los medios de comunicación (información y publicidad), las religiones, los programas de gobierno e incluso las familias mismas.

Ante la diversidad emergente y la multiplicidad de familias que existen, surgen también nuevas exigencias sociales que inciden en las problemáticas familiares, frente a las que se requiere de una intervención interdisciplinaria para abordarlas. Es aquí donde se encuentra el quehacer de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna que, a partir de su epistemología y abordajes con ángulo relacional, dialógico, interaccional y contextual, es una alternativa para dar respuesta a los problemas clínicos que enfrenta la población.

Dado lo anterior, este trabajo tiene el objetivo de dar cuenta de las habilidades y competencias clínicas adquiridas y de asentar los resultados de las actividades realizadas a lo largo de la formación como terapeuta familiar, las cuales abarcan diferentes campos de conocimiento: análisis del campo psicosocial, investigación, experiencia clínica, análisis de casos, difusión y prevención; actividades que se consolidan en la profesionalización del terapeuta para que cuente con el conocimiento y las herramientas necesarias para brindar atención de calidad a la población y coadyuvar en sus procesos de cambio para mejorar su calidad de vida.

# CAPÍTULO 1

## ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

### 1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas

La realidad a la que se enfrentan las familias en México se ha transformado en gran medida en las últimas décadas. Los valores y las concepciones del mundo que se tenían, se han modificado para dar cabida a nuevas formas de relacionarse entre sí y con su entorno: fuertes cambios en los roles de género tradicionales; la inclusión de la mujer en el campo laboral, y del hombre, aunque en menor medida, en el hogar; así como el surgimiento de una amplia diversidad de formas de hogares y familias.

En la actualidad, los diversos modos de familia abarcan familias nucleares, monoparentales, homosexuales, reconstituidas, monoparentales por decisión, extensas, transnacionales, con migración, sin hijos; existen tantas formas de familia como personas. Aún con esta diversidad, en México el 50% de la población aún vive en “familia tradicional”, entendida como aquella que se conforma por mamá, papá e hijos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010).

En nuestro país la mayoría de los hogares son familiares (89.8%) y se clasifican en tres tipos, según la relación de parentesco que exista entre sus miembros. Los “nucleares” (72.1%) se constituyen por un jefe de familia y su cónyuge sin hijos; o un jefe de familia, cónyuge e hijos; o bien un jefe de familia sólo con sus hijos. Los “ampliados” (24.1%) se componen por un hogar nuclear y al menos otro familiar. Los hogares “compuestos” (3.8%) están integrados por un hogar nuclear o ampliado y al menos otro miembro sin parentesco familiar. Los hogares no familiares

(9.3%) son aquellos donde ninguno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar; se clasifican en “corresidentes” (5.4%), al menos dos personas sin relación familiar; y “unipersonales” (94.6%), una sola persona (INEGI, 2012; INEGI, 2015d).

El crecimiento cuantitativo y la mayor visibilidad de algunas de estas formas de hacer familia han contribuido, muy probablemente, al mayor reconocimiento social y legal que actualmente se hace de ellas, contrarrestando la imagen estigmatizante característica de otras épocas (Abad et al., 2013). No hay un modelo de familia mejor que otro, no obstante es importante que, en cualquiera que sea el modelo de familia, prevalezca una buena relación, comunicación y expresión de afecto entre sus integrantes, ya que estos ayudan a su desarrollo y, si es el caso, a la crianza de los hijos.

Aunado a las transformaciones que viven las familias, se enfrentan a diversas problemáticas que impactan en su desarrollo, bienestar, calidad de vida y formas de relacionarse, tales como: la violencia intrafamiliar, problemas de salud mental, el aumento de divorcios y/o separaciones, los problemas económicos y la falta de tiempo para la convivencia familiar, la falta de acceso a servicios de salud, y el padecimiento de enfermedades crónicas y degenerativas (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015; Espinosa, 2009; Welti, 2015).

### **Violencia Intrafamiliar**

La violencia intrafamiliar es una de las problemáticas que mayor incidencia tiene entre la población mexicana, principalmente en mujeres, jóvenes y niños; y de la que sólo se denuncia alrededor de un 10% de los casos. Los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011, indicaron que 63 de cada 100 mujeres mayores de

15 años han sido receptoras de al menos un acto de cualquier tipo de violencia, siendo la emocional la que tiene mayor prevalencia (44.3%) y como principal agresor su pareja (43.1%). Así mismo, de estas mujeres, el 25.8% han sufrido violencia física, 11.7% violencia sexual, 56.4% violencia económica y el 89.2% violencia psicológica. A estas estadísticas se suman los casos de homicidio, que en las mujeres de 15 a 29 años es la principal causa de muerte; se estima que del 2013 al 2015 fueron asesinadas en promedio siete mujeres por día. Es importante recalcar que los tipos de violencia no son excluyentes y que se pueden vivir varios tipos de violencia al mismo tiempo (Gracia, 2002; INEGI, 2013; INEGI, 2016a).

A pesar de que el porcentaje más elevado es el de violencia emocional, ésta es difícil de detectar, en parte por factores culturales, y porque legalmente no fue reconocida sino hasta 1996, año en el que se aprobó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (Rojas, 2013).

En el caso de los niños, el Informe Nacional señala que en México se reciben, en promedio, cuatro casos de maltrato infantil diarios y que 2 niños menores de 14 años mueren cada día a causa de la violencia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], s.f.) Los resultados de la Encuesta sobre Violencia en la Familia muestran que la mayor parte de los niños que viven maltrato es por parte de sus padres u otros parientes (61.2%); el 30% vive omisión de cuidados, el 25% maltrato físico, el 23% emocional, y el 22% algún tipo de negligencia, explotación, abuso sexual o abandono (Espinosa, 2009).

El Índice de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia Mexicana reportó que, por semana, 12 adolescentes fueron asesinados y 10 se suicidaron; y, siguiendo esta línea, el Informe Anual de UNICEF (2014) indica que 7 de cada 10 jóvenes viven violencia en su relación de noviazgo, y entre

el 55% y 62% de los adolescentes han sufrido algún tipo de maltrato en algún momento de su vida (UNICEF, s.f.).

### **Salud Mental**

Otra situación que afecta a las familias mexicanas es el incremento en problemas de salud mental, principalmente debido al entorno en el que éstas se desarrollan. Los determinantes para los problemas de salud mental no sólo están relacionados con las características individuales de las personas, sino también con factores sociales, políticos, culturales, económicos y ambientales; según sean las características del entorno, las personas tendrán mayor o menor probabilidad de presentar algún problema de salud mental a lo largo de su vida. Aquellas familias que viven en pobreza y en violencia, personas con problemas de salud crónicos, consumo de alcohol y/o sustancias, niños expuestos al abandono, poblaciones indígenas, personas de la tercera edad, personas con diversidad en su preferencia sexual, están más propensas a tener problemas de salud mental (Urbina, 2015).

En México, la atención que existe no es suficiente para la detección temprana y atención puntual a las personas con problemas de salud mental. Acorde a la información manifestada en el foro “Retos de la psicología en el campo de la salud mental, desafíos del siglo XXI”, en el país existen 12 psicólogos por cada 100 mil habitantes, de los cuales solo 1.4 se orienta a tratar casos de salud mental (Cámara de Diputados, 2017). Se estima que el 28.6% de la población ha presentado algún problema de salud mental, y solo una de cada cinco personas recibe tratamiento (Secretaría de Salud, 2014).

Los principales problemas de salud mental reportados en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) son: ansiedad (14.3%), depresión (9.1%) y consumo de alcohol (9.2%). La ansiedad y la depresión se presentan con mayor frecuencia en las mujeres y el consumo de alcohol en los hombres, mientras que la ansiedad tiene más prevalencia y cronicidad en la población adulta (Medina-Mora et al., 2003).

Los resultados de la ENEP señalan que la depresión es más frecuente entre las mujeres (10.4%) que entre los varones (5.4%). Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: ser mujer, dedicarse al hogar, cuidar a algún enfermo grave, un nivel socioeconómico bajo, el desempleo, vivir violencia, consumir alcohol o drogas, y la migración (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013). Ligado a la depresión, se encuentra el suicidio con un indicador de 5.2 por cada 100 mil habitantes, siendo más frecuente en hombres (8.5) que en mujeres (2.0); es importante resaltar que el 41.3% de la tasa de suicidio se concentra en edades de 15 a 29 años (INEGI, 2017a).

### **Situación Conyugal**

Por otro lado, la situación conyugal de la población mexicana ha cambiado drásticamente en los últimos años. La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del 2016 reportó que más de la mitad de la población mayor de 15 años está casada (58.1%); el 10.5% está separada, divorciada o viuda; y el resto son solteros. No obstante, las estadísticas señalan que el índice de nupcialidad ha disminuido, siendo de 4.6 por cada 1000 habitantes, mientras que el número de divorcios ha aumentado significativamente, con un indicador de 22.3 divorcios por cada 100 matrimonios para el 2015 (INEGI, 2017b; INEGI, 2015a).

En 15 años -del 2000 al 2015- el número de divorcios aumentó 136.4% mientras que el de matrimonios se redujo un 21.4%. Es muy factible que esta situación se deba a una respuesta de la población ante las transformaciones de la sociedad y ante la falta de cambio de las instituciones que no responden a las necesidades de los individuos, por lo que hay una mayor preferencia de la personas de vivir en unión libre (Welti, 2015; INEGI, 2017b).

Además, otro factor que puede incidir en el aumento drástico del porcentaje de divorcios es la reforma al Código Civil, realizada en 2008, en la que se eliminaron las causales de divorcio así como los juicios de divorcio necesario y voluntario, y se implementó el divorcio incausado. Esto significa que desde esa fecha, si una persona expresa la voluntad de divorciarse puede solicitarlo sin tener que justificar su deseo (Méndez, 2014).

### **Situación Económica**

Otra de las problemáticas relevantes que afectan a la población, es que la posibilidad de crecimiento económico, laboral y social de las familias es cada vez más limitada, hay falta de oportunidades laborales y cuando se presentan es difícil que sea un trabajo bien remunerado y con garantías de estabilidad y prestaciones, lo cual reduce la viabilidad para acceder a la seguridad social (servicios médicos y pensión digna). Aunado a ello, aunque la educación básica es gratuita, se presenta un alto nivel de abandono escolar, principalmente por carencia o escasez de recursos económicos, lo que obliga a muchos niños y jóvenes a contribuir a la economía del hogar en lugar de ir a la escuela.

En México, el ingreso total trimestral promedio por hogar es de \$41, 263.87, y oscila entre los \$34, 645.32 y los \$46,331.64 según el número de perceptores que residan en el hogar; acorde



a la Encuesta Nacional de Hogares (ENH) 2014, el tamaño promedio de hogar es de 4 miembros, lo que significa que el ingreso mensual por persona que reside en el hogar es de \$3,438.65 (suponiendo que todos los miembros del hogar aportan económicamente); en esta cifra hay que considerar que es un promedio del país, lo que significa que hay hogares que tienen menor o mayor ingreso. Al comparar los ingresos de los hogares con mayor entrada económica con aquellos con el menor, se evidencia que el 10% de los hogares con mayor percepción económica recibe casi 20 veces más recursos que el 10% más pobre (INEGI, 2014; Gómez, 2016).

Debido a las condiciones laborales que vivimos en el país, el sostenimiento del hogar se logra por la aportación de dos o más miembros, según tengan edad para trabajar. Conforme a la ENOE de 2015, de los hogares con jefatura masculina, el 85% es económicamente activo mientras que de los que tienen jefatura femenina es poco más de la mitad (53.4%) las que cuentan con trabajo remunerado, y de éstas una de cada 10 están en condiciones inadecuadas de empleo. (INEGI, 2016b). Tomando en cuenta que en México el salario mínimo para 2017 es de \$80.04 (Secretaría de Administración Tributaria [SAT]), es evidente que los ingresos de las familias son insuficientes a todas luces para satisfacer los requerimientos básicos de alimentación, vivienda, salud, educación y entretenimiento de la familia.

Arriagada (2007) señala que una estrategia de solución económica para el grupo familiar es la migración, la cual puede llevar a la fragmentación de las familias de manera más o menos permanente, ya que obliga a que algunos de sus miembros vivan separados la mayor parte del tiempo, lo que puede generar resentimientos y quiebre de la unidad familiar. Esta situación plantea la necesidad de crear nuevas formas de relaciones familiares, tanto en los países de origen como en los de llegada.

Por otro lado, la situación económica impacta directamente en la convivencia familiar y la atención a los hijos, ya que al tener que trabajar ambos padres casi todo el día, estos se ven en la necesidad de acudir a la familia extensa o a instituciones para el cuidado de los hijos, cuando se tienen esas posibilidades, otras veces los hijos se quedan solos y desatendidos.

### **Servicios de Salud**

El acceso a los servicios de salud es otra de las problemáticas que enfrentan las familias en México; acorde a la Encuesta Intercensal de 2015, el 82.2% de la población está afiliada a servicios de salud, de ésta, el 39.2% está afiliada al IMSS, el 7.7% al ISSSTE y el 49.9% al Seguro Popular y el resto en otras instituciones; sin embargo casi el 20% de la población se encuentra desprotegida al no contar con servicios de salud (INEGI, 2015c). Aunado a esto, el gobierno federal recortó 15,000 millones de pesos al sector salud en los últimos años, lo que afectará en un futuro a las instituciones que tendrán una atención más limitada y con menor calidad de atención a los derechohabientes (Jiménez, 2016).

Además de lo anterior, la SSA (2014) señaló que aunque hay una notoria disminución de enfermedades infectocontagiosas, se ha registrado un aumento en padecimientos crónico-degenerativos así como de problemas de salud mental. Las principales enfermedades crónico-degenerativas, que requieren de un mayor presupuesto para su atención, son: diabetes, cáncer, padecimientos cardiovasculares, cerebrovasculares, neumonía, enfermedades crónico-respiratorias, hipertensión, obesidad y enfermedades del hígado. Esto representa una dificultad para los servicios de salud pública, ya que el IMSS y el ISSSTE tienen una mayor cobertura en cuanto a enfermedades y tratamientos, pero el Seguro Popular, al que está afiliado casi la mitad

de la población, está limitado en cuanto a las enfermedades que atiende entre las que se encuentran eventos cardiovasculares, insuficiencia renal, esclerosis múltiple y el cáncer de pulmón (Jiménez, 2016).

Otro aspecto importante a destacar, es que aún con la afiliación a algunos de los servicios de salud, con mucha frecuencia las familias de México tienen que cubrir una parte de los tratamientos que requieren debido a la falta de abastecimiento de estos en la institución o porque no se manejan. Así mismo, cuando se trata de enfermedades crónico-degenerativas, el gasto se eleva ya que son tratamientos largos y costosos, lo que pone en riesgo la economía de las familias (Jiménez, 2016).

### **Discapacidad**

La discapacidad es una problemática multidimensional; aquellos que se ven afectados enfrentan barreras físicas, sociales y económicas que las excluye de participar como miembros iguales de la sociedad; además la discapacidad no sólo afecta a quien la padece, sino que también tiene repercusiones en la familia, la comunidad y en las relaciones interpersonales (Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL], 2016). En México, según los datos del INEGI, la discapacidad tenía, en 2014, una incidencia en el 6% de la población, lo que equivaldría a poco más de 7 millones de personas, de las cuales casi la mitad (47.3%) son adultos mayores, y el 34.8% son adultos entre 30 y 59 años de edad (INEGI, 2016c; INEGI, 2015e).

Una persona con discapacidad, acorde con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, es *“aquella que tiene una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del*

*entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a los demás”* (INEGI, s.f.). En este sentido, la discapacidad abarca las dificultades para caminar y moverse; ver, aún usando lentes; hablar, comunicarse o conversar; oír, aun usando aparato auditivo; vestirse, bañarse o comer; poner atención o aprender cosas sencillas; y alguna limitación mental (SEDESOL, 2016).

La enfermedad y la edad avanzada son las principales causas de discapacidad; los problemas relacionados con el nacimiento se encuentran en el segundo lugar en las discapacidades del habla y comunicación (31.8%) y en los emocionales y mentales (18.1%); y los accidentes originan el 14.1% de las discapacidades relacionadas con mover las extremidades superiores y el 16.2% en el caso de las extremidades inferiores. Según las estadísticas, por cada 100 personas con discapacidad 41 la adquieren por alguna enfermedad, 33 por edad avanzada, 11 por nacimiento, 9 por algún accidente, 5 por otra causa y 1 por violencia (INEGI, 2015e).

Los miembros de la familia son los principales cuidadores de las personas con discapacidad; sin embargo éstos no se encuentran preparados para afrontar una situación así y no cuentan con los suficientes conocimientos sobre la discapacidad que tienen que enfrentar; van adquiriendo éstos según la situación y el rol que le toca vivir a cada miembro. Además de las dificultades de la propia discapacidad, se suman los conflictos de la vida diaria así como los que surgen entre los miembros de la familia. Del total de hogares en México, el 18% tiene al menos una persona con discapacidad, de los cuales 89.9% son familiares, 8.8 % son unipersonales y 1.3% corresidentes (INEGI, 2015e; García y Bustos, 2015).

Dentro de las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad y sus familias se encuentran: deficiente acceso a la educación, menor nivel educativo, empleos sin acceso a

servicios de seguridad social, baja participación en el mercado laboral, deficientes acciones en favor de la inclusión social, percepciones erróneas sobre sus aptitudes, limitada atención de los servicios de salud, escaso personal médico capacitado con un perfil multidisciplinario, medicamentos insuficientes en los centros de atención, medios de transporte no incluyentes, incipiente accesibilidad a los sistemas públicos y privados, pocas vialidades accesibles, y material pedagógico y equipo de trabajo médico no acondicionado (SEDESOL, 2016). En este sentido, las estadísticas del INEGI (2015e) señalan que de la población discapacitada: el 83.3% es derechohabiente de servicios de salud, el 23.1% de las personas con discapacidad de 15 años y más no cuentan con algún nivel de escolaridad, sólo el 39.1% con más de 15 años participa en actividades económicas y el 30.5% tienen una discapacidad que les impide trabajar.

Derivado de lo anterior, algunos de los principales efectos de esta problemática son el poco desarrollo económico y capacidades productivas de las personas con discapacidad; limitado desarrollo humano para una vida independiente, lo que genera dependencia hacia la familia; y numerosos episodios de discriminación que fomentan el bajo empoderamiento de estas personas (SEDESOL, 2016).

A grandes rasgos, estas son solo algunas de las problemáticas que enfrentan las familias mexicanas. Las estadísticas son alarmantes y evidencian que aún hay mucho por hacer para mejorar el entorno en el que se desenvuelven, ya que el impacto que tienen dichas situaciones generan grandes costos personales y sociales en la población mexicana. Los individuos se ven mermados en su capacidad para desarrollarse; aumentan las dificultades de adaptación a las situaciones que se presentan, para regular sus emociones y relacionarse con otros; aumento de

delincuencia y adicciones; disminución de la participación en el mundo laboral y social; así como un impacto intergeneracional y en la calidad de vida de las personas.

Aunque las familias y el contexto sociocultural se han ido transformando, las políticas públicas, sociales y laborales van rezagadas por lo que dificultan un equilibrio en el bienestar de los integrantes que las componen. Hace falta desarrollar políticas acordes a los cambios en México, que abarquen la diversidad de familias, faciliten los procesos administrativos y legales, aumenten la difusión de información y acceso a la misma, mayor educación, tanto en lo profesional como en lo personal, que cubran las necesidades básicas de los individuos, se enfoquen en la prevención y atención de problemas tanto de salud como de salud mental y emocional.

Aún hay mucho camino por recorrer para modificar las creencias tradicionales y permitir la diversidad familiar sin estigmatizarla; para ello se requiere la participación de diferentes estructuras sociales para coadyuvar a propiciar estos cambios tales como: la escuela, las instancias políticas y legales, los medios de comunicación, las redes sociales, los programas de gobierno e incluso las familias mismas.

La situación que vivimos en el país compete a todos, y desde un ámbito profesional aquí es donde este trabajo tiene lugar, en el ámbito de nuestro quehacer como terapeutas familiares. Conocer el contexto en el que se desenvuelven las familias e individuos con los que trabajamos ayuda a poder entender y comprender mejor el escenario y los retos que enfrenta el terapeuta, y le brinda mejores herramientas para desarrollar su trabajo, tanto para la prevención como para la intervención, así como para deconstruir y construir nuevos significados que permitan mayor bienestar y calidad de vida para las familias.

## **1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica**

El programa de residencia en Terapia Familiar tiene como objetivo formar a terapeutas con un enfoque sistémico-construccionista y relacional, por lo que dentro del programa de formación se incluye la práctica clínica que permite poner en acción el conocimiento adquirido de los diferentes modelos terapéuticos, así como desarrollar las habilidades y competencias clínicas que nos permitan, a los terapeutas en formación, contribuir al desarrollo humano, la calidad de vida y el bienestar de los consultantes. A continuación presento una descripción de las sedes en donde realicé mis prácticas clínicas.

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

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP) fue el primer Centro de Atención Comunitaria en la Facultad de Psicología, oficialmente se inauguró en mayo de 1981 y adquirió su autonomía en 1983. Actualmente forma parte de la Coordinación de los Centros de Servicio de la Comunidad Universitaria y el Sector Social (Universia, 2009).

El CSP busca ofrecer un servicio de asistencia psicológica de calidad a niños, adolescentes y adultos, en relación a evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación e investigación de diversas problemáticas desde los distintos enfoques teórico-metodológicos y modalidades de tratamiento (individual, de pareja, familiar o grupal).

Sus objetivos se centran en ofrecer a los estudiantes de licenciatura y posgrado un espacio para fortalecer la formación teórico-práctica: desarrollar, actualizar y consolidar sus habilidades profesionales a través de enseñanza práctica y supervisión constante por especialistas; además,

ser una sede para el desarrollo de proyectos y programas de investigación; y ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social (Gv, 2013).

La infraestructura del CSP es apropiada para llevar a cabo la atención psicológica a la comunidad, cuenta con cubículos para terapia individual, pre consulta y retroalimentación biológica; cámaras de Gesell equipadas con equipo de audio y videograbación, espejo bidireccional de observación; mobiliario necesario para las diversas formas de atención; sala de espera y recepción.

Existe una gran demanda de atención de servicio en el Centro, por lo que el proceso de admisión es riguroso. Una vez que las personas han hecho su solicitud y entrevista inicial, se hace una valoración según el motivo de consulta y la información obtenida en la entrevista para canalizarlos a los diferentes programas de formación que existen.

Al ser un Centro de formación, los estudiantes toman casos como terapeutas, co-terapeutas o equipo terapéutico, siempre bajo supervisión en vivo o narrada por profesionales especializados. La supervisión contempla diferentes momentos: pre-sesión, sesión, pausa y post-sesión; en cada uno de éstos se insta al terapeuta en formación a analizar y poner en práctica sus habilidades terapéuticas y conocimientos teórico-metodológicos. Así mismo, los supervisores promueven que los estudiantes guíen su trabajo con responsabilidad, ética, confidencialidad, respeto, confianza y compromiso.

### **1.2.2 Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”.**

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAPLV) inició actividades en Septiembre de 2005; surge por iniciativa del Movimiento Popular de los Pueblos y Colonias del



Sur (Ciudad de México) en colaboración con la Facultad de Psicología, UNAM, con el propósito de incidir en la calidad de vida de la comunidad y ofrecer servicios de atención de salud mental de calidad (Universia, 2009).

Los objetivos del CCAPLV se dirigen a proporcionar servicios de evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención y/o referencia institucional para niños, adolescentes y adultos a nivel individual, grupal o familiar; participar en la formación de estudiantes de licenciatura y posgrado mediante supervisión clínica; y realizar actividades preventivas que fomenten la salud psicológica y el desarrollo integral comunitario, así como investigación orientada a la detección de necesidades emocionales y psicosociales (Paz, 2016).

Ante la creciente demanda de atención que ha tenido el centro, se han implementado diversas formas de trabajo que permitan tener una mayor efectividad en el proceso de admisión al centro para disminuir el tiempo de espera para recibir atención, sin perder la calidad de los servicios ofrecidos.

El modelo de admisión con el que se trabaja actualmente se compone de cuatro fases: contacto inicial, recepción (entrevista inicial), comité evaluador y respuesta-acción. Este modelo beneficia tanto a las personas que solicitan atención cómo a los estudiantes en formación, ya que agiliza el proceso de asignación de tratamiento o de canalización institucional y permite la participación de los estudiantes durante todo el proceso de admisión, en especial en la fase del comité de evaluación.

En la evaluación de las solicitudes de atención y entrevistas participan supervisores y estudiantes de distintos programas académicos, lo que promueve una integración de diferentes enfoques teórico-metodológicos que ayudan a ampliar el panorama de comprensión del

problema. Se genera un espacio que da cabida a ver con distintos lentes las problemáticas presentadas así como las diversas propuestas de intervención, lo que genera una mejor posibilidad de atención para los solicitantes y de aprendizaje integral para los alumnos en formación.

Una vez que los casos son asignados a los diferentes programas, los terapeutas o coterapeutas reciben supervisión en vivo o narrada, en la que se busca hacer un análisis del proceso terapéutico y de las intervenciones realizadas, además de promover el desarrollo de habilidades terapéuticas y la mejora en la atención proporcionada.

### **1.2.3 Instituto Nacional de Rehabilitación.**

El Instituto Nacional de Rehabilitación [INR] (2017) se crea, en 1997, a partir de la fusión institucional del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana, y actualmente es una institución líder en atención médica de alta especialidad a nivel nacional y en Latinoamérica.

Las actividades principales del Instituto están orientadas al tratamiento de la discapacidad en sus diferentes modalidades, desde la prevención hasta la rehabilitación, mediante la investigación, la formación del capital humano y la atención médica (INR, 2017).

Tiene como misión proporcionar un servicio integral: físico, psicológico, social y ocupacional para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, la audición, la voz, el lenguaje, el sistema cardiorrespiratorio y las lesiones deportivas. Estos servicios se logran a partir de la participación activa del equipo multidisciplinario hospitalario así como la colaboración de la familia y la comunidad (INR, 2017).

En relación a la atención psicológica, el INR ofrece el servicio de terapia individual y familiar, el cual depende del servicio de rehabilitación integral. Los pacientes que llegan al servicio de terapia familiar son referidos por psicólogos que atienden en terapia individual y consideran que es necesario otro nivel de atención.

Las principales problemáticas por las que las familias son derivadas a este servicio se relacionan con el impacto y significado de la discapacidad o de la enfermedad en los diferentes integrantes de la misma, el efecto que esto tiene en sus relaciones interpersonales, así como con otras situaciones que repercuten en el paciente, su tratamiento y en la familia.

El espacio para la atención terapéutica cuenta con dos cámaras de Gesell equipadas con equipo de audio y espejo bidireccional de observación; lo que permite la supervisión en vivo de las sesiones. La supervisión contempla diferentes momentos: pre-sesión, sesión, pausa y post-sesión; aunado a estos, durante la sesión el supervisor puede llamar al terapeuta para hacer recomendaciones u observaciones sobre el proceso, los temas abordados o posibles preguntas para la intervención; en este sentido, el supervisor exhorta al terapeuta en formación a analizar y poner en práctica sus habilidades terapéuticas y conocimientos teórico-metodológicos, así mismo lleva al terapeuta a reflexionar sobre su participación en el sistema terapéutico y a analizar lo que resuena, es decir, poner atención en la persona del terapeuta. Esta sede permite al terapeuta trabajar en un equipo interdisciplinario y con perspectiva hospitalaria, ampliando así su experiencia clínica en formación.

### 1.3 Casos atendidos durante la residencia

A lo largo de la formación como terapeuta familiar fui partícipe de 67 procesos terapéuticos en las tres sedes donde realicé mi experiencia clínica. Las principales problemáticas con las que trabajamos giraron en torno a problemas de pareja, dificultades en la comunicación familiar, violencia, infidelidad, dificultad para la expresión de emociones y reorganización familiar.

#### 1.3.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

En el Centro de Servicios Psicológicos atendimos un total de 46 casos, de los cuales participe en seis como coterapeuta, en uno como terapeuta, en otro como terapeuta relevo, en 19 como equipo terapéutico, en 17 como equipo reflexivo, y en dos como equipo terapéutico y reflexivo. De estos, 32 fueron dados de alta, ocho no continuaron el proceso, uno se derivó y seis continúan la atención. En la tabla 1 se describe la modalidad de atención, el motivo de consulta, el modelo terapéutico, la duración y el estado del proceso de terapia.

*Tabla 1.* Descripción de los casos atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” durante la formación como terapeuta familiar.

Caso	Tipo	Terapeutas	Participación	Supervisor	Motivo de Consulta	Modelo	No. de sesiones	Estado del proceso	
1	M.G.C.C	Individual	Victoria y Anayanci	Coterapeuta	Luz María Rocha	Separación de pareja, violencia	Estratégico	9	Alta
2	S.E.O.H.	Individual	Victoria y Anayanci	Coterapeuta	Luz María Rocha	Develación de secreto familiar	Estratégico	1	Alta
3	P.V.C. y M.R.R.	Pareja / Individual	Victoria y Anayanci	Coterapeuta	Noemí Díaz	Violencia en la pareja, celos	Integración de Modelos	16	Alta
4	D.D.	Individual	Victoria y Vianey	Coterapeuta	Miriam Zavala	Problemas con control de enojo	Terapia Breve MRI	1	Baja
5	I.G.	Individual	Victoria y Vianey	Coterapeuta	Miriam Zavala	Separación de pareja	Terapia Breve MRI	7	Alta
6	ANP	Individual	Victoria	Terapeuta	Nora Rentería	Dificultad para controlar enojo	Sesión única	1	Alta

7	Fam. T.M.M.	Familiar	Victoria y Angélica	Coterapeuta	Gilberto Limón / Flavio Sifuentes	Problemas de comunicación y conducta, adicción	Colaborativo	12	Alta
8	F.M. y M.A.H.	Pareja	Vianey, Victoria, Ricardo y Lucía	Terapeuta relevo	Miriam Zavala	Problemas en el área sexual, infidelidad	Centrado en soluciones	9	Derivado
9	Fam. J.R.	Familiar	Marilú y Ricardo	Equipo terapéutico	Luz María Rocha	Disfemia	Estratégico	3	Alta
10	Fam. J.G.	Familiar	Marilú y Ricardo	Equipo terapéutico	Luz María Rocha	Problemas escolares	Estratégico	4	Alta
11	A.C.	Individual	Lucía y Vianey	Equipo terapéutico y reflexivo	Luz María Rocha / Nora Rentería	Separación de pareja, problemas conducta de hija	Estratégico / Colaborativo	27	Alta
12	Fam. P.R.	Familiar	Lucía y Ricardo	Equipo terapéutico	Noemí Díaz	Crisis familiares por problemas de salud	Integración de Modelos	14	Alta
13	Fam. S.	Familiar	Vianey y Paola	Equipo terapéutico	Noemí Díaz	Duelo - Estructura familiar	Estructural	13	Alta
14	A.T.	Familiar	Vianey y Paola	Equipo terapéutico	Noemí Díaz	Crisis Familiar, comunicación con los hijos	Integración de Modelos	16	Alta
15	I.V.A.	Individual	Lucía y Ricardo	Equipo terapéutico	Noemí Díaz	Abandono	Integración de Modelos	6	Alta
16	Fam. N.	Familiar	Vianey y Paola	Equipo terapéutico	Noemí Díaz	Problemas familiares; comunicación madre-hijo. Familia reconstruida.	Integración de Modelos	1	Baja
17	Fam. V.G.	Familiar	Marilú y Angélica	Equipo terapéutico	Noemí Díaz	Problemas de ansiedad, hiperactividad infantil, padre en prisión	Integración de Modelos	7	Alta
18	Fam. I.G.A.	Familiar	Marilú y Angélica	Equipo terapéutico	Noemí Díaz	Reorganización familiar tras infidelidad y separación	Integración de Modelos	9	Alta
19	I.E.F.V. y M.M.N	Pareja	Angélica, Paola, Marilú y Anayanci	Equipo terapéutico	Miriam Zavala	Infidelidad en la pareja	Centrado en soluciones	8	En proceso

20	R.B.V y F.G.M	Pareja	Ricardo	Equipo terapéutico	Carolina Díaz-Walls	Dificultades de comunicación	Soluciones / Milán	12	Baja
21	E.G.R.	Familiar	Paola	Equipo terapéutico	Carolina Diaz-Walls	Dificultades de interacción, alcoholismo del hijo y Dx Esquizofrenia dual	Estructural/Milan	36	Alta
22	Fam. S.	Familiar	Angélica	Equipo terapéutico	Carolina Díaz-Walls	Separación de pareja, límites madre e hija.	Estructural	5	Baja
23	J y K	Pareja	Vannesa, Anayanci y Lucía	Equipo terapéutico	Vannesa Guzmán	Violencia en la pareja	Integración de Modelos	26	Alta
24	G. A.	Individual	Vianey	Equipo terapéutico	Gerardo Reséndiz	Relación con hijo, conducta problemática del hijo.	Milán	3	En proceso
25	Fam. R. V.	Pareja	Paola y Gerardo	Equipo terapéutico	Gerardo Reséndiz	Celos, infidelidad, falta de confianza	Milán	8	Alta
26	S.A.R	Familiar	Marilú	Equipo terapéutico	Gerardo Reséndiz	Problemas de hiperactividad, relación madre-hijo, organización familiar	Milán	2	En proceso
27	Fam. G.G.	Familiar	Anayanci y Lucía	Equipo terapéutico y reflexivo	Gilberto Limón / Flavio Sifuentes	Problemas de salud en todos los miembros de la familia, violencia, conductas problemáticas de los hijos	Colaborativo	14	Baja
28	Fam. R.H.	Familiar	Angélica	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Duelo por separación	Colaborativo	3	En proceso
29	H.H.	Individual	Vianey	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Problemas de pareja, baja autoestima	Narrativa	4	Alta
30	Fam. V.V.	Familiar	Paola	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Falta de habilidad para poner límites a hijo	Narrativa	10	En proceso

31	L.L. Y E.C.	Pareja	Marilú	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Problemas de pareja, decisión de separación	Narrativa	2	Baja
32	R.V.G.	Individual	Marilú	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Depresión, ansiedad	Narrativa	3	Baja
33	M.A y D.	Pareja	Ester	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Problemas de pareja, separación	Sesión única	1	Alta
33	D.J.	Individual	Nora	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Separación de pareja	Sesión única	1	Alta
35	P.R.M.	Individual	Karla	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Depresión, toma de decisiones	Sesión única	1	Alta
36	D.S.	Individual	Marilú	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Ansiedad y toma de decisiones	Sesión única	1	Alta
37	L.H.I	Individual	Paola	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Celos y problemas de pareja	Sesión única	1	Alta
38	J.A.H	Individual	Ricardo	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Tristeza por rompimiento de relación de pareja	Sesión única	1	Alta
39	D.G.	Individual	Lucía	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Problemas en la relación madre-hija.	Sesión única	1	Alta
40	L. P.	Individual	Anayanci	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Relaciones familiares	Sesión única	1	Alta
41	G. F.	Individual	Vianey	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Saber si su hijo requiere terapia	Sesión única	1	Alta
42	S y E	Pareja	Anayanci	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Problemas de comunicación en la pareja	Sesión única	1	Alta
43	Y. C. C	Individual	Angélica	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Problemas de pareja y Ansiedad	Sesión única	1	Alta
44	A. H.	Individual	Paola	Equipo reflexivo	Nora Rentería	Duelo por separación de pareja	Sesión única	1	Alta
45	B.R. y R.M.	Pareja	Marilú y Ricardo	Equipo terapéutico	Flavio Sifuentes	Infidelidad, celos y violencia	Integración de Modelos	1	Baja
46	L.Z.P.	Individual	Marilú	Equipo terapéutico	Flavio Sifuentes	Violencia psicológica pareja, infidelidad	Integración de Modelos	1	En proceso

### 1.3.2 Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”.

En este Centro atendimos 14 casos en total, de los cuales participe en ocho como coterapeuta, en tres como terapeuta y en otros tres como equipo terapéutico. De los casos atendidos, 10 terminaron el proceso mientras que cuatro no lo continuaron. En la tabla 2 se describe la modalidad de atención, el motivo de consulta, el modelo terapéutico, la duración y el estado del proceso de terapia.

Tabla 2. Descripción de los casos atendidos en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” durante la formación como terapeuta familiar.

Caso	Tipo	Terapeutas	Participación	Supervisor	Motivo de Consulta	Modelo	No. de sesiones	Estado del proceso	
1	Fam. L	Familiar	Lucía y Victoria	Coterapeuta	Rosario Muñoz	Reacomodo familiar	Integración de modelos	16	Alta
2	Fam. I	Familiar	Lucía y Victoria	Coterapeuta	Rosario Muñoz	Reacomodo familiar, separación de pareja y abuso sexual	Integración de modelos	8	Alta
3	A y J	Pareja	Lucía y Victoria	Coterapeuta	Rosario Muñoz	Problemas de pareja y resentimientos	Integración de modelos	7	Alta
4	N y R	Pareja	Lucía y Victoria	Coterapeuta	Rosario Muñoz	Problemas de pareja y adicción	Integración de modelos	1	Baja
5	N y N	Familiar	Lucía y Victoria	Coterapeuta	Rosario Muñoz	Mentiras y mala conducta	Integración de modelos	3	Baja
6	Fam. O	Familiar	Lucía y Victoria	Coterapeuta	Rosario Muñoz	Duelo por muerte de hija	Integración de modelos	6	Alta
7	Fam. M	Familiar	Lucía y Victoria	Coterapeuta	Rosario Muñoz	Problemas de pareja y de conducta de hijo.	Integración de modelos	4	Baja
8	T y G	Pareja	Lucía y Victoria	Coterapeuta	Rosario Muñoz	Peleas constantes y falta de comunicación	Integración de modelos	13	Alta
9	Fam. W	Familiar	Victoria	Terapeuta	Rosario Muñoz	Reintegración familiar y problemas de conducta	Integración de modelos	4	Baja
10	JM	Individual	Victoria	Terapeuta	Rosario Muñoz	Separación y alcoholismo	Integración de modelos	23	Alta
11	M y R	Pareja	Victoria	Terapeuta	Rosario Muñoz	Infidelidad y violencia	Integración de modelos	29	Alta



12	JL y S	Pareja	Rosario Muñoz	Equipo terapéutico	Rosario Muñoz	Problemas de pareja e infidelidad	Integración de modelos	11	Alta
13	A y V	Pareja	Lucía	Equipo terapéutico	Rosario Muñoz	Problemas de comunicación en la pareja	Integración de modelos	16	Alta
14	L y S	Pareja	Lucía	Equipo terapéutico	Rosario Muñoz	Peleas constantes, falta de confianza y violencia	Integración de modelos	11	Alta

### 1.3.3 Instituto Nacional de Rehabilitación.

En el Instituto atendimos 7 casos en total. De ellos, participe en tres como terapeuta y en cuatro como equipo terapéutico. De los casos atendidos, cinco concluyeron el proceso de terapia y dos no lo hicieron. En la tabla 3 se describe la modalidad de atención, el motivo de consulta, el modelo terapéutico, la duración y el estado del proceso de terapia.

Tabla 3. Descripción de los casos atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación durante la formación como terapeuta familiar.

Caso	Tipo	Terapeuta	Participación	Supervisor	Motivo de Consulta	Modelo	No. de sesiones	Estado del proceso	
1	Fam. EH	Familiar	Victoria	Terapeuta	Gerardo Reséndiz	Manejo de emociones y límites, negación de situación médica del hijo	Milán	1	Baja
2	Fam. SB	Familiar	Victoria	Terapeuta	Gerardo Reséndiz	Dificultad en la comunicación familiar y manejo del enojo	Milán	10	Alta
3	Fam. JJ	Familiar	Victoria	Terapeuta	Gerardo Reséndiz	Manejo de límites y problemas de crianza	Milán	9	Alta
4	M y J	Pareja	Lucía	Equipo terapéutico	Gerardo Reséndiz	Hijo con SIDA y ansiedad	Milán	1	Baja
5	Fam. FS	Familiar	Lucía	Equipo terapéutico	Gerardo Reséndiz	Problemas de pareja y violencia	Milán	11	Alta
6	Fam. ST	Familiar	Lucía	Equipo terapéutico	Gerardo Reséndiz	Reacomodo familiar y diagnóstico de cáncer	Milán	5	Alta
7	Fam. GV	Familiar	Ricardo	Equipo terapéutico	Gerardo Reséndiz	Dificultades en la comunicación familiar	Milán	7	Alta

# CAPÍTULO 2.

## MARCO TEÓRICO

### 2.1 Modelos que guiaron los casos clínicos

#### 2.1.1 Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas (MRI).

##### *Antecedentes del modelo y principales exponentes.*

El modelo estratégico nace de una síntesis entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación; a partir de ésta, la terapia fue entendida como un estudio de la comunicación interpersonal dirigida a modificar aquellos sistemas donde la comunicación fuera disfuncional (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Para la terapia breve, la gran mayoría de los problemas presentados se generan debido a las atribuciones de valor y de sentido que las personas dan a los acontecimientos; es decir, que la forma en la que experimentan determinada situación, dentro de su marco de referencia (perspectiva conceptual y/o emocional), les causa sufrimiento. En este sentido, Watzlawick (1999) señala que al darse un cambio en el marco de referencia que la persona tiene (reencuadre), se modificará la forma en la que experimenta y actúa sobre el problema.

Este modelo de terapia considera que las dificultades, al ser mal enfrentadas (dentro del mismo marco de referencia), se convierten en problemas, y que estos se mantienen debido a los intentos equivocados utilizados para tratar de solucionar dificultades habituales, por lo que la terapia breve centra su interés en los circuitos interactivos que mantienen la conducta problemática y desarrolla intervenciones dirigidas a bloquear o a interrumpir dichos circuitos, así como a crear un contexto en el que el cambio sea posible. Estas ideas fueron desarrolladas a partir

de la influencia del constructivismo, la cibernética de segundo orden y de los trabajos desarrollados por el Grupo Bateson y por el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California (Nardone y Watzlawick, 1990).

El Grupo Bateson nace en 1952 con el objetivo de estudiar la naturaleza de la comunicación, los niveles, los canales y las paradojas de la misma. Gregory Bateson invita a colaborar en este proyecto a John Weakland, Jay Haley y William Fry; tiempo después Don Jackson se une al equipo de investigación. A partir de los resultados obtenidos publican, en 1956, el artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia” en el que sientan las bases para estudiar los efectos de la comunicación humana sobre la conducta y los trastornos mentales; además, desarrollan la teoría del doble vínculo, en la que señalan que al haber mensajes contradictorios en la comunicación es imposible diferenciar a qué nivel responder, por lo que se generan incongruencias (Wittezaele y García, 1994; Bertrando y Toffanetti, 2004).

Posteriormente, el grupo toma caminos diferentes debido a que Bateson mantiene interés en la teoría, mientras que el resto de los integrantes centran su atención en la clínica y en la terapia. En 1959, Don Jackson funda el Mental Research Institute (MRI) junto con Weakland y Haley, cómo una división que forma parte de la Fundación de Investigación Médica de Palo Alto, con la finalidad de investigar sobre la esquizofrenia. El equipo inicial estaba conformado por Jackson, Virginia Satir y Jules Riskin; en 1961 se integran Paul Watzlawick y Janet Beavin. El proyecto Bateson llega a su fin en 1962, ya que Bateson no concordaba más con las ideas del equipo (MRI, 1979; Wittezaele y García, 1994).

Para 1963, el MRI se convirtió en una organización independiente y amplió sus áreas de interés hacia la formación de terapeutas, la terapia e investigaciones sobre la familia, la

enfermedad mental, la teoría de la comunicación y el proceso de cambio. No obstante, su objetivo principal era estudiar la comunicación presente en las interacciones interpersonales y las secuencias de las acciones (esta última idea la retoman de la cibernética), y llegan a conceptualizar a la familia como un sistema interaccional (MRI, 1979; Wittezaele y García, 1994).

Richard Fisch se interesa en el trabajo realizado en el MRI y en las técnicas de intervención estratégica. En 1967 funda el Centro de Terapia Breve (CTB) -año en el que Satir y Haley abandonan el MRI- junto con Watzlawick, Weakland y Arthur Bodin, con la intención de encontrar una forma de trabajo que permitiera que la terapia fuera de corta duración (10 sesiones). Con este objetivo en mente, el CTB -guiado por la búsqueda de agentes de cambio ante situaciones no deseadas- se centra en encontrar medios rápidos y eficaces para resolver problemas, convertir la terapia en una tarea artesanal y estudiar el cambio en los sistemas humanos. En 1974, publican su artículo principal "Brief therapy: focused problems resolutions", el cual contribuyó a la rápida difusión del interés por los enfoques breves estratégicos (MRI, 1979; Wittezaele y García, 1994).

El constructivismo plantea que la realidad es construida por cada persona a través de sus propias formas de percepción y concepción, aunado a sus suposiciones, premisas y expectativas, de modo que cada quien construye su propia realidad, según la cual y en la cual vive, sin tener alguna relación particular con una realidad "ahí afuera". Así mismo, también propone que el conocimiento es construido activamente por las personas y que éste, al ser adaptativo, sirve para organizar las experiencias del mundo, por lo que sólo pueden conocer lo que han construido y no es posible obtener una "verdadera" representación de la realidad (Glaserfeld, 1996; Feixas y Villegas, 2000; Nardone y Watzlawick, 1990).

El conocimiento implica esquemas de acción y de pensamiento conformados por conceptos que se constituyen, modifican o descartan, según hayan resultado útiles en el curso de la experiencia e interacción con otras personas, de forma que, en la medida en que sean viables, modelarán acciones y pensamientos posteriores, en los que se involucran expectativas de un resultado más o menos específico y esperado. La adaptación se refiere a la capacidad de sobrevivir -ser viable- en un ambiente determinado. De esta forma, el conocimiento tiene la función de contrarrestar los conflictos o contradicciones conceptuales (perturbaciones) que amenazan el equilibrio de la persona frente a lo que percibe del medio. Sin embargo, las perturbaciones también pueden ser útiles para generar cambios en el conocimiento (de la persona) que le permitan llegar a un nuevo equilibrio (Glaserfeld, 1996).

En este sentido, se plantea que el ser humano tiene ciertas capacidades que influyen en la construcción de sus esquemas y que le sirven para enfrentar las perturbaciones: la tendencia a establecer recurrencias en el flujo de la experiencia, recordar y recuperar experiencias, la capacidad para hacer juicios de similitud y diferencia, y el gusto por ciertas experiencias más que otras (Glaserfeld, 1996). Desde la cibernética de segundo orden, estas capacidades se pueden relacionar con el concepto de *feed-forward* (alimentación anticipativa), el cual se refiere a la habilidad de dar cuenta de la actividad proactiva y planificadora del ser humano y sus efectos en el curso actual y posterior de la acción, es decir, las personas pronostican lo que pueden esperar si actúan de cierta forma, definiendo y anticipando qué es la realidad desde su punto de vista (Feixas y Villegas, 2000; Nardone y Watzlawick, 1990).

A partir del trabajo realizado en el centro y de los supuestos presentados anteriormente, Fisch, Watzlawick, Weakland y Bodin desarrollaron las premisas bajo las cuales el modelo de

terapia centrado en problemas ha trabajado desde entonces hasta la actualidad (Bertrando y Toffanetti, 2004; Wittezaele y García, 1994).

### ***Fundamentos teóricos.***

El modelo de terapia breve centrado en los problemas se fundamenta en cuatro teorías generales: la Teoría de Grupos, la Teoría de los Tipos Lógicos, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana.

*Teoría de Grupos.* Los postulados de esta teoría permiten entender la relación entre persistencia e invariabilidad en referencia al cambio dentro de un sistema (tipo 1). La teoría plantea que los grupos tienen 4 propiedades que, aplicadas a los sistemas de interacción en los que hay un problema, pueden ser entendidas de la siguiente forma: a) composición por miembros, las acciones realizadas por los miembros resultan en conductas de la misma clase y cualquier movimiento que se realice refuerza y complica la situación sin salida; b) resultado invariable de la combinación entre sus miembros, diferentes conductas se pueden combinar en diferentes secuencias pero generan los mismos resultados y las diferencias en las puntuaciones de la secuencia crean conflictos; c) miembro de identidad, se realiza una acción sin provocar cambio alguno; y d) miembro opuesto, se realiza una acción opuesta que, de igual forma, no genera cambio dentro de la pauta (Wittezaele y García, 1994; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

A partir de estas propiedades, es posible observar que ante una interacción conflictiva se realizan ciertas acciones que suponen un cambio benéfico para el sistema, no obstante, éstas sólo ponen en marcha mecanismos reguladores encargados de restablecer la homeostasis debido a

que el sistema no puede producir las normas para el cambio a partir de sus propias reglas. Debido a lo anterior, los cambios de tipo 1 sólo se producen en el interior del sistema, el cuál permanece invariable, es decir, los elementos se modifican pero la estructura sigue siendo la misma (Wittezaele y García, 1994; Watzlawick et al., 1974).

*Teoría de Tipos Lógicos.* Esta teoría proporciona los elementos para entender aquellos cambios que trascienden el sistema o el marco de referencia (tipo 2), así como para comprender la relación de los miembros con la clase y el cambio. Los miembros son “cosas” unidas por una característica común, mientras que la clase comprende la totalidad de dichos miembros; también es importante señalar que cualquier “cosa” que abarque todos los miembros de una clase no tiene que ser parte de la misma (Wittezaele y García, 1994; Watzlawick et al., 1974).

Los cambios de tipo 2 se refieren a aquellos en los que cambia el sistema mismo debido a que hay un salto de un nivel de tipo lógico a otro superior; este cambio resulta introducido en el sistema desde el exterior y no es algo familiar, conlleva un cambio en las premisas que rigen al sistema total. El grupo de Palo Alto centra su interés en este tipo de cambios, por lo que los métodos y técnicas de intervención tendrán por objeto introducir información novedosa al sistema para provocar cambios de este tipo. Es importante señalar que de los postulados de esta teoría se derivan dos conclusiones importantes. La primera hace referencia a la importancia de diferenciar entre niveles lógicos para evitar paradojas y confusiones. La segunda, que para pasar a un nivel superior –de un miembro a la clase- supone un salto o una transformación que conduce a un camino fuera del sistema (Wittezaele y García, 1994; Watzlawick et al., 1974).

*Teoría General de los Sistemas (TGS)*. Los principios de ésta teoría son aplicables a los sistemas de interacción humana gobernados por reglas. El MRI retoma la idea de sistema abierto, entendido como un conjunto de objetos que se relacionan con sus atributos, intercambiando información entre ellos y con el medio, así como las propiedades del mismo: a) temporalidad, proceso secuencial de acción y reacción que ayuda a describir el estado o cambio del sistema; b) totalidad, las partes del sistema se interrelacionan de manera que un cambio en una de ellas genera cambio en las otras y en el sistema total; c) retroalimentación, el sistema presenta una relación circular compleja y capacidad para automodificarse; d) equifinalidad, la forma en la que se organiza la interacción es más importante que el génesis o el resultado de la misma; y e) tendencia a estados constantes, el intercambio de mensajes reduce el número posible de movimientos siguientes; a partir de esto surgen redundancias en la interacción que aportan estabilidad, las cuales llegan a configurarse como reglas que rigen el sistema (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967).

Al aplicar dichos principios al sistema de interacción que genera un problema, el MRI plantea que al promover un cambio en una de las partes de la interacción, éste tendrá impacto en otra de las partes y la reacción que surja tendrá un efecto en la primera y en el sistema total; esto es debido a que las interacciones en el sistema están interconectadas de forma que cada conducta conlleva un significado relacionado al contexto de la interacción, al valor de la conducta y a la posición de los elementos del sistema en la estructura de éste así como en la secuencia de interacción. En este sentido, cada interacción de un componente del sistema sirve de retroalimentación al sistema e influye en las conductas posteriores de los otros, que podrán responder contrarrestando el efecto de ésta o favoreciéndolo. La idea de equifinalidad es



utilizada en el sentido de que no es relevante conocer cómo se generó el problema (ya que se puede llegar a dicho estado de interacción conflictivo por diversos orígenes), sino en el cómo se organiza la interacción en el momento en el que éste (el problema) se presenta para entonces poder bloquear la secuencia del patrón que lo mantiene. El sistema de interacción es visto como un conjunto de elementos estructurados que genera normas de funcionamiento que rigen el comportamiento de sus integrantes. Así las cosas, la TGS provee una descripción para explicar cómo es que los sistemas interaccionales estables permanecen unidos, a pesar de vivir situaciones que generan sufrimiento, a través de procesos de retroalimentación negativa, y sienta las bases para entender cómo romper dichos patrones de interacción que mantienen activo a un problema (Watzlawick et al., 1967; Feixas y Villegas, 2000).

*Teoría de la Comunicación Humana.* Los axiomas de la comunicación humana permiten dilucidar que las dificultades de las personas están situadas en el presente y son producidas, en gran medida, por la forma en la que se comunican los individuos, así como por las puntuaciones que hacen de las secuencias de comunicación y los niveles de ésta. Los axiomas de la comunicación son: a) es imposible no comunicar, b) toda comunicación tiene un aspecto de contenido y uno relacional (siendo que el segundo califica al primero), c) la naturaleza de una relación depende de la puntuación que se da a las secuencias de la comunicación, d) la comunicación se da de forma analógica y digital, e) todos los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios (Watzlawick et al., 1967).

El MRI retoma dichos axiomas y centra su interés en saber el *cómo* se da la comunicación humana más que en el *por qué*. Es posible que existan patrones de comunicación rígidos o

disfuncionales (como aquellos en las que hay rechazo, desconfirmación y/o errores de traducción del mensaje) en los que el contenido pierde importancia y la forma en la que el otro responde toma relevancia. Al conocer la forma en la que se da la comunicación entre las personas, es posible identificar la manera en la que ésta se distorsiona y las consecuencias que esto conlleva, de manera que las intervenciones están dirigidas a modificar las distorsiones en la comunicación (Watzlawick et al., 1967).

### ***Características del modelo.***

Para Freidberg (1989), los puntos fundamentales o premisas que subyacen a la terapia breve son:

1. El mapa no es el territorio, las percepciones determinan la interacción del individuo con su medio ambiente.
2. Diferenciación entre “hechos” (conductas observables) y significados (interpretaciones de las conductas).
3. Las personas utilizan la mejor opción, dadas las percepciones de la realidad de las que disponen.
4. Ciertos mapas y modelos pueden limitar las opciones de las personas y dejan de ser funcionales.
5. El punto de vista sistémico es más funcional y menos limitante que el modelo lineal; se pone énfasis en las relaciones y estructuras que mantienen una situación.
6. El contexto y medio ambiente mantienen e influyen la conducta de las personas.

7. Principios sistémicos en los que se basa la terapia breve: circularidad vs linealidad, retroalimentación positiva y negativa, entropía vs negentropía, equifinalidad, organización, y ampliación de opciones vs estereotipación.
8. Las personas actúan con base en ciertos axiomas de la comunicación: no es posible no comunicar, puntuación de interacciones, niveles de comunicación (contenido y relación), la diferencia que hace la diferencia, el síntoma como comunicación, y modalidades comunicacionales (auditivas, visuales y quinestésicas).
9. Ciclo de vida familiar. Las familias pasan por diferentes etapas que requieren cambios estructurales.
10. Definición de metas concretas: qué desean cambiar en específico, cómo sabrán si se obtiene, en qué momentos se desea tener el cambio en la conducta, cuáles son las limitaciones para lograr el cambio y que sucederá al lograrlo.
11. Exploración de soluciones intentadas para resolver el problema.
12. Búsqueda de elementos significativos que hacen una “diferencia”, conocer la pauta de interacción en torno al problema.
13. Modelo sintético de áreas conflictivas y alternativas de resolución de De Schazer, ayuda a detectar que áreas no han sido exploradas, así como a proponer una idea general de áreas problemáticas y soluciones posibles a aplicar.

Para Watzlawick (1999) la gran mayoría de los problemas humanos giran en torno a la realidad de segundo orden; es decir, a las atribuciones de sentido o de valor que los individuos dan a los objetos o a los hechos. En este sentido, la terapia efectiva consiste en modificar la perspectiva conceptual y/o emocional con la que se experimenta una situación a manera tal que

el marco de referencia cambie el sentido y el valor de las atribuciones dadas a la realidad; en terapia este cambio es llamado reencuadre y parte del hecho de que todas las realidades son relativas y que la vida es lo que uno dice que es. Para lograr modificar el marco de referencia, el terapeuta debe utilizar un lenguaje agradable y aceptable por la manera como el paciente conceptualiza su mundo, que sea compatible con su realidad de segundo orden.

Watzlawick et al. (1974) señalan que los intentos de solución que realiza una persona ante una dificultad, pueden ocasionar que ésta se convierta en un problema. Para ellos, existen diferencias entre una dificultad y un problema; las dificultades son situaciones indeseables que pueden resolverse mediante el sentido común, mientras que los problemas son situaciones insolubles que se crean y se mantienen al enfocar mal las dificultades. De igual manera, mencionan que los problemas pueden ser: con uno mismo, con el otro y/o con el mundo. También puntualizan que hay tres formas de encarar mal las dificultades:

- *Terribles simplificadores*. Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: “es preciso actuar, pero no se emprende la acción”.
- *Síndrome de utopía*. Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable: “se emprende una acción cuando no se debería emprender”.
- *Paradojas*. Error de tipificación lógica, se intenta un cambio tipo 1 en una situación que solo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior, o se intenta un cambio tipo 2 cuando es adecuado el cambio tipo 1: “acción emprendida a nivel equivocado”.

El objetivo de la terapia se orienta a bloquear los intentos de solución que han llevado a una dificultad a convertirse en un problema; por lo que las acciones que emprenda el terapeuta

para influir en el cliente dependen en gran medida de los valores, las creencias y las prioridades de éste, es decir, de la postura que tiene ante su realidad.

Ante esto, una de las tareas del terapeuta consiste en conocer la postura del consultante frente al problema, las soluciones, la terapia y el cambio (Tabla 4) para determinar de qué forma encuadrará las tareas para que sean llevadas a cabo. Conocer la postura del paciente permite al terapeuta utilizarla para evitar resistencias y para motivar su participación. En este sentido, el terapeuta debe estar atento a lo que el cliente dice, las palabras que utiliza así como el tono y el énfasis con que se expresa (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Tabla 4. Tipos de posturas del cliente.

Postura	Tipología
Ante el problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesimistas ante el problema.</li> <li>• Reconocen la dificultad del problema y que puede ser afrontado.</li> <li>• Muestran expectativas altas sobre lo que pueden y deben conseguir.</li> </ul>
Ante el cambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Están dispuestos o no a hacer cualquier cosa para solucionar el problema.</li> <li>• Es muy doloroso y el cambio se vuelve urgente por necesidad.</li> <li>• Es indeseable pero no incómodo y no se necesita un cambio con urgencia.</li> </ul>
Ante la solución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se necesita intuición considerable y debates profundos.</li> <li>• La solución llega por vía racional o de sentido común.</li> <li>• La solución se dará por medios mágicos o inesperados.</li> </ul>
Ante la terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receptores pasivos o activos de la sabiduría y consejos del terapeuta.</li> <li>• Toman a cargo el tratamiento de manera activa.</li> <li>• Buscan ayuda, actividad y responsabilidad recíproca entre ellos y el terapeuta.</li> </ul>
Ante sí mismos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se consideran extraordinarios y están motivados por el riesgo.</li> <li>• Temen destacar y les bastan tareas pequeñas y discretas.</li> <li>• Se consideran responsables y están motivados por actividades que impliquen sacrificio personal.</li> </ul>

A partir de la postura identificada, se pueden definir tres tipos de consultantes: (1) Visitante, aquel que no necesita nada -“mira vitrinas”- y que acude a sesión traído por otro miembro de la familia; (2) Cliente o Paciente, aquel que busca activamente la ayuda y haría lo que fuera para que haya un cambio -“viene a comprar algo”-; y (3) Demandante, aquel que sabe que

hay un problema, pero no se considera involucrado en la solución ni que forma parte del problema -“sabe que necesita algo, pero no está dispuesto a hacer cosas para adquirirlo”- (Fisch et al., 1982).

Fisch et al. (1982) señalan que, durante la entrevista inicial, el terapeuta debe recoger información sobre la naturaleza del problema, cómo se está afrontando, cuáles son los objetivos mínimos a lograr, así como la actitud y el lenguaje del cliente. En este sentido, mencionan que para que la terapia sea eficaz el terapeuta debe enfocarse en:

1. Establecer una definición clara del problema: Definir la pauta de interacción en torno al problema (¿Quién le hace qué a quién, cómo, cuándo, dónde?), indagar el tiempo del problema, cómo es que es un problema y para quién lo es.
2. Indagar las soluciones intentadas que no han funcionado.
3. Definir de forma clara la meta terapéutica así como el cambio mínimo.
4. Planificar el caso, para que sea una terapia rápida y eficaz (Figura 1).

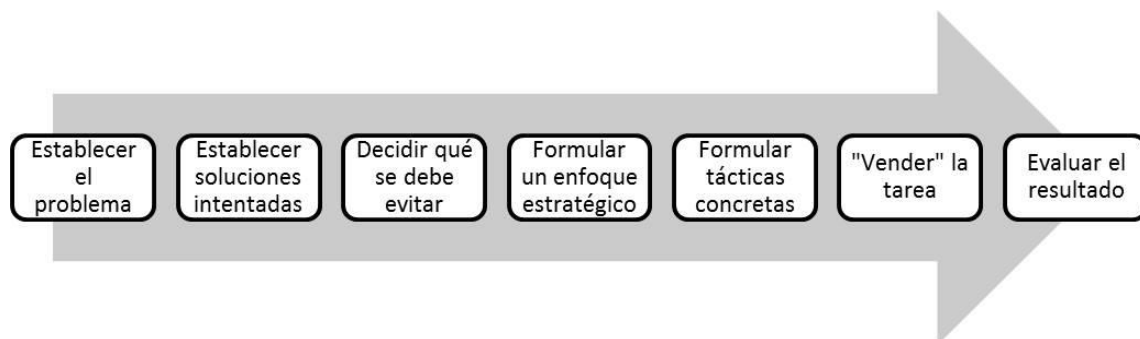


Figura 1. Pasos para la planificación de un caso.

### ***Técnicas de intervención.***

Las intervenciones del modelo de terapia breve tienen como propósito interrumpir los intentos de solución que mantienen el problema y/o modificar la idea -reencuadre- que el cliente

tiene, desde su marco de referencia, sobre el problema; el reencuadre debe presentarse en un lenguaje agradable y común al consultante, que sea compatible con su realidad pero lejano de la atribución que le da (Watzlawick, 1999). En este sentido, se considera que el cambio se logra al experimentar situaciones y acciones concretas, por lo que el terapeuta plantea preguntas y tareas con la finalidad de que el consultante pueda aprender nuevos significados y conductas alternativas (Nardone y Watzlawick, 1990).

Nardone y Watzlawick (1990) proponen una serie de acciones que el terapeuta puede llevar a cabo para preparar el terreno para el cambio (Tabla 5), y señalan que las prescripciones de comportamiento se pueden realizar de diversas formas, según sea el caso:

- *Directas*. Se da la forma de comportarse frente al problema, personas muy cooperadoras.
- *Indirectas*. Ocultan su verdadero objetivo, desplazamiento del síntoma (“prestidigitador”).
- *Paradójicas*. Realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable.

Tabla 5. Acciones y comunicación terapéuticas.

Intervención	Descripción/Utilidad
Aprender a hablar el lenguaje del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se adopta el estilo comunicativo del cliente para tener sus mismos referentes</li> <li>• Su efectividad radica en que sea de forma natural</li> <li>• Aprovecha la predisposición del ser humano de sentirse atraído hacia aspectos similares</li> </ul>
Reestructuración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifica la estructura (mapa mental) sin modificar el contenido</li> <li>• Pueden ser verbales o acciones determinadas</li> <li>• Utiliza la duda para cuestionar la percepción y la explicación lógica racional</li> </ul>
Evitar formas lingüísticas negativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para evitar culpa, rigidez y rechazo</li> <li>• A partir de formas positivas se obtiene mayor motivación</li> </ul>
Uso de la paradoja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rompe el círculo de soluciones intentadas</li> <li>• Modifica la percepción y acciones respecto al problema</li> <li>• Hacer voluntario lo que se creía involuntario</li> <li>• Busca modificar acciones rígidas y obsesivas del cliente</li> </ul>
Uso de la resistencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorienta la fuerza de la resistencia en dirección al cambio</li> </ul>
Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimiza la resistencia bajo la apariencia de una metáfora</li> <li>• Se esparcen sugerencias a través de un lenguaje evocador</li> </ul>

Para Fisch et al. (1982) existen dos grandes grupos de intervenciones: las principales y las generales.

*Intervenciones principales.* La mayoría de los problemas que se presentan están mantenidos por ciertos intentos de solución, frente a los que el terapeuta realiza la intervención. Las intervenciones desarrolladas para bloquear el intento de solución identificado y su descripción se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Intervenciones principales.

Intento de solución	Descripción	Intervención
Tratar de cambiar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente	Son problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico	Hacer que se renuncie a esforzarse demasiado
Tratar de dominar un evento temido posponiéndolo	Estados de terror o de ansiedad autorreferenciales, no hay interacción de un tercero para que ocurran. Intentan dominar la situación temida.	Directivas que expongan a la tarea, al mismo tiempo que exigen una ausencia de dominio de ella
Tratar de lograr acuerdos por oposición	Conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren mutua colaboración	Hacer que el solicitante se coloque en una posición inferior o implementar el “sabotaje benévolo”
Intentando obtener algo, pero queriendo que sea voluntario	Conseguir espontaneidad mediante la premeditación	Se haga la solicitud de forma directa
Confirmando las sospechas del acusador al defenderse	A acusa a B, B se defiende y niega, la defensa de B confirma sospechas de A	Aceptación de la acusación llevada a un grado absurdo Reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal

*Intervenciones generales.* Se pueden aplicar de forma más amplia en casi cualquier momento de la terapia y en una gran gama de problemas; también ayudan a preparar el terreno para una intervención posterior más específica. En la tabla 7 se presentan las intervenciones, su descripción y el propósito que persiguen.



Tabla 7. Intervenciones generales.

Intervención	Descripción	Propósito
No apresurarse	Se solicita no apresurar la solución del problema	Evita sensación de urgencia en clientes que se esfuerzan demasiado
Peligros de una mejoría	Se hace referencia a peligros o inconvenientes inherentes al cambio	Disminuir la resistencia a seguir las directivas
Cambio de dirección	Giro 180 grados, cambiar de postura o de estrategia y explicar dicho cambio.	Cuando las directivas no son llevadas a cabo por el cliente
Cómo empeorar el problema	Sugerencia de como empeorar la situación Exagerar lo ya intentado	Cuando hay poca disposición a seguir las directivas

Es importante tener presente que los objetivos de la terapia son co-construidos con el consultante, por lo que las intervenciones que se utilicen irán dirigidas hacia dicho objetivo de forma que sea posible crear una realidad más funcional para el consultante en la que se pueda contar de nuevo esa historia, que generaba el problema, pero cambiando el significado de su contenido (Nardone y Watzlawick, 1990).

### ***Consideraciones finales.***

El modelo de terapia breve ofrece una terapia eficaz y rápida, enfocada al cambio. Su atención a las interacciones interpersonales, a las formas de comunicación y a los sistemas que mantienen el síntoma, permiten diseñar planes terapéuticos orientados a la resolución del problema en un corto periodo de tiempo.

Considero que es un modelo que calza bien con las necesidades de la sociedad de hoy en día, ya que las personas buscan solucionar sus problemas en el aquí y en el ahora, de forma que obtengan cambios lo antes posible para poder continuar con su vida sin dificultades.

Al tomar en cuenta las posibles resistencias de los clientes para llevar a cabo las directivas, y la demasiada cooperación o avances muy rápidos frente al problema, permiten tomar una

ventaja sobre lo que puede ocurrir en terapia, de manera que al planificar el caso el terapeuta elimina la mayor cantidad de cosas que no funcionarían con determinado cliente, y más bien se enfocará en tener una mayor cantidad de intervenciones posibles que ayuden al cliente a resolver su problemática.

Aunque este modelo ha recibido muchas críticas y ha sido tildado de ser superficial y manipulador, tiene una amplia base teórica que sustenta tanto sus premisas como sus intervenciones; además de que puede ser utilizado en una gran gama de problemáticas (Ceberio, 2002).

Considero que la propuesta del modelo que refiere que un pequeño cambio traerá una serie de cambios en el sistema es una gran ventaja, ya que cuando se presentan familias con diversas problemáticas, al priorizar y comenzar a trabajar con la más importante, en consecuencia las demás pueden solucionarse, lo cual beneficia en gran medida a los consultantes. Así mismo, me parece que el hecho de no definir los síntomas como inherentes al ser humano, sino como un producto de pautas de interacción y de la forma en la que se percibe y experimenta la realidad, da más apertura y posibilidad al cambio.

### **2.1.2 Modelo de Terapia Familiar Sistémica de Milán.**

#### ***Antecedentes del modelo y principales exponentes.***

El grupo de Milán, compuesto por Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, nace a inicios de los años 70 con la fundación del Centro de Estudios de la Familia. Ellos consideraban relevante tomar en cuenta el contexto relacional en el que se generaban los problemas: el contexto de la familia; tenían la idea de que al modificar las pautas

dadas en dicho contexto, la conducta problema podía cambiar. Toman como fundamento teórico el modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI), la Teoría de la Comunicación Humana y, tras la separación del grupo, Boscolo y Cecchin, retoman el trabajo de Bateson (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Reséndiz, 2010).

A lo largo de casi 10 años de trabajo, el grupo de Milán mostró especial interés en la comunicación de doble vínculo (mensajes contradictorios) y cómo ésta promovía interacciones paradójicas entre los miembros de la familia. En su trabajo destaca la importancia de la connotación positiva, en la que se comunicaba a la familia que su problema era lógico y significativo dentro de su contexto; y los rituales familiares, vistos como formas de organizar la conducta familiar para determinados días. Proponen una forma diferente de trabajo para las sesiones terapéuticas, subdividiéndolas en cinco partes, así como incluir lapsos largos entre sesión y sesión (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo et al., 1987; Reséndiz, 2010).

Gran parte de los métodos que utilizaron en un inicio los tomaron, y ampliaron, de la propuesta del MRI. Al doble vínculo lo llamaron contraparadoja; la connotación positiva surge a partir de la técnica de prescribir el síntoma; y de las tareas estratégicas, desarrollan los rituales familiares. En 1975 publican *Paradoja y Contraparadoja*, libro en el que plasman las principales ideas de su modelo terapéutico (Bertrando y Toffanetti, 2004; Rodríguez, 2004; Boscolo et al., 1987.)

Posteriormente surgen diferencias entre los miembros del grupo, para Selvini y Prata se vuelve relevante investigar las raíces de las relaciones presentes en los trastornos mentales; mientras que Boscolo y Cecchin se centran en la formación de terapeutas sistémicos. En 1980 publican su último trabajo como grupo: el artículo *Hipótesis, Circularidad y Neutralidad: Tres guías*

*para la conducción de la sesión*, en el que asientan los tres principios básicos que rigen el modelo de Milán. La elaboración de *hipótesis* es vista como un proceso que busca llegar a una descripción del problema que sea útil para darle sentido, no para demostrar si es verdadera o falsa; la hipótesis debe explicar a todos los integrantes sobre una situación problemática y cómo es que se relacionan entre sí. La *circularidad* se plantea en términos de la técnica de entrevista de interrogatorio circular, la cual se conduce sobre la retroalimentación recibida de la familia en respuesta al pedido de información por parte del entrevistador sobre sus relaciones, las diferencias y los cambios. La *neutralidad* es propuesta como una postura básica del terapeuta en la que se deben adoptar varias posiciones, según sean los integrantes de la familia, de forma que estos no podrán decir que el terapeuta tomó partido con alguno de ellos, además de evitar las posturas morales; tomando esta postura el entrevistador será capaz de moverse de una posición a otra sin conflicto (Boscolo et al., 1987; Bertrando y Toffanetti, 2004; Reséndiz, 2010).

Una vez separado el grupo, Boscolo y Cecchin se denominan “Asociados de Milán” y centran su atención en la formación de terapeutas. Debido a las dificultades a las que se enfrentaron en la formación de terapeutas y a las exigencias del contexto (principalmente donde laboraban los nuevos terapeutas), su orientación de trabajo pasó de las familias a las instituciones, lo que dio lugar al desarrollo de nuevos abordajes de trabajo sistémico (Boscolo et al., 1987).

Por otro lado, mostraron interés en los patrones de comportamiento, los sistemas de significado y los sistemas externos a la familia; encontraron que hay diferentes niveles de observación y formas de posicionarse en el sistema. Incluyen el término *metanivel*, utilizado para indicar la neutralidad y la capacidad del terapeuta de posicionarse *sobre* y *dentro* del sistema.

Esta idea se relaciona con la cibernética de segundo orden en la que se plantea que el observador entra en la descripción de lo observado -de tal forma que la idea de objetividad no es posible- y llevándolo al campo de la terapia, es visible que el terapeuta contribuye de forma activa al igual que los miembros de la familia. Al posicionarse en un metanivel, el terapeuta puede explorar el efecto causado por su propio impacto en el sistema (Boscolo et al., 1987, Reséndiz, 2010).

La evolución de sus ideas y las formas de conceptualizar al sistema y los problemas tuvieron impacto en las intervenciones utilizadas, apartándose de los modelos instrumentales. La connotación positiva se replantea como una connotación lógica, en la que se señala a la familia que se está habituando al problema, validan la dificultad de romper ciertos hábitos y resaltan lo significativo que es su contexto, abriendo así la posibilidad de ver interacciones alternativas. El comentario final del equipo se vuelve más neutral al poner todas las conductas involucradas en un problema al servicio de una premisa, mito o valor compartidos, de forma que el doble vínculo se esclarece. Al impartir rituales, introducen el vínculo de interacción en una secuencia de hechos a partir de dos opiniones o mensajes contradictorios e imparten la directiva de que: en días pares consideren uno y en los impares otro. En este sentido, el incumplimiento de la tarea revela información sobre la forma en que funciona el sistema familiar de forma que se tiene un mejor entendimiento y abre la puerta a ampliar el contexto (Boscolo et al., 1987).

Algunos de los representantes actuales del modelo son Paolo Bertrando, con su equipo en sede Torino que ha desarrollado una terapia dialógica centrada en el espacio relacional, político y discursivo entre las personas, él pone atención a la posición del terapeuta dentro del sistema y a la construcción de la relación terapéutica; Pietro Barbetta, interesado en procesos conversacionales; y Laura Fruggeri, cuyas aportaciones se centran en la utilización de la doble

descripción en la organización de distintos marcos epistemológicos, ella pone énfasis en procesos que organizan el sistema y realiza una investigación sobre la diversidad en el fenómeno familiar, entre otros (Reséndiz, 2010).

### ***Principios básicos.***

Los Asociados de Milán señalan que los problemas familiares surgen de la incongruencia entre las premisas y la forma relacional de la familia, por lo que la terapia se centra en encontrar esas diferencias y el proceso se convierte en una construcción, entre terapeuta y familia, de nuevos significados atribuidos a la realidad compartida. El modelo entra en una fase constructorista, en la que toman la noción de que la realidad es un constructo social y las ideas sobre el mundo dependen del observador. De esta forma, cobra importancia la posición de auto-reflexividad del terapeuta, así como la manera en la que éste construye su realidad; se favorecen los procesos y se resalta la capacidad de auto-curación de la familia. La idea de cambio se relaciona a la idea de que las familias acuden con ciertas hipótesis sobre lo que les sucede y los esfuerzos del terapeuta se dirigen a cuestionarlas o modificarlas (Boscolo et al., 1987; Reséndiz, 2010).

Boscolo y Cecchin (1985) plantean dos ideas básicas sobre las cuales guían el desarrollo de su modelo terapéutico: (1) sin contexto no hay significado, se refiere a que el significado del comportamiento es dado por el contexto en el que se da; y (2) el que observa un sistema se vuelve parte de él, en este sentido, mencionan que se es parte del contexto al mismo tiempo que uno se tiene que examinar a sí mismo como si estuviera fuera de ese contexto, a lo que llaman tener una posición auto-reflexiva. A partir de estas ideas toma relevancia la forma en la que el terapeuta se

conecta con la familia, ya que la relación se estructura sobre la retroalimentación de la misma. Señalan que una vez que el sistema se ha definido, éste constriñe el pensamiento y la acción de los integrantes de forma que al ser parte de un sistema las posibilidades son limitadas, por lo que, al tener una posición auto-reflexiva el terapeuta cambia de contexto y le es posible poder ampliar su visión y comprensión del sistema. Así mismo, enfatizan que cualquier sistema o subsistema se relaciona con al menos dos subsistemas más de forma simultánea, de manera que cuando se piensa y se actúa se tiene que hacer pensando en dos sistemas a la vez (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985).

Aunado a estas ideas básicas, incorporan la curiosidad a los conceptos de hipótesis, neutralidad y circularidad; proponen que la idea recursiva entre estos conceptos plantea un contexto que abre la posibilidad a ser curiosos sobre los síntomas en terapia y cuestionar premisas, tanto las propias como las de la familia. La curiosidad se basa en la idea de que cada sistema tiene su propia lógica operativa para las interacciones, por lo que al poner en práctica esta orientación es importante respetar la integridad del sistema, de forma que no se busque el control social ni las interacciones instructivas sino que, a través de la interacción (preguntas circulares) se promueva el aprendizaje para generar nuevos esquemas para la familia (Cecchin, 1987).

Así mismo, Bertrando (2011) señala que la concepción de las relaciones interpersonales, la conciencia de la parcialidad del conocimiento, la atención a la multiplicidad de contextos y la conciencia de la dimensión lingüística de la interacción humana son también ideas teóricas básicas de la terapia sistémica. Así mismo, considera que hay cuatro principios básicos a

considerar: el rol y la formulación de las hipótesis, la posición del terapeuta dentro del sistema terapéutico, la conciencia de la relación terapéutica y el entendimiento dialógico de la terapia.

*Hipótesis.* Se entienden como suposiciones que sirven de marco de referencia -un hilo a seguir- para organizar y categorizar la información y experiencia que va surgiendo en la conversación terapéutica, de manera que éstas se refieren a *razones*, a entendimientos de patrones relaciones, y no a las causas de las interacciones. La curiosidad alienta al terapeuta a que continúe buscando descripciones y explicaciones de la forma en la que interactúa la familia y no se quede con una única explicación; no se busca que sean verdaderas sino que sugieran múltiples explicaciones para responder al *cómo* del proceso de red de relaciones e interacciones. El principio de hipotetización tiene la función de garantizar que el terapeuta participe de forma activa a lo largo de la sesión así como de introducir nueva información, inesperada e improbable, en el sistema (Reséndiz, 2010; Cecchin, 1987; Ugazio, 1985; Bertrando, 2011).

El proceso de formular hipótesis no es estático, de hecho, es una forma de mirar al mundo en el sentido de que, al no poder alcanzar un conocimiento de la realidad objetiva, se hacen hipótesis sobre la realidad, y en este caso de las relaciones de los consultantes. Es así que las hipótesis pueden irse modificando según emerge información sobre la organización de la familia, las creencias, las premisas, los contextos de referencia y los sistemas significativos. Se plantean de tal forma que conecten las pautas de relación de todos los miembros de la familia, al menos de tres, y a los sistemas significativos relacionados con la problemática. Cuando el terapeuta tiene dificultad para desarrollar hipótesis se puede decir que ha aceptado el esquema explicativo de la familia y ha perdido la curiosidad, por lo que se insta a que éste actúe de forma dialógica a manera



que cuestione las historias de la familia así como las que el terapeuta ha elaborado sobre ésta (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980; Reséndiz, 2010; Cecchin, 1987; Bertrando, 2011).

Las familias tienen esquemas explicativos sobre sus interacciones y comportamientos, cuando estos esquemas dejan de ser útiles a la familia surgen conflictos, por lo que el terapeuta ofrece nuevos esquemas que contrasten con los del sistema familiar. Antes de formular las hipótesis, es importante que el terapeuta se familiarice con la forma en la que la familia percibe, explica, interpreta y atribuye significados e intencionalidad, no sólo sobre la conducta sino también sobre las relaciones; es decir, que conozca el sistema de creencias de la familia así como sus esquemas explicativos. Al conocerlas, el terapeuta puede hacer uso de estas explicaciones y creencias a favor de abrir posibilidades para aquellas que se encuentran fuera de la realidad familiar; a partir de preguntas y comentarios informativos el terapeuta introduce aspectos de la(s) hipótesis, las da a conocer a la familia de forma que en un diálogo colaborativo se pueden extender, criticar, modificar, ampliar o descartar, según la respuesta de la familia a éstas. (Ugazio, 1985 ; Bertrando, 2011).

Su utilidad radica en que ayudan a dirigir la búsqueda de información y sirven de guía para la intervención; en este sentido, la hipotetización además de ser un principio es en sí misma una forma de intervención dentro del proceso terapéutico (Selvini et al., 1980; Reséndiz, 2010; Cecchin, 1987).

*Circularidad.* Involucra la retroalimentación del sistema y sus integrantes. En este sentido, el terapeuta contrasta las hipótesis, las ideas, las impresiones y las emociones que le surgen con las respuestas de la familia, de manera que esta información le sirve para obtener una visión del

sistema de relaciones de ésta. Cada integrante de la familia tiene la posibilidad de describir cómo percibe sus relaciones y las de los otros, de forma que esta metacomunicación introduce información en el sistema. Para obtener esta información se utiliza el interrogatorio circular a partir del cual se muestra la arquitectura del sistema y del problema; al integrar las preguntas al proceso exploratorio, el interrogatorio se convierte en una forma de intervención (Selvini et al., 1980; Reséndiz, 2010; Boscolo et al., 1987).

El interrogatorio circular es un método a partir del cual el terapeuta crea curiosidad tanto para el sistema familiar como para el terapéutico; así mismo permite socavar las creencias de la familia basadas en verdades absolutas, cuando esto sucede se crean posibilidades para construir nuevas historias que sean útiles a la familia (Cecchin, 1987).

*Neutralidad.* Hace referencia a una postura del terapeuta frente a la familia, principalmente de curiosidad, en la que se explicita un interés por las distintas posiciones que hay dentro del sistema, siempre acompañada de respeto hacia los integrantes de la familia sin emitir juicios sobre estos. Por decirlo de alguna forma, el terapeuta se alía temporalmente con cada miembro de la familia a la vez que mantiene una posición distante, de forma que no toma partido por nadie (Selvini et al., 1980; Reséndiz, 2010).

La neutralidad, vista como un estado de curiosidad, permite la exploración e invención de alternativas y movimientos posibles para el sistema familiar, y a ver múltiples posibilidades para las puntuaciones dadas a una conducta, interpretación, eventos y relaciones. Centra su interés en la utilidad (cómo ayudan a darle sentido al mundo) que tienen las explicaciones del comportamiento, más que en conocer si son o no verdaderas. A este principio se agrega la idea

de estética, a partir de esta orientación se pone interés en los patrones de interacción, enfatizando la multiplicidad de los mismos, y cómo es que todas las descripciones de la familia encajan; al haber múltiples alternativas se mantiene la curiosidad (Cecchin, 1987).

Cecchin (1987) plantea que el terapeuta se puede dar cuenta cuando no está teniendo una posición de neutralidad a partir de dos síntomas: el aburrimiento y los síntomas psicósomáticos. Respecto al aburrimiento, menciona que éste se presenta cuando el terapeuta siente que ya sabe lo que está sucediendo, es decir, cuando no hay información nueva que haga una diferencia y deja de ser curioso. Sobre los síntomas psicósomáticos el autor señala que algunos de los más comunes son dolores de cabeza, transpiración, presión alta y dolor de espalda, y que el terapeuta debe aprender a reconocer cuáles son sus respuestas somáticas. En este sentido, menciona que estos generalmente surgen cuando hay un conflicto entre el terapeuta y el contexto en el que trabaja, y siente que no está siendo terapéutico. Como resolución a dicho problema propone que es útil hacer lo que el contexto demanda al mismo tiempo que evita tomar responsabilidad de controlar el problema. Plantea que la responsabilidad terapéutica comienza con ver la posición que el terapeuta tiene en el sistema.

*Posición del terapeuta.* Se refiere a que el terapeuta se haga consciente de la posición que tiene en el sistema terapéutico; que reflexione sobre cómo se relacionan la posición dada por el contexto y la posición que elige tener, a la vez que considere que esta posición puede cambiar en el transcurso del proceso terapéutico (Bertrando, 2011).

*Relación terapéutica.* Al considerar que lo que hace que una terapia sea terapia es el tipo y la calidad de relación entre el terapeuta y los consultantes, el terapeuta debe hacer conciencia de la relación que está construyendo con los consultantes dentro un contexto de terapia, a la vez que se cuestiona qué es lo que está haciendo, cómo lo está haciendo y cuánto sabe de lo que está haciendo, y reconoce las limitaciones de sus puntos de vista (Bertrando, 2011).

*Diálogo.* El terapeuta debe tener en cuenta qué tipo de diálogo está teniendo en el espacio terapéutico; en esta terapia, se busca tener un diálogo comprensivo que permita concebir ideas sobre la situación de los consultantes y llegar a una clarificación o surgimiento de nuevos entendimientos a partir de elaborar hipótesis y usar preguntas circulares. Al entrar en un diálogo terapéutico, es importante que se hable de lo que el cliente quiere hablar, a su ritmo y en su propio lenguaje, y así también, considerar que cada uno de los participantes entra con opiniones, ideas y emociones propias que confluyen en la conversación (Bertrando, 2011).

### ***Formas de intervención.***

Las intervenciones de este enfoque no van dirigidas a un resultado en particular, al concebir al problema como una ecología de ideas las intervenciones procuran empujar al sistema hacia resultados imprevisibles pero benéficos para la familia. Se considera que el momento en el que se promueve el cambio inicia al definir la relación entre el terapeuta y la familia; y en este sentido, al considerar que la construcción del sistema terapéutico es relevante en el proceso de cambio, se entiende que el espacio en el que se desarrolla la terapia también lo es. Las técnicas son la forma práctica de llevar a la acción las ideas básicas del enfoque y comprenden: la propia

sesión terapéutica, en la que se incluyen la forma en la que se estructura y el trabajo con el equipo terapéutico, el interrogatorio circular, la connotación positiva, las intervenciones finales y la presentificación del tercero (Boscolo et al., 1987; Ugazio, 1985; Bertrando, 2011).

*Sesión terapéutica.* La sesión terapéutica se compone por el sistema terapéutico y el espacio en el que se desarrolla la terapia; a través del diálogo y del uso del interrogatorio circular se exploran y se cuestionan creencias y premisas de la familia, lo que permite construir múltiples significados alternos a los esquemas de la familia. En este diálogo también entran las diversas voces y visiones de los miembros del equipo terapéutico, lo que amplía las hipótesis y posibles formas de entretelar las relaciones de la familia. Aunque en los procesos terapéuticos no siempre se tiene la posibilidad de trabajar en equipo, en el entrenamiento como terapeutas es un elemento fundamental para el aprendizaje y adquisición de la sensibilidad sistémica (Boscolo et al., 1987; Ugazio, 1985; Bertrando, 2011).

La estructura de la sesión se divide en cinco partes: (1) Pre-sesión, en la que se analiza la información previa que se tiene de la familia o de las sesiones anteriores; (2) Sesión misma, donde los terapeutas se centran en propiciar interacciones, obtener información y ampliar o modificar los significados e interacciones de la familia, mientras el equipo observa del otro lado del espejo; (3) Discusión, en la que los terapeutas hacen una pausa y acuden a conversar con el equipo sobre lo observado y deciden qué mensaje quieren transmitir a la familia; (4) Conclusión, los terapeutas regresan con la familia a conversar sobre las ideas planteadas con el equipo así como mencionar aspectos relevantes de la sesión ; y (5) Post-sesión, cuando la familia se ha retirado se reúnen los terapeutas con el equipo y realizan una síntesis de la sesión y se formulan ideas y preguntas guía para la siguiente (Rodríguez, 2004).

*Interrogatorio Circular.* La información que se obtiene del interrogatorio orienta al terapeuta respecto a la situación actual de la familia, y gira en torno a las diferencias en la relación que la familia percibe antes y después de que surgió el problema, las explicaciones que se dan a sí mismos sobre el problema y las formas de interacción, distinguir palabras clave y visibilizar que tan rígidas o flexibles son las interacciones; las preguntas son alimentadas en gran medida por la curiosidad del terapeuta (Penn, 1982; Tomm 1988).

El interrogatorio circular se considera una intervención debido a que durante la entrevista, y a partir de las respuestas, se van construyendo nuevos significados con la familia, de forma que es posible conectar, resignificar, introducir información y generar una visión relacional entre ideas, significados y comportamientos. Por otro lado, este interrogatorio también es útil para desarrollar, modificar o descartar hipótesis sobre la familia (Cecchin, 1987; Rodríguez, 2004; Tomm, 1987; Bertrando, 2011).

Al realizar las preguntas se usa un lenguaje de relación, de manera tal que los cuestionamientos se dirijan a conocer los patrones de interacción y no los hechos. Los tipos de preguntas pueden orientarse a indagar sobre las diferencias y cambios en el comportamiento, plantear situaciones hipotéticas, graduar un comportamiento o interacción, obtener información sobre la relación de otros miembros del sistema, entre otras. En la tabla 8 se presentan diversos tipos de preguntas así como hacia donde van dirigidas. Las preguntas más propensas a promover el cambio son las hipotéticas y las que involucran soluciones futuras (Rodríguez, 2004; Tomm, 1987; Cecchin, 1987; Boscolo et al. 1985).

Tabla 8. Tipos de preguntas para el interrogatorio circular (Penn, 1982; Tomm, 1987).

Tipos de preguntas	Orientación de las preguntas
Explicativas. (puntos de vista)	Conocer la definición que da la familia sobre el problema, las explicaciones que se dan sobre el problema, las interacciones y las relaciones; ya sean propias o de los otros. Conocer la secuencia de interacción problemática.
Orientadas al futuro. (construcción de un futuro)	Promover la construcción de metas familiares y operacionalizar las vagas; explorar resultados anticipados, posibilidades hipotéticas y expectativas catastróficas; resaltar consecuencias potenciales; sugerir acciones futuras; introducir historias y dilemas; y promover esperanza y optimismo.
Perspectiva del observador. (observarse a sí mismo y a los otros)	Mejorar la autoconciencia; explorar que creen que piensan los otros; conocer la percepción interpersonal; obtener información triádica (uno habla sobre la relación de otros dos); promover la habilidad de los integrantes para distinguir comportamientos, eventos o patrones; ver el significado de ciertas conductas y eventos al reconocer su rol en los patrones de interacción.
Cambio de contexto y/o secuencias inesperadas. (ampliar perspectiva sobre la percepción de conductas y eventos)	Explorar contenidos, contextos y significados opuestos a los conocidos; explorar la necesidad de conservar <i>status quo</i> y de impulsos temidos; introducir confusión paradójica; interrumpir la secuencia problemática y cuestionar qué harían diferente.
Introducir sugerencias.	Señalar una dirección que podría ser útil a través de sugerir un reencuadre, acciones alternativas, responsabilidad por las propias acciones y voluntad para actuar diferente.
Comparación social.	Contrastar normas culturales; orientar hacia la normalización de ciertas conductas, y hacia interacciones más saludables al compararse con el contexto social y cultural.
Clarificar distinciones.	Clarificar atribuciones causales, categorías, secuencias y dilemas; introducir metáforas; invitar a no tener certezas y más historias.
Introducir hipótesis.	Revelar recursividad, mecanismos de defensa, respuestas problemáticas, necesidades básicas, motivos alternos, peligros del cambio, hipótesis sobre el sistema terapéutico y/o exponer un impasse terapéutico.

*Connotación positiva.* Es reformulada como connotación lógica; se volvió una visión positiva, un ejercicio de reconocimiento sobre la identidad y la vida familiar. Parte de la idea de que todos los comportamientos de los integrantes de la familia están dirigidos a mantener la unión y cohesión del grupo familiar. Se trata de un mensaje a través del cual se comunica a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto, que permite situar a todos los miembros de la familia en un mismo nivel, acceder al sistema familiar y confirmar la

homeostasis del mismo; de forma que se valida la dificultad para romper ciertos hábitos. Así mismo, tiene dos funciones terapéuticas importantes: definir de forma clara la relación entre la familia y el terapeuta, sin peligro de recibir una descalificación; y definir el contexto como terapéutico (Selvini et al., 1986; Boscolo et al., 1987).

*Intervenciones finales.* En un inicio estas intervenciones eran a partir de las que se daban prescripciones y rituales a las familias; no obstante, en la actualidad contempla como un espacio en el que se comparten ideas, dudas, afirmaciones, encuadres o un resumen de lo ocurrido a lo largo de la sesión (Bertrando, 2011).

*Presentificación del tercero.* Esta técnica se usa principalmente en un escenario de trabajo individual con la intención de no dejar fuera la visión sistémica. El terapeuta busca crear conexiones entre el mundo interno y externo de la persona, a la vez que se interesa en los patrones que vinculan acciones, relaciones, emociones y significados del consultante; de forma que al sólo estar terapeuta y cliente, la introducción de un tercero ausente sirve para conocer las relaciones del consultante con los otros y evocar a aquellos que son significantes en la vida de la persona, y cómo éste percibe y entiende los pensamientos y emociones propios y de los otros (Bertrando, 2011).

### ***Elementos del sistema familiar.***

Al considerar al sistema, toman importancia conceptos como premisas, significados, sistemas emotivos, contextos, tiempos, historias, creencias y procesos familiares. Los prejuicios



de los terapeutas se validan y se destaca que son los lentes a través de los cuales miran su realidad, por lo que la responsabilidad terapéutica está sujeta a la posición del terapeuta en el sistema. Desarrollan el concepto de sistema significativo, que incluye a todos aquellos (personas o instituciones) que están relacionados con el problema y con el intento de solucionarlo (Boscolo et al, 1987; Reséndiz, 2010).

*Premisas.* La premisa es el valor de referencia o principio orientador que mantiene a la familia andando, a partir de ésta los integrantes del sistema guían sus interacciones durante el tiempo que les sean útiles, cuando dejan de serlo se generan situaciones conflictivas. La terapia se dirige a buscar una o más premisas que parezcan mantener las conductas problemáticas, una vez identificadas el terapeuta trata de señalarlas en los mensajes que da a la familia o a través de las preguntas que hace con la idea de que puedan ser modificadas a manera que cambie la perspectiva de la situación (Boscolo et al., 1985; Boscolo et al., 1987).

Además de pensar en las premisas de la familia, es importante tener en cuenta las del terapeuta; desde un enfoque sistémico el terapeuta piensa a la familia en términos de epistemología circular (Boscolo et al., 1985)

Al partir de cuestionar las premisas que mantienen rígidas las conductas vinculadas al problema, dichas conductas pueden ser encuadradas en una hipótesis en la que se las relaciona con las premisas identificadas; en este sentido, se entiende que no es posible separar las ideas de las conductas ya que unas son aspectos de las otras (Boscolo et al., 1987).

*Procesos familiares.* La familia pone en práctica procesos adaptativos, de forma simultánea, ante los cambios de sus elementos y los que suceden en el entorno en el cual se

relacionan; reorganizan sus relaciones en las diversas fases de su vida, situaciones emergentes y temas importantes. Se entiende por procesos a las formas de negociación, acomodamiento recíproco, coordinación y reestructuración de las familias ante los cambios; estos permiten que los individuos asuman diferentes posiciones a lo largo de su historia familiar para lograr resolver las discontinuidades de la vida a la vez que incorporan nuevos significados y formas familiares (Reséndiz, 2014).

La vida de la familia está ligada a cuatro macro-procesos: morfostático, promueve estabilidad y continuidad frente a variaciones del entorno; morfogenético, regula las transformaciones del sistema; cohesión grupal, implica la habilidad del sistema para coordinarse y sintonizarse entre sus miembros al mismo tiempo que promueve oportunidad para que estos entren y salgan del sistema familiar; y complementariedad, la forma en que se relacionan los integrantes con la multiplicidad de identidades (Reséndiz, 2014).

*Sistemas de significado.* La construcción de significados se da a través de la forma en la que el individuo percibe, categoriza, interpreta y atribuye significado e intención a la conducta propia y de los otros; las premisas y los paradigmas organizan dicha construcción. Las premisas, mencionadas anteriormente, puntúan la realidad familiar compartida; mientras que los paradigmas se refieren a las creencias de la familia (configuración), la forma en la que piensa que es percibida (coordinación), y la orientación que muestra respecto a los eventos del mundo (información del sistema); es decir, la forma en la que la familia se relaciona con y en el mundo (Ugazio, 1985; Reséndiz, 2014).

La comunicación en los sistemas comprende seis niveles, organizados y conectados por circuitos recursivos: contenido, actos lingüísticos, episodios, relaciones, biografía interna y modelos culturales. Para el manejo coordinado de los significados construidos a partir de estos niveles se contemplan elementos como: la fuerza contextual e implicativa; los principios regulativos y constitutivos; los circuitos armónicos y circuitos bizarros; y la recursividad entre niveles. La forma en la que se interpreten y signifiquen los eventos depende en gran medida del contexto desde el que se les está mirando. (Reséndiz, 2014).

Para el entendimiento de los significados construidos por las familias, Ugazio (2013) propone ver las relaciones a partir de polaridades semánticas desde las que los individuos se posicionan en la interacción según los significados compartidos que tenga con los integrantes del grupo. Las polaridades son discursivas y están construidas desde las emociones, cada categorización tiene un valor añadido y evoca una emoción diferente.

Las polaridades semánticas permiten organizar la experiencia del individuo en su vida cotidiana, y cuentan con ciertas cualidades: (a) Son una red compartida, señalan qué características son relevantes en cada grupo en el que se encuentra y permite tener una trama compartida de significados; (b) El posicionamiento es inevitable, al formar parte de un grupo se toma una posición dentro de éste, acorde con las que son relevantes para ese grupo en particular. Es importante señalar que las polaridades son triádicas, ya que se contemplan los polos y una posición intermedia; (c) La interdependencia de múltiples self's, se refiere a que las personas se posicionan de diferentes formas y en diferentes contextos, y en cada conversación incrusta su identidad en los otros miembros, garantizando así la intersubjetividad y generando una comunidad de identidades interconectadas (Ugazio, 2013).

*Contextos e interdependencia de los contextos.* El contexto comprende las circunstancias en la que emerge y se desarrolla un suceso determinado, y está constituido por premisas, puntos de vista, sistemas de representación y de significado de quien efectúa las descripciones de un acontecimiento. El análisis del contexto se enfoca en las circunstancias en las que se da un hecho así como en los significados que se asumen en relación al sistema de representaciones de los involucrados; el contexto se puede concebir como estático y como una construcción recursiva a través de procesos simbólicos e interactivos (Fruggeri, 1992).

Se vuelve importante la forma en cómo los sistemas de representación y de significado del terapeuta y la familia se coordinan para construir formas de relaciones que crean el contexto, que a su vez se vuelve la matriz de significados de las interacciones de los integrantes del sistema (Fruggeri, 1992).

*Tiempos y concordancia entre los tiempos.* El sistema puede ser observado en términos de las dimensiones de tiempo: presente, pasado y futuro (eje diacrónico); los cuales están unidos en un anillo reflexivo en el que uno recibe su significado a partir de los otros dos. No obstante, el presente es el único marco temporal para la acción, por lo que el tiempo solo puede experimentarse en el presente como un continuo que se contrapone a un pasado y a un futuro; dicho esto, se advierte un presente de cosas pasadas (memoria), un presente de cosas presentes (percepción directa), y un presente de cosas futuras (expectativas) (Boscolo y Bertrando, 1992; Boscolo y Bertrando, 1996).

Por otro lado, el tiempo también aborda niveles individuales (fenomenológico), sociales (sociológico) y culturales (antropológico) -eje sincrónico. El tiempo individual se refiere al tiempo interior de cada individuo e implica la forma en la que éste se posiciona como observador de sí mismo así como el modo en el que percibe las interacciones con otros y con el mundo; cada individuo puede manifestar un tiempo característico: hipoactivo, apático o hiperactivo. El tiempo cultural surge como resultado de las interacciones entre personas que pertenecen a una cultura, dentro de ésta hay cuatro categorías de tiempo: progresivo, estático, ondulatorio y circular. El tiempo social es aquel que da orden temporal al mundo de forma regular y previsible, para ser considerado de esta forma se deben tener en cuenta ciertos parámetros de los acontecimientos: estructura de la sucesión, duración, colocación temporal y frecuencia con la que suceden (Boscolo y Bertrando, 1996).

La familia puede ser vista a partir de los dos anillos del tiempo: diacrónico (basado en el proceso) y sincrónico (basado en la distinción). A través del eje diacrónico, se diferencian descripciones a partir de dos marcos temporales: la estabilidad del sistema familiar -ciclo del tiempo-, mantenida por eventos recursivos generacionales; y el cambio -flecha del tiempo-, aquellas modificaciones que hacen a la familia distinta a como era antes. Mientras que en el eje sincrónico se observa a la familia tal como es en el momento de la observación y la descripción de las relaciones entre los miembros que caracterizan a la familia, así como la pertenencia a una clase social (Boscolo y Bertrando, 1996).

Las historias entrelazadas de la familia configuran el pasado, el presente y el futuro; entre más historias distintas se tengan será mayor la posibilidad de que la familia y sus integrantes se enriquezcan de forma emocional e intelectual, si éstas son limitadas, podrán surgir situaciones

complejas ante historias no compatibles con las suyas. Así mismo la gama de tiempos con los que el individuo cuenta son proporcionales a la capacidad de adaptación en los acontecimientos y en las relaciones. Frente a una crisis, la familia busca armonizar los tiempos de forma que tengan un horizonte temporal común y se genere una recalibración (Boscolo y Bertrando, 1996).

Al considerar el tiempo en terapia, se abren nuevas posibilidades para el cambio, ya que al dar una lectura distinta al presente se puede reeditar el pasado e imaginar diversos futuros así como dar lugar a nuevas experiencias, significados e interacciones. El terapeuta explora las expectativas que la familia tiene, trae los problemas y las soluciones posibles al aquí y ahora, y busca los significados y las acciones de estos para después trabajar en el pasado y construir el futuro, junto con la familia. Al explorar el pasado, es posible observar cómo el tiempo los ha llevado a las soluciones en el presente y cómo se ha creado la red de interacciones. (Boscolo y Bertrando, 1992; Boscolo y Bertrando, 1996).

El terapeuta, a partir de su experiencia de vida, se forma ciertos preconceptos, nociones, ideas, emociones y convicciones, es decir, prejuicios, desde los que se relaciona con otros individuos, en este caso, con la familia y sus integrantes. Los prejuicios, tanto del terapeuta como de la familia, moldean la conversación y la terapia, e interactúan de forma recursiva a manera de que estos pueden modificarse y/o cuestionarse (Cecchin, Lane y Wendel, 1997).

Es relevante explorar como la vida personal del terapeuta influencia sus prejuicios y su manera de operar, de forma que, al reconocerlos, pueda asumir responsabilidad por ellos y utilizarlos de forma provechosa en la terapia. Cecchin et al. (1997) señalan que hay ciertos peligros frente a los prejuicios del ser terapeuta debido a que estos pueden pensarse como

verdades absolutas y llevarlo a imponer su forma de ver el mundo; algunos de estos riesgos pueden dirigirse a pensar saber qué es lo mejor para los consultantes o considerar que necesitan corregir la forma en la que se relacionan, actúan y se expresan. En este sentido, invitan a los terapeutas a tener presente sus prejuicios y cultivar pequeñas dudas, al menos una, sobre lo que están observando; no obstante, también señalan que en ocasiones es necesario tomar una postura frente a ciertas situaciones.

Las familias que acuden a terapia frecuentemente expresan prejuicios rígidos a los que están estrechamente ligados, al cuestionar estos prejuicios que no les están siendo útiles su propia identidad se ve amenazada, ya que depende de ese prejuicio. Debido a lo anterior, el terapeuta debe mostrarse respetuoso y buscar entender cómo estas ideas les son de utilidad e ir introduciendo información a medida que se van flexibilizando (Cecchin et al., 1997).

### ***Consideraciones finales.***

La evolución de la terapia de Milán se ha complejizado a lo largo del tiempo, llevándola a ser, más que un modelo, una forma de ver y estar en el mundo, que en el campo de la terapia permite al terapeuta tomar una postura de entendimiento, respeto, irreverencia y curiosidad; e identificar en la autoreflexión los lentes desde los cuáles ve el mundo y se relaciona, en este caso, con los consultantes.

Es una forma de mirar desde el aspecto relacional y el contexto, sin perder de vista a los individuos que son parte de las relaciones; toma en cuenta un sinfín de elementos en el trabajo terapéutico y confía en que la familia realizará los cambios que considere pertinentes para su mejor funcionamiento.

La postura del terapeuta propuesta por el modelo me parece fundamental, ya que se aleja de la idea de normatividad y se acerca a la de curiosidad, a buscar el entendimiento de la forma en la que la familia se organiza y se relaciona sin emitir juicios, parte de una postura de respeto hacia la familia.

Es en esta búsqueda de entendimiento, donde se van construyendo con la familia nuevas formas de significar la realidad; a partir de los cuestionamientos, se van modificando y cuestionando ideas que en ocasiones podían parecer rígidas, permite abrir un espacio de intercambio en el que la confianza y la comprensión son fundamentales.

Es un enfoque que considera tanto las interacciones, significados y emociones en las relaciones de los consultantes. Al buscar el entendimiento de las relaciones de los consultantes y de las situaciones que viven y de conocer cómo es que han llegado hasta donde están, se abre un espacio para que se posibilite el cambio; en este sentido, cuestionar e indagar desde la curiosidad genera un espacio de respeto y confianza en los integrantes del sistema terapéutico, un clima que permite intercambiar ideas e hipótesis como formas alternativas de entender lo que sucede y como se generan conexiones en las relaciones, y así llegar a nuevos entendimientos que beneficien a los consultantes.

## **2.2 Análisis del tema que sustenta los casos clínicos**

### **2.2.1 La Identidad Personal.**

La identidad personal se desarrolla, configura y mantiene en la interacción. Es la “tarjeta de presentación”, la base de la interacción social a partir de la que el individuo se reconoce a sí mismo y se da a conocer ante los otros como persona con características, modos de ser, pensar y



actuar que le hacen único, independiente y diferente de los demás. La identidad comprende la conciencia, el sentimiento y la determinación que cada individuo tiene de su mismidad; y puede entenderse como un proceso organizativo que, a partir de la reflexividad, da sentido, significado, coherencia, consistencia y continuidad a su trayectoria de vida, da cuenta de una manera de existir en el mundo y de la conciencia de esa existencia (Álvarez-Munárriz, 2011; Moltedo, 2006; Giddens, 1991; Toledo, 2012).

Al ser una entidad que se crea en la interacción social, la identidad personal no es estática, es dinámica y estable; es dinámica en el sentido de que puede modificarse al incorporar la información resultante de las experiencias, de lo que la persona va interiorizando y asimilando, y estable en tanto que mantiene ciertas características y formas de ser, pensar, actuar y sentir que le dan un sentido de trayectoria y de ser persona.

La identidad personal corresponde al proceso de apropiación simbólica de las experiencias de vida a partir de las cuales el individuo la configura y mantiene acorde a las respuestas que obtiene en la interacción, y a las interpretaciones y significados que da a su experiencia, de forma que estas construcciones influyen en cómo se conduce en el mundo. Además de las interacciones, la identidad personal se ve influenciada por fibras como la raza, nacionalidad, etnia, edad, clase social, salud física y mental, género, orientación sexual, educación, religión, posesiones materiales, que corresponden a discursos sociales y culturales a partir de los cuales construye una realidad subjetiva, la imagen de sí mismo, y un sentido personal (Álvarez-Munárriz, 2011; Revilla, 2003; Páramo, 2008; Toledo, 2012).

La forma en la que el individuo da cuenta de su identidad personal es a través de sus acciones, del lenguaje y de las narrativas que elabora sobre sí mismo; y es a partir de estas

narrativas que el individuo da sentido y significado a su propia vida (Gergen y Gergen, 1997; Bello, 2000). En este sentido, Giddens (1991) señala que la identidad de la persona se encuentra en la capacidad de mantener una narrativa particular que se hace explícita y en la que se vislumbra cómo el individuo ha llegado a lo que es y hacia dónde va.

El individuo se desarrolla en el marco de procesos relacionales, comunicacionales, históricos y culturales, y se constituye por elementos biológicos, cognitivos, afectivos y sociales que sujetan al individuo a su identidad personal y a sus autorrelatos, de forma que estos se anclan en su corporalidad, subjetividad, nombre propio, autoconciencia y demandas de la interacción (Revilla, 2003; Miró, 2005; Toledo, 2012).

Como individuos, somos seres corporeizados, contamos con un cuerpo con ciertas características que nos diferencia de los demás. En este sentido, la apariencia física nos da un sentido de unicidad y continuidad, una identidad física estable, aunque debido al crecimiento y evolución también es cambiante, generando la paradoja de que somos siempre los mismos a la vez que diferentes. Así mismo, el cuerpo también está ligado a la capacidad de agencia y de autonomía, y al ser dueños de nuestro cuerpo, somos también responsables de nuestros actos y de sus consecuencias, tenemos control sobre nuestra actuación (Revilla, 2003).

A partir del cuerpo y con el cuerpo es que el sujeto establece su relación con su entorno, es el lugar en el que se generan los procesos cognitivos, sensoriales y afectivos que le permiten acceder a las experiencias y darles un sentido y significado. Es así que el cuerpo puede ser visto como el contenedor de la identidad personal, en donde se manifiesta, por lo que la corporeidad tiene un rol fundamental en mantener la coherencia de la identidad, al ser el lugar donde se

integran los significados y las actuaciones con las que se relaciona el individuo con su entorno (Toledo, 2012; Revilla, 2003; Giddens, 1991).

El nombre propio le da al individuo otro elemento de distinción de los otros, le otorga una marca distintiva a la que aferrarse para saberse uno mismo y lo liga también a un tiempo, espacio, relaciones y pertenencia a una familia y sociedad. A partir del nombre el individuo se relaciona con los otros, las instituciones, la sociedad y la cultura, y permite que el sujeto tenga una forma de llamarse al autoreferenciarse y presentarse a los demás, así como hacerlo responsable de su cuerpo y sus acciones. Al ser un elemento permanente en la vida del individuo contribuye a mantener el sentido de permanencia y unicidad (Revilla, 2003).

La diferenciación del sí mismo, del yo y el no-yo, es un proceso fundamental en la construcción y desarrollo de la identidad personal. A partir de esta diferenciación el individuo distingue un sentido interno –autopercepción- y uno externo – percepción del mundo-, estímulos que si bien son distintos también son simultáneos. Es en esta progresiva diferenciación que el individuo construye activamente su propia identidad, reconoce las características que le hacen ser diferente e igual al otro, igual en tanto persona con un cuerpo, un lenguaje, una estructura mental y un proceso de organización, diferente en cuanto sus características físicas, cognitivas y afectivas que le dotan de unicidad. Para llegar a este reconocimiento, el individuo debe estar en presencia de y en interacción con otros (Guidano, 1987; Giddens, 1991).

A partir de la diferenciación de sí mismo, de concebirse como persona en interacción con otros y con un mundo externo, el individuo construye una concepción de la realidad, construcción que a su vez incide en como el sujeto se ve a sí mismo; en esta interacción, que está dotada de una continuidad de espacio-tiempo, el individuo va apropiándose de conductas, de formas de ser

y pensar, reconoce sus emociones, las consecuencias de sus acciones, se responsabiliza de su persona, y toma conciencia de sí mismo. Así también, cada una de las experiencias que vive el individuo, le sitúa en una posición que supone una representación de sí, de forma que a lo largo de la vida se van sumando, matizando y solapando representaciones del individuo y así también va eligiendo estas representaciones de forma activa (Guidano, 1987; González, Fernández & Fernández, 2007).

Esta trama de interacciones, experiencias y significados, componen el marco en el cual el individuo existe y se desarrolla, lo cual se convierte en el espacio en el que se puede entender la forma en que se llega a ser persona, espacio que permite un diálogo entre el individuo y sus otros de referencia y la apropiación de actitudes de los otros hacia sí mismo. Pero este espacio no es fijo, al estar sujeto a la temporalidad está en constante cambio, y así también la identidad, por lo que no sólo es entender cómo se llega a ser persona, sino cómo se está siendo persona en una trayectoria que implica un pasado, un presente y un futuro; y es aquí donde el individuo, en su identidad personal, a partir de la conciencia de su propia existencia mantiene una coherencia y continuidad de su estar siendo persona pero que también cambia en cuanto a las exigencias del entorno lo requieran, refleja lo que ha sido y lo que desea ser (Álvarez-Munárriz, 2011; Revilla, 2003; Toledo, 2012).

Este marco en el que el individuo se desenvuelve está delimitado por una sociedad y una cultura que provee discursos sociales sobre características, creencias, roles y actuaciones, guiones a ejecutar según el escenario en el que se encuentre. Estos discursos sociales y culturales influyen las valoraciones que el individuo hace sobre su propio comportamiento, de forma que constantemente se está evaluando, incluso en situaciones en que no hay otro que lo observe. Hoy

en día hay mucha mayor gama de posibilidades sobre cómo ser, mayor flexibilidad y agencia para hacerlo (Páramo, 2008).

La identidad personal entonces se construye por su historia personal, por los acontecimientos que vivencia y forman parte de la trama de su biografía, por los elementos comunes a su familia y a la sociedad a la que pertenece. La historia personal permite comprender cómo cada individuo ha sido llamado a ocupar ciertas posiciones sociales, desde las que construye su entorno y a sí mismo, siendo de esta manera, individuo y contexto, coautores de la identidad personal (Toledo, 2012; Bontempo, Flores & Ramírez, 2012) Para Giddens (1991), las prácticas que el sujeto adopta en su actuar en la vida le dan una particular narrativa en la identidad personal, y constituyen un estilo de vida, una forma particular de encontrarse consigo mismo y con el otro en el mundo; considera que las oportunidades de vida, la presión social y las circunstancias socioeconómicas condicionan su estilo de vida.

Al pensar al individuo como un ser social, en constante relación con el otro y el mundo, se puede entender que las interacciones generan experiencias, a las que el individuo les otorga un orden, importancia, valor, significado e interpretación. Las experiencias son aquellas cosas que nos pasan en la interacción con el mundo y con los otros, y ocurre en dos niveles: la vivencia inmediata, tácita, emocional y continua, y el ordenamiento de dicha vivencia, que es explícito, cognitivo y discontinuo. En la interpretación y construcción de los significados de la experiencia se ponen en juego procesos cognitivos y afectivos a partir de los cuales el individuo da sentido, continuidad y coherencia a la vivencia inmediata (Miró, 2005).

El individuo filtra sus experiencias a través de sus capacidades perceptuales, y abstrae características, roles, normas, convenciones y comportamientos que dan significado, orientación

y justificación a lo que hace. A partir del cúmulo de experiencias, el individuo tiene internalizaciones y esquemas previos que le permiten definir las situaciones en las que se encuentra y así presentar una impresión de sí acorde al momento; además, en la interacción, las acciones que el individuo realiza tienen una respuesta en el otro y en su entorno, y conforme a estas respuestas el individuo reafirma o modifica su actuar en el mundo, de forma que lo que se apropia da coherencia, sentido y significado a su persona (Vera & Valenzuela, 2012).

Las experiencias están insertas en la temporalidad, y para poder unificar la temporalidad (presente, pasado, futuro) necesita de la conciencia del yo, de la auto-reflexividad, proceso fundamental para el desarrollo de la identidad personal. La conciencia, es una facultad que le permite poner atención sobre sí mismo: pensamientos y emociones, de volver al pasado para reinterpretar sus experiencias; este proceso se configura en la experiencia e interacción con el medio y las significaciones sociales dadas, a partir de las que se asumen modos de pensar, ser y actuar que dan significado a la vida del individuo, esta conciencia, la manera en que se percibe el individuo orienta las preferencias y las decisiones, y dota de continuidad al sí mismo al hacerse consciente de que ese sí mismo está viviendo y actuando en el tiempo, en una trayectoria (Álvarez-Munárriz, 2011; Páramo, 2008; Toledo, 2012; Guidano, 1987).

La autoconciencia o reflexividad es la capacidad que tiene el individuo de verse y pensarse a sí mismo como persona entre otras en una continuidad en el tiempo y espacio, y de tener un pensamiento anticipativo y retrospectivo. El ejercicio de la reflexividad es una acción transformativa, ya que al regresar sobre la experiencia el individuo hace uso de su memoria y criterio para discriminar acciones y significados de forma que, al pensarse a sí mismo, puede identificar aquello que se mantiene de él y lo que se ha transformado, así como también lo que

desea modificar y lo que desea construir (Revilla, 2003; Guidano, 1994; Moltedo, 2006; Toledo, 2012).

A partir de la conciencia propia, la memoria y el lenguaje, el individuo hace narraciones en las que se refiere a sí mismo y a sus experiencias con el otro, y recoge los significantes y significados más importantes. En este sentido, cada individuo tiene una narración particular que se construye y actualiza a través de las percepciones, sentimientos, pensamientos y acciones, y lo sujeta a su historia e identidad (Revilla, 2003; Miró, 2005).

El lenguaje es un medio a partir del cual el individuo adquiere la mayor parte de la información sobre sus relaciones con el entorno, reordena la experiencia inmediata y estabiliza la coherencia interna. Permite verbalizar lo que piensa de sí, de los otros y del entorno; conocer y explicitar marcos de referencia y de acción en los cuales se da la socialización; y al ser el elemento esencial de la configuración narrativa, permite identificar al *quien* de la historia (Guidano, 1994; Páramo, 2008).

Los sucesos de la vida no poseen propiedades evaluativas, éstas son atribuidas en las construcciones que el individuo hace de las experiencias, y en este sentido, la trama narrativa de las historias que elabora cada individuo se configura por la sucesión temporal y espacial de los acontecimientos, y por su propio punto de vista y de los actores incluidos en el suceso (emociones, pensamientos y creencias). En la construcción de la trama le da un sentido al mundo y a su propia experiencia, de forma que articula la reconstrucción del pasado, la apropiación del presente y la proyección del futuro, con lo que hace evidente su capacidad de intervenir sobre su propia historia (Miró, 2005; Bello, 2000; Toledo, 2012; Gergen y Gergen, 1997).

En sus narrativas, el individuo da cuenta de los eventos relevantes en su trayectoria, une incidentes, imágenes y conceptos, hace comparaciones, identificaciones y diferenciaciones, tanto de los sucesos como de los otros, negocia significados, incluye expectativas, de forma que pueda establecer conexiones coherentes en la historia. Es así que, la capacidad de relacionar experiencias a través del tiempo es un fundamental en la construcción de la identidad del individuo (Gergen y Gergen, 1997).

La identidad personal, entonces, puede ser entendida a la vez como un producto y un proceso. Es producto en tanto que lo diferencia del resto de los individuos, lo mantiene y lo dota de unicidad. Es proceso en tanto que se construye y configura a lo largo de la vida del individuo a partir de su interacción con los otros y su entorno.

### **2.2.2 Construcción de la Identidad Personal.**

Como he señalado anteriormente, el proceso de construcción de la identidad personal se da en la interacción e inicia con la socialización primaria y transcurre durante todo el ciclo vital. No obstante, para que el individuo pueda relacionarse con su entorno y con los otros, y concebirse como persona, requiere de ciertas estructuras psíquicas a partir de las cuales desarrolla procesos cognitivos y afectivos con los que se va enfrentando al mundo.

Acorde a las teorías de desarrollo humano, en los primeros meses de vida el individuo comienza a percibir un mundo interno y uno externo, comienza a demarcar el yo del no-yo, a construir una individualidad única, a partir de la exploración del mundo y su relación con él, por sus experiencias y sensaciones corporales y sus órganos sensoriales. Margaret Mahler (1975), se refiere a esto como el proceso de separación-individuación, en el que el niño se constituye como



persona, diferenciando a su sí mismo de los otros a su alrededor, y adquiere características individuales y el lenguaje verbal. La separación-individuación se consolida alrededor de los tres años y es un proceso fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la identidad; aunque en este periodo el niño comienza a individualizarse aún no hay una conciencia sobre su sí mismo.

Aunado a este proceso fundamental para la construcción de la identidad, el individuo desarrolla estructuras cognitivas y herramientas para la interacción social. En la infancia, acorde la teoría de desarrollo cognitivo de Piaget (Gross, 2004), la estructura cognitiva está en la etapa de desarrollo de operaciones concretas, lo que significa que su pensamiento está centrado en las acciones concretas que realiza y es capaz de operaciones lógicas pero con objetos reales; es decir aún no es capaz de realizar abstracciones. Desde la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (Cloninger, 2003), el niño va desarrollando un sentido de control corporal y de independencia, mide qué tanto poder puede ejercer en su entorno, se percata que puede elaborar cosas y desarrollar habilidades que le dan reconocimiento frente al otro. Conforme va creciendo, el individuo se enfrenta a nuevas demandas sociales, va apropiándose de ciertas características, roles, competencias y habilidades. En este periodo, aún no hay una abstracción metafórica del sí mismo, se sabe persona y tiene representaciones mentales de forma concreta.

Es en la adolescencia cuando el individuo desarrolla operaciones formales y abstractas y comienza a explorar su autonomía. Según Erikson, en este periodo el sujeto está en una lucha para lograr un sentido de identidad, en el que se apropia de características que le identifiquen como único y le diferencien de los otros, principalmente de la familia. Desarrolla entonces un sentido de sí mismo, es decir, adquiere la autoconciencia, puede realizar una abstracción de su

ser como persona con ciertas características, emociones, formas de pensar y de actuar (Gross, 2004; Cloninger, 2003).

En esta dirección, podemos observar que la identidad personal se desarrolla desde los primeros meses de vida pero se tiene autoconciencia de ella en la adolescencia, es decir, aquí aparece la capacidad de reflexividad, poder volver sobre sí mismo, a sus experiencias y dotarlas de significado.

El individuo construye entonces un auto-concepto a partir de su propio reconocimiento, al diferenciar y reconocer sus propias conductas y emociones de las del otro, concibe ideas sobre sí mismo y crea una imagen que presenta ante los demás, tanto en su aspecto físico como en sus características personales, al hacer una observación de sí mismo hace descripciones de sus propias conductas, intereses, motivaciones, emociones y pensamientos, apropiándose así de ellas y conformando parte de su identidad personal; así también lo modifica a partir del resultado de las interacciones con los otros en el proceso de reafirmar las atribuciones que se da a sí mismo (Páramo, 2008; Bello, 2000).

A lo largo de la vida, el individuo en su interacción constante construye vínculos significativos con otros. En las primeras etapas de vida, los vínculos primarios permiten que el infante perciba y reconozca su totalidad, y que construya confianza en sus relaciones. Posteriormente, conforme el individuo se desarrolla, sus vínculos se van ampliando y fortaleciendo, y van construyendo las pautas para la estructura de su autoconcepto y de su identidad personal. En la adultez, los vínculos ayudan a confirmar, apoyar y expandir la realidad personal (Guidano, 1987).

Por otro lado, se puede entender al individuo como un sistema abierto complejo, inserto en un medio físico, social y cultural, que tiene la capacidad de organización, asimilación y adaptación ante los cambios, presiones y perturbaciones a las que se enfrenta para mantener su individualidad, identidad y autonomía; y aunque la estructura del sistema varía de persona a persona, el mecanismo de organización está presente en todos y garantiza la identidad personal (Álvarez-Munárriz, 2011).

Desde esta perspectiva auto-organizativa, la coherencia es la condición básica para tener una identidad consistente con el significado personal; y al ser un sistema que se organiza, el individuo es capaz de tener un equilibrio en la interacción con un mundo cambiante en la medida que las exigencias y presiones del entorno caigan dentro de los límites que ha construido el individuo en torno a su orden experiencial. A partir de la coherencia el individuo establece un vínculo entre presente, pasado y futuro, acciones y eventos contradictorios, entre la continuidad y cambio; y en la posibilidad de integrar las diferentes experiencias, aspectos de sí mismo, múltiples contextos y las incoherencias es que la identidad personal se mantiene en movimiento (Guidano, 1994; Moltedo, 2006; Bontempo, Flores & Ramírez, 2012).

En la búsqueda de equilibrio ante los intercambios con el entorno y con los otros, el sentido y el significado personal cobran importancia en la construcción, configuración y mantenimiento de la identidad personal.

### ***Sentido personal.***

El sentido personal es el elemento de la identidad que resulta de estar en el mundo y con uno mismo, es el agente organizador y regulador que da congruencia, continuidad, permanencia

y unicidad al individuo y, en consecuencia, a su identidad. Se desarrolla a partir de la diferenciación del individuo de los otros, y se configura cuando el individuo toma conciencia de sí mismo, en la adolescencia (Gross, 2004; Vergara, 2011).

Además, el sentido personal se constituye por las características que se apropia el individuo -a lo largo de su vida- de habilidades, capacidades y herramientas que le distinguen de los otros y le hacen ser único. Involucra la concepción que tiene el sujeto de sí mismo – autoconcepto-, el valor que le da a su persona –autoestima-, así como emociones, formas de actuar y pensar; cualidades que dotan de unicidad al individuo. (Vergara, 2011).

A partir de las múltiples experiencias que el individuo ha vivenciado y acumulado, construye una visión del mundo, de sí mismo y de los otros; esto es, como consecuencia de las interacciones constantes y los cambios que se presentan en el entorno, el individuo asimila y acomoda las vivencias y actualiza su sentido personal, de forma que lo dota con una amplia gama de esquemas de acción y marcos de interpretación que guían su actuar y su concepción del mundo, de sí mismo y de los otros, incluyendo emociones, acciones y explicaciones que le permiten al individuo lograr coherencia consigo mismo. (Vergara, 2011).

Así, el sentido personal, funciona como regulador entre la vivencia inmediata, la actividad perceptiva y las interpretaciones que hace el sujeto de éstas; a partir del reconocimiento de sus propias conductas y emociones, construye marcos de referencia y de interpretación, compuestos por los discursos socioculturales, expectativas, criterios y juicios de valor, que le permitirán darse una explicación de las diferentes vivencias; y que son reforzados y/o modificados en las dinámicas de interacción social y acorde a las demandas culturales. (Vergara, 2011).

### ***Significado personal.***

El significado personal es el elemento de la identidad que le da dinamismo, flexibilidad y posibilidades de cambio al individuo, y a partir del cual interpreta y explica sus experiencias y las dota de significaciones que evidencian su subjetividad y unicidad, así también otorga la permeabilidad necesaria para que el individuo se reconfigure según las vivencias que tenga con los otros y el mundo (Vergara, 2011).

Dar significado es un proceso individual pero que se construye desde lo social, es delimitado por los marcos de referencia del sentido personal, y contempla las emociones y las intenciones que permean el actuar del individuo y su visión del mundo. Para otorgar significados el individuo utiliza el lenguaje, crea historias y versiones sobre sus experiencias para darles congruencia, historias que puede visitar y reeditar para ampliarlas o modificarlas. (Vergara, 2011).

En este contexto es importante señalar que el carácter emocional de la experiencia y los sentimientos evocados en el individuo se entretajan con las interpretaciones y significados que éste da a sus vivencias y por consecuencia influye en su entendimiento y en su forma de conducirse en el mundo; y contribuyen también a su consistencia y continuidad. (Vergara, 2011).

### ***Mismidad e Ipseidad.***

Se puede observar entonces que el sentido personal resguarda la noción de permanencia, mientras que el significado personal la posibilidad de evolución y cambio del individuo, y que son entidades que se encuentran en continua dialéctica, no son independientes. En esta recursividad entre sentido y significado se ponen en marcha la mismidad, entendida como el proceso de

mantenimiento de coherencia interna y del sí mismo, e ipseidad, entendida como el proceso de cambio ante los referentes externos. Estos procesos permiten que la identidad personal este en constante construcción y a su vez manteniendo su noción de ser permanente y único (Molledo, 2006; Vergara, 2011).

La mismidad otorga permanencia y estabilidad al individuo sobre sí mismo y permite que pueda reconocerse y tener una familiaridad ante sí mismo, así también da cuenta de la forma en que un sujeto experimenta, explica y actúa frente a un suceso, de sus esquemas cognitivos, emocionales, marcos de referencia que ha desarrollado y construido a lo largo de la vida. (Vergara, 2011).

La ipseidad permite la posibilidad de cambio en el individuo mientras incorpora nuevas experiencias e interpretaciones, le da la posibilidad de observarse y sorprenderse ante lo desconocido de sí mismo, de forma que al integrar las experiencias en el tiempo puede reconfigurar su entendimiento y actualizar sus formas de significación. (Vergara, 2011).

En la dialéctica entre ipseidad y mismidad, Ricoeur (1996) señala que la narrativa es la forma en la que el individuo da cuenta de su unicidad y continuidad, y para integrar la diversidad, inestabilidad y discontinuidad en la permanencia en el tiempo concibe el concepto de un yo narrativo. En la trama de las narraciones, el individuo entreteje la concepción que tiene de sí mismo y de cómo da sentido a su realidad.

A partir de la configuración de la trama narrativa la persona evidencia sus habilidades para generar un equilibrio entre las coherencias e incoherencias de sus experiencias, integrándolas en su sentido y significado personal (Ricoeur, 1996).

Podemos concebir que la identidad personal tiene una función primordial en la vida del individuo, ya que actúa como referencia y guía para discernir los aspectos de las interacciones que le permiten tener continuidad de sí mismo, regula el conocimiento que construye de la realidad y las experiencias, hace congruentes las expectativas y acciones del sujeto con su entorno y su autoconcepto (Vergara, 2011; Revilla, 2003).

### **2.2.3 Crisis de la Identidad Personal y su Reconstrucción.**

Diversos autores de teorías del desarrollo humano consideran que hay eventos esperados en el desarrollo del individuo que generan un desequilibrio en su ser, conflictos básicos o crisis normativas, que al resolverlas, le permite continuar a la siguiente etapa de desarrollo. Sin embargo, estas teorías profundizan en la infancia y adolescencia, y poco en la adultez, además de que dejan fuera aquellos eventos que no son esperados a lo largo del ciclo vital del individuo.

No obstante los conflictos que contemplan las teorías del desarrollo, el individuo se enfrenta a cambios y exigencias constantes en su entorno, a experiencias de vida y situaciones que pueden generar crisis o puntos de corte, donde hace una revisión de su identidad personal, en la que analiza e integra el pasado, presente y futuro.

Algunas experiencias de vida pueden generar perturbaciones y presiones en el individuo que discrepan con la continuidad individual y generan en el individuo activaciones emotivas, dentro de un rango de estabilidad, que lo llevan a realizar una reorganización de su actitud hacia la realidad y a reconfigurar su percepción de la identidad personal, pero no alteran su sentido personal o la estructura de su identidad personal (Moltedo, 2006; Guidano, 1987).

Por otro lado, hay eventos en la vida del individuo que hacen que se cuestione su identidad personal, en la que hay una pérdida del sentido personal, un desequilibrio en la estructura de su identidad personal. Les llamaré “eventos disruptivos”, entendidos como aquellas situaciones súbitas, bruscas, determinantes e inesperadas que desequilibran de forma crítica al individuo, como un divorcio, muerte, accidente, enfermedad crónica y/o degenerativa, decepciones, pérdida laboral, precariedad económica.

Los eventos disruptivos pueden generar en el individuo sufrimiento, una alteración profunda en sus relaciones y equilibrio personal, discontinuidad en la trama narrativa, rigidez en el operar de la persona, y una pérdida de sentido personal, derivando así en crisis de la identidad personal. Giddens (1991) llama a estas vivencias momentos decisivos, en los que la transición de estos tiene implicaciones no solo en las futuras conductas de la persona, sino también en la identidad personal, ya que se pone en juego la estructura de la identidad en su coherencia, integración, reflexividad, seguridad y confianza. Las decisiones tomadas a partir de estos momentos, reconstruirán el proyecto de la identidad personal. Así también, Guidano (1987), señala que las presiones generadas por estos eventos traspasan el rango de estabilidad del individuo y lo llevan a la reconstrucción de su sentido personal, en el que éste elabora una nueva actitud hacia sí mismo y el mundo.

En este punto, quiero hacer una distinción entre el término reconstrucción de la identidad y reconfiguración de la identidad. Como se mencionó anteriormente, hay eventos en la vida del individuo que si bien generan perturbaciones en la continuidad individual, éstas se dan dentro de un rango de estabilidad y no ponen en riesgo la estructura de la identidad; estos eventos perturbadores inciden en el significado personal, por lo que para mantener la continuidad y



regresar al equilibrio interno, el individuo modificará las formas de interpretación y significación de la experiencia para asimilarla e integrarla a su identidad; este proceso correspondería a la reconfiguración de la identidad, ya que implica modificar los márgenes de los marcos de referencia del individuo. Por otro lado, hay eventos disruptivos que traspasan los límites de estabilidad del individuo y afectan la estructura de la identidad a partir de la discontinuidad en la narrativa del sí mismo, lo que genera la pérdida del sentido personal; de forma que los esfuerzos del individuo para recuperar su agente organizador para dar congruencia, continuidad y permanencia a las experiencias, se dirigirán a una reconstrucción de la identidad, ya que debe elaborar nuevos marcos de referencia, de acción y significado, para recuperar el equilibrio perdido.

La forma en la que el individuo interprete los eventos disruptivos como críticos para su identidad personal depende del significado que le da al evento dentro de su lógica autoreferente, ya que como cada individuo construye sus propios marcos de referencia y sus límites de equilibrio, los eventos disruptivos tendrán una impresión distinta en cada sujeto (Guidano, 1987).

En las crisis de identidad personal, las características, modos de pensar, ser y actuar, y las creencias dejan de ser útiles para la persona, en el sentido de afrontar, procesar y asimilar el evento; es decir, se da una alteración de las preexistentes condiciones de equilibrio sistémico. Así mismo, la narrativa del individuo sufre una ruptura en la continuidad de la historia, se pierde el relato que ha construido sobre sí mismo. Lo anterior lleva al individuo a iniciar un proceso de reconstrucción de la identidad personal en la que los cambios le permitan recuperar una continuidad y estabilidad de su mismidad, el sentido personal y construir nuevos significados (Molledo, 2006; Miró, 2005; Bello, 2000).

En este sentido, Guidano (1987) señala que el desequilibrio y las presiones de cambio se deben a que en el proceso de reflexividad el individuo compara la percepción actual de sí mismo y de la realidad que ha generado el evento disruptivo con un ideal del sí mismo propio o que los otros tienen, y al observar las discrepancias entre estos se produce un vacío estructural en el conocimiento individual.

En términos de los procesos que mantienen la identidad personal, cuando se produce un desequilibrio en la identidad del individuo, la ipseidad se pone en marcha y reconoce la discrepancia percibida de forma que mueve al individuo a interpretar, asimilar y dar significado a ésta, de forma que presente y pasado puedan tener coherencia, unidad y permanencia. Sin embargo, cuando se produce la pérdida del sentido personal implica que el individuo se queda sin esa unidad que organiza y estructura la identidad personal, la mismidad, por lo que se le dificulta reorganizar las experiencias en torno al sentido personal existente y se pierde la coherencia interna, de manera que la identidad personal requiere de una reconfiguración de la unidad organizadora para garantizar la integración del sistema (Vergara, 2011).

El evento disruptivo que desencadenó la crisis de identidad no puede ser modificado, pero la percepción que se tiene y el significado atribuido sí, ya que al ser integrados de forma distinta pueden cambiar la trama de la propia historia del individuo (Molledo, 2006; Miró, 2005). Por otro lado, Álvarez-Munárriz (2011) señala que como solución a la crisis de identidad, el individuo puede volver a sus vínculos primarios, ya que los otros pueden ayudar a reconstruir su identidad debido a que la persona existe en la medida en que se inserta en las estructuras sociales, en este caso del grupo al que pertenece.

Para poder reconstruir el sentido personal, se accede a través del significado personal, a partir del que las experiencias se interpretan, de forma que al resignificar el individuo puede re-evocar una experiencia emocional y cognitivamente (Vergara, 2011).

En este sentido, la historia personal puede ser articulada y resignificada, de forma que mantenga consistencia frente a las perturbaciones generadas por el evento disruptivo en la identidad personal; esta historia alternativa puede ser posible al deconstruir discursos y creencias que idealizan el pasado y satanizan el presente y el futuro (Molledo, 2006; Bello, 2000). Giddens (1991) se refiere a esto como negociar una transición significativa, en la que el individuo reconstruye su historia a partir del hilo conductor, la trayectoria de vida.

Al elaborar una narrativa alternativa el individuo puede recuperar su agencia e iniciar acciones competentes, establecer la responsabilidad de los otros y la propia, hacer compromisos y tener la capacidad de control sobre su vida. En este sentido, los nuevos contextos que condicionan y enmarcan sus acciones y miradas del mundo redefinen las interacciones y las posibilidades de identificación con el entorno (Bello, 2000).

En la reconstrucción de su identidad, el individuo pone sobre la mesa su sentido personal, las características que lo identifican, las creencias que tiene sobre el mundo, sobre sí mismo y sobre los otros, las valoraciones que hace tanto a sus actos como a sus pensamientos, sus emociones, de manera que, las revisa y evalúa y les otorga nuevos significados que le permitan lograr un nuevo entendimiento para su sentido personal, y en consecuencia para su identidad.

Aunque la mayoría de las propuestas para reconstruir la identidad son con base en las ideas narrativas, considero que en este espacio la terapia sistémica tiene una gran posibilidad ya que busca crear conexiones entre el mundo interno y externo de la persona, a la vez que pone

atención en los patrones del individuo que establecen un vínculo entre acciones, relaciones, emociones y significados. El diálogo es de suma importancia, ya que es en él donde se da cuenta de estas conexiones y es en donde también los cambios se visibilizan y se posibilitan.

# CAPÍTULO 3. CASOS CLÍNICOS

## 3.1 Caso: “La Madurez Emocional”

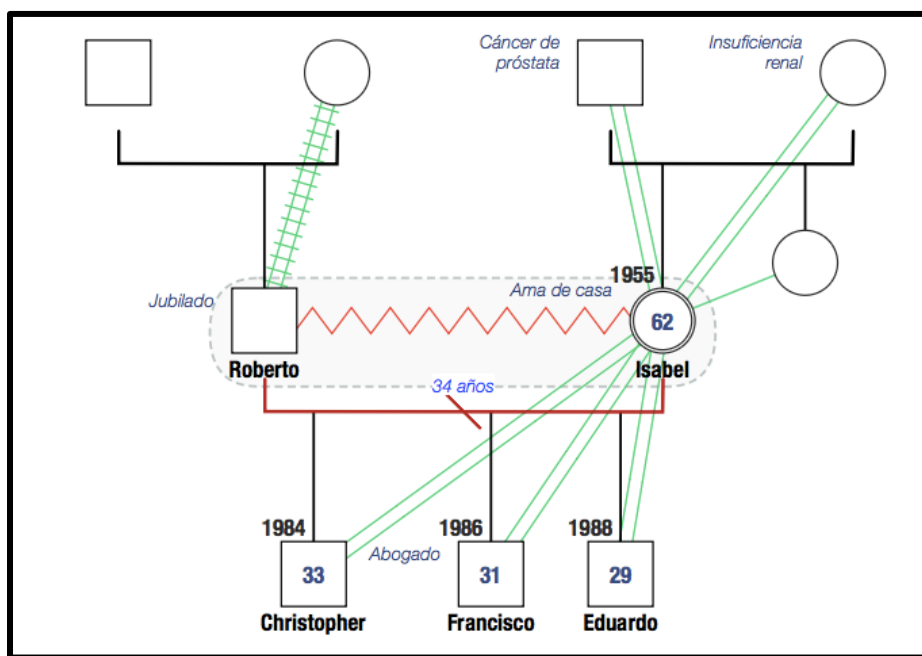
### 3.1.1 Integración del expediente de trabajo clínico.

#### *Datos generales.<sup>1</sup>*

Tabla 9. Descripción de los datos generales del caso “La madurez emocional”.

<b>Nombre</b>	Isabel BB
<b>Edad</b>	61 años
<b>Escolaridad</b>	Preparatoria
<b>Ocupación</b>	Ama de casa / Comerciante desempleada
<b>Sede</b>	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”
<b>Modelo terapéutico</b>	Terapia breve centrada en los problemas
<b>Número de sesiones</b>	7
<b>Terapeutas</b>	Vianey Gutiérrez y Victoria Hernández
<b>Supervisor</b>	Mtra. Miriam Zavala Díaz
<b>Equipo terapéutico</b>	Lucía P., Ricardo C., María de la Luz L., Paola N., Angélica R. y Anayanci A.

#### *Familiograma.*



<sup>1</sup> Los nombres han sido cambiados para respetar la confidencialidad de la consultante.

### ***Resumen del proceso terapéutico.***

Isabel tiene 61 años, lleva 34 años de casada con Roberto y tiene tres hijos. Sus padres están enfermos, su padre padece cáncer de próstata y su madre, insuficiencia renal. Actualmente no trabaja fuera de casa, se dedica al hogar, de manera que depende económicamente de Roberto; esporádicamente labora con su hermana en una tienda de abarrotes.

Isabel solicitó atención terapéutica debido a que su esposo le pidió separarse hace 5 meses; esta decisión le causó sorpresa ya que ella consideraba que tenían un buen matrimonio. Agrega que los términos de Roberto para la separación implicaban que ella podía seguir viviendo en la casa, cada uno en habitaciones separadas, y él le daría un apoyo económico mensual, siempre y cuando ella no trabajara. Isabel nos mencionó que no estaba de acuerdo con los términos, aunque no se lo dijo porque se le dificultaba hablar con Roberto; frente a esta situación Isabel nos señaló que se sentía desubicada, con falta de interés para realizar actividades, irritable y decaída.

Al inicio del proceso terapéutico exploramos cómo la situación que presentaba Isabel se convertía en un problema y desde cuándo; identificamos que Isabel era una consultante de tipo cliente y que su forma de enfrentar las dificultades correspondía al Síndrome de Utopía. A partir de la conversación con Isabel se pudo observar que en su postura frente a la situación ella reconocía la dificultad de ésta y parecía estar dispuesta a hacer cualquier cosa para solucionarla, así como buscaba ser independiente y autosuficiente, tanto personal como económicamente.

Junto con Isabel, realizamos una categorización de tres posibles objetivos: (1) tener madurez emocional; (2) conocer el motivo de la decisión de Roberto para separarse; y, (3) buscar

independencia económica. Al jerarquizarlas, Isabel decidió como objetivo “tener madurez emocional” para después poder hablar con Roberto y preguntar el motivo de su decisión.

Exploramos qué significaba para ella tener “madurez emocional” y posteriormente la operacionalizamos en conductas como: no llorar, hablar tranquila pero firme, mirar a los ojos al hablar, entre otras. Indagamos las soluciones intentadas, Isabel refirió que no había hecho nada. Ante esta respuesta propusimos una reestructuración, señalando que el acudir a terapia ya era hacer algo. A partir de la información que obtuvimos sobre la “madurez emocional”, pedimos a Isabel que definiera cuál sería el cambio mínimo, ella expresó que sería *“poder hablar con Roberto y no sentir coraje, si él me dice sus razones para separarse, que yo pueda aceptarlas”*. Tomando esta respuesta, planteamos la tarea de actuar “como sí” tuviera “madurez emocional” al hablar con Roberto; el resultado llevó a Isabel a moverse de postura frente a la necesidad de saber “la respuesta” de la decisión de Roberto, dejando ésta de ser relevante para comenzar a preguntarse qué pasará ahora con su vida, es decir, la solución a los problemas ya no depende de los demás sino de ella misma, cobró importancia comenzar a actuar en lugar de esperar. Prescribimos como tarea elaborar un plan de acciones que pudiera llevar a cabo para valerse por sí misma.

A partir de este momento del proceso, Isabel se veía distinta, incluso en su arreglo personal, se mostraba más segura, elaboró un plan de acción que incluía metas personales, conseguir un trabajo y buscar asesoría legal para la separación con Roberto y obtener lo que le correspondía en términos económicos; pudo ver la situación de la separación desde otro lugar.

En las sesiones siguientes, redefinimos con Isabel el significado que tenía “madurez emocional” de forma que al relacionar este concepto con las decisiones, acciones y ensayos de conducta que ella había tomado y realizado, fue visible que las cosas que ella había mencionado

parecían ser “madurez emocional”. Sugerimos que siguiera haciendo lo que le funcionara -más de lo mismo- y prescribimos que averiguara, claramente, cuáles eran esas cosas que le funcionaban y cuáles no.

Sondeamos las estrategias que le ayudaban a salir adelante y estar tranquila, y cómo es que podría utilizarlas en retos futuros. Revisamos el objetivo planteado al inicio del proceso e Isabel coincidió en que ya se había cumplido, por lo que planteamos la posibilidad de cerrar el proceso, Isabel estuvo de acuerdo.

Al comenzar el cierre del proceso, exploramos si Isabel consideraba que pudieran surgir temores ante lo que venía, ella dijo que no y expresó que al ver que tiene más conductas que le funcionan, sentía y pensaba que podía salir adelante y enfrentar el futuro. Los cambios generados durante el proceso parecieron ser sólidos, su discurso cambió, así como la forma de verse a sí misma y al mundo. Devolvimos a Isabel que tenía las herramientas y estrategias para sentirse más tranquila y poder enfrentar las dificultades que pudieran presentarse, ella mencionó que era momento de experimentar con lo aprendido.

Posteriormente, en una sesión de seguimiento, se exploró si los cambios se habían mantenido, si se habían presentado situaciones nuevas y cómo las había enfrentado. Isabel manifestó que había podido poner límites a su hijo, en cuanto que no interviniera en la situación entre sus padres, y a Roberto, en relación a que no hubiera más convivencia con él de la que ella deseaba. Así mismo comentó que buscaría asesoría legal en el DIF para la separación.

Realizamos un resumen del proceso, en el que mencionamos a Isabel las habilidades relacionadas con la madurez emocional que había desarrollado como: no tomar decisiones



impulsivas, asesorarse antes de actuar, poner límites y expresar lo que no quiere a los demás, saber qué es lo que quiere y que trabaja para conseguirlo, entre otras.

Con lo anterior, dimos el proceso por concluido de forma exitosa; expresamos nuestra gratitud a Isabel por la confianza y por permitirnos ayudarla en este camino y hacernos partícipes de los cambios que logró, así como por las enseñanzas que ella nos brindó. Le señalamos que si en algún momento requiriera atención nuevamente las puertas del centro estarían abiertas.

### **3.1.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica.**

#### ***Motivo de consulta.***

Isabel refirió en la solicitud de servicio solicitar consulta por: *“Separación, problemas de comunicación, agresión verbal, desinterés, indiferencia, me siento como desubicada con falta de interés por algunas cosas, me irrito con facilidad y a veces me pongo decaída. Esto ocurre desde hace tres meses”*.

#### ***Antecedentes del problema.***

Isabel mencionó que hace 5 meses durante un viaje, Roberto, su esposo, le hizo saber que quería separarse y terminar la relación tras 34 años de matrimonio. Ante esto, Isabel refirió haberse sorprendido pues, a pesar de tener *“altas y bajas”* a lo largo de su matrimonio, no esperaba una decisión así de Roberto, ya que los últimos seis meses los percibió como *“buenos”*; además hizo la observación de que ésta decisión ocurrió después de que Roberto acudió a un taller de ingeniería humana.

Isabel agregó que los términos de la separación propuestos por Roberto eran que ella continuara viviendo en la casa, pero cada uno en habitaciones diferentes; además de que le proporcionaría un apoyo económico mensual (\$7,000.00) siempre y cuando ella no trabajara. Ella expresó que necesitaba tal apoyo ya que contribuye económicamente con sus padres que están enfermos (cáncer de próstata e insuficiencia renal, respectivamente); así mismo dijo que anteriormente trabajaba de forma esporádica en una tienda de abarrotes propiedad de su hermana.

#### ***Objetivos de la consultante al asistir a terapia.***

Isabel señaló en su solicitud de servicio: *“Espero un apoyo para poder salir adelante sin que me siga afectando la situación que estoy viviendo y poder estar más tranquila”*. Así mismo, al inicio del proceso terapéutico añadió que quería *“tener confianza en mí misma, enfrentar las cosas, dejar de llorar al hablar y al recordarlo; dejar de sentirme nerviosa y ansiosa porque me dan ganas de comer (solo cuando estoy en casa), sentirme segura, poder valerme por mí misma y cubrir mis gastos sin depender de alguien”*.

#### ***Definición del problema.***

A partir del discurso de Isabel sobre la problemática que presentó, identificamos que la formación de su problema correspondía al Síndrome de Utopía; que, de acuerdo a Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) se define como aquella persona que tiende a ver soluciones donde no las hay. Específicamente, en el caso de Isabel detectamos el tipo de utopía introyectiva, que los autores citados definen como “el resultado de un profundo y doloroso sentimiento de ineptitud

personal para lograr un objetivo que en realidad es inaccesible” (p. 72); lo que se identificó cuándo ella manifestó que el problema era que necesitaba saber el motivo de Roberto para separarse.

**Planificación del caso.**

Fisch, Weakland y Segal (1982) proponen el esquema presentado en la tabla 10 para la planificación de los casos terapéuticos.

*Tabla 10.* Planificación de caso de Isabel de acuerdo a la propuesta del modelo (Fisch et al., 1982).

<b>Etapa</b>	<b>Descripción</b>
Establecer el problema del cliente	Síndrome de utopía.
Establecer la solución intentada por el cliente	Tratar de dominar un evento temido posponiéndolo.
Decidir qué se debe evitar	El impulso de las acciones de Isabel está relacionado con control emocional; por lo que debemos evitar la búsqueda de éste así como tareas y/o intervenciones dirigidas a hablar (“más de lo mismo”), sino a hacer cosas.
Formular un enfoque estratégico: tácticas concretas	A partir del enfoque estratégico formulamos la táctica del "como sí", como una estrategia para enfrentar el suceso temido, lo cual da un giro de 180º en sus intentos de solución, ya que es llevarla a la acción.
Encuadrar la sugerencia en un contexto	Vendimos la tarea como una posibilidad de tener más información sobre su nivel de madurez emocional percibido por ella en ese momento y a partir de ahí definir qué nivel necesita para lograr su meta mínima.
Formular objetivos y evaluar el resultado	Isabel refirió que su meta mínima de cambio sería poder hablar con Roberto sin sentir coraje y aceptando los motivos de él para separarse, por lo tanto cuestionar la idea de madurez emocional y la necesidad de saber la decisión de Roberto. Al conseguir esto el problema puede ser considerado como resuelto.

Además de lo anterior, consideramos los siguientes aspectos para la planificación del caso:

- *Tipo de consultante:* Fisch et al., (1982) proponen que un cliente se caracteriza por ser quien dice tener un problema significativamente perjudicial, que no puede resolver por su propio esfuerzo y que requiere ayuda externa para resolverlo. A partir de dichas características,

comparadas con el discurso de Isabel, (*“por eso estoy aquí, porque no sé cómo”, “para que me ayuden”*) la consideramos como clienta.

- *Postura*: A partir del sistema de creencias de Isabel identificamos diversos tipos de posturas presentadas en la tabla 11:

Tabla 11. Tipos de postura de Isabel.

Postura	Tipología	Descripción
Frente al problema	Reconoce la dificultad del problema y que este puede ser afrontado.	"Me siento mal de estar ahí". "No es saludable que estemos así". "Ya no me debe afectar". Ubicarse en un nivel 4 de 10 de madurez emocional.
Frente al cambio	Dispuesta a hacer cualquier cosa por solucionar el problema. Es doloroso y el cambio se vuelve necesario.	Explicar no querer denunciar por no afectar la relación de sus hijos con Roberto. "No he hecho nada, no sé cómo empezar". "Ser capaz de preguntarle a Roberto sus razones para la separación sería una señal de que voy avanzando para tomar una decisión para irme...podré darle vuelta a la hoja".
Frente a la solución	La solución llega por vía racional o de sentido común.	Se puede observar en la operacionalización del problema. "No tengo que estar cargando cosas para salir adelante". Tener que llegar al 10 en madurez emocional.
Frente al mundo	Búsqueda de autosuficiencia e independencia.	"Para enfrentar algo hay que estar completamente preparado". "Es bueno experimentar con lo aprendido". "Nada es para siempre".
Frente a la terapia	Receptora activa del conocimiento y consejos del terapeuta.	Al momento de explorar sus soluciones intentadas y que ella mencionó que no ha hecho nada, agregó "por eso estoy aquí", lo cual deja ver su postura frente a la terapia, siendo congruente con su tipificación como cliente. La tarea del como sí le ayudó a acercarse a su objetivo.
Consigo misma	Se considera responsable y puede ser motivada por actividades que impliquen sacrificio personal.	"Quiero mi libertad"

### **Relatoría de las sesiones.**

En la primera sesión, exploramos el motivo por el cual Isabel solicitó el servicio, ella mencionó que Roberto, su esposo, le dijo hace 5 meses que quería separarse y que esto la tomó por sorpresa porque, aunque en los 34 años de matrimonio habían tenido altas y bajas, los últimos

6 meses habían tenido una buena relación y no sabía cuál era la razón de Roberto para tomar esa decisión. Esta puntuación de hechos la podemos considerar en el marco de la patología de *discrepancia* del tercer axioma de la Teoría de la Comunicación Humana (TCH) (Watzlawick, Jackson y Bavelas, 1967); la cual se presenta cuando alguno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro; en este caso Isabel es quien no posee la misma información que Roberto. Así mismo, de acuerdo a los autores citados, esta puntuación también se relaciona con las patologías de *confusión y duda* del segundo axioma; en la confusión se intenta resolver un problema relacional en un nivel de contenido; mientras que, en la duda, una persona duda de sus propias percepciones en el nivel de contenido para no poner en peligro la relación con el otro. Desde la mirada de la Teoría de los Sistemas (Watzlawick et al., 1967) podemos considerar que el sistema, en este caso, está compuesto por Isabel, Roberto y sus tres hijos, mientras que el sistema interaccional en torno al problema está integrado por Isabel y Roberto.

Isabel refirió que esta situación es un problema para ella señalando “*me siento mal de estar ahí*”, además de que se siente desubicada y tiene coraje de no haber recibido una explicación sobre el *porqué* de la separación. Esta narración se puede contemplar como un *impasse* (patología del tercer axioma), el cual se refiere a discrepancias no resueltas en las que se hacen acusaciones mutuas (Watzlawick et al., 1967); en este caso Isabel no lograba resolver la discrepancia del motivo de la separación.

Manifestó sentirse nerviosa y ansiosa al estar en la casa o cuando llegaba a ella, y que consideraba no tener confianza en sí misma para poder enfrentar a Roberto, pedirle una explicación y tomar la decisión de irse de la casa. Ante esta situación, de acuerdo con Watzlawick et al., (1967), observamos una complementariedad rígida (patología del quinto axioma de la TCH),

en la que Roberto definía la posición de Isabel, quien actuaba de forma que su conducta correspondiera con la definición que tenía Roberto de ella. Así mismo, señaló que Roberto le da dinero mensualmente para cubrir sus gastos y ayudar a sus padres que están enfermos; sin embargo, mencionó que él le dijo que si trabajaba no le daría dinero, esta situación también recae en una complementariedad rígida.

Explicó que uno de sus hijos es abogado y que había pensado en la posibilidad de anteponer una demanda de pensión alimenticia, pero que no la había hecho porque no quería enfrentar a sus hijos con su marido y que estos se distanciaran. Ante esta información, pedimos a Isabel que reflexionara si solicitar asesoría a su hijo sería sólo dejarse ayudar por un abogado, y si se generaba un problema entre sus hijos y su padre sería sólo dejar que su esposo viviera las consecuencias de sus actos. Esta intervención la dirigimos hacia una reestructuración que, acorde a la teoría, cuestiona la percepción y la explicación lógica racional frente a una situación modificando la estructura pero no el contenido de la misma (Nardone y Watzlawick, 1990).

A partir del discurso de Isabel y de la información obtenida, elaboramos junto con ella, una categorizaron de tres posibles objetivos: (1) tener madurez emocional; (2) conocer el motivo de la decisión de Roberto para separarse; y (3) buscar independencia económica. Propusimos jerarquizar dichos objetivos para priorizar aquel obstáculo por el cual quisiera comenzar a trabajar en el proceso terapéutico. Isabel mencionó que quería trabajar en la “madurez emocional” ya que consideraba que necesitaba tenerla para poder enfrentar a Roberto y tomar la decisión de irse de la casa; a partir de esto, observamos que la forma de crear un problema era a través del Síndrome de Utopía (Watzlawick et al., 1974), ya que refirió no tener la “madurez emocional” necesaria para solucionar la situación, y que hasta conseguirla no lograría enfrentar a su esposo.

Indagamos qué significaba la “madurez emocional”, y encontramos que para ella implicaba poder enfrentar la situación sin llorar, que ésta le dejara de afectar, no sentirse nerviosa y ansiosa, sentirse segura económicamente y poder valerse por sí misma. Posteriormente, operacionalizamos lo anterior y acordamos con Isabel que las siguientes conductas serían un indicador de que tenía “madurez emocional”: hablar de forma tranquila sin alzar la voz, pero con un tono firme; no enojarse ni agredir al otro; llegar a un acuerdo sin pelear; evitar burlas; no llorar; y mirar a Roberto a los ojos al hablar con él. Es decir, para Isabel, la madurez emocional giraba alrededor de la comunicación analógica.

Rastreamos las soluciones intentadas en referencia a la ansiedad y el nerviosismo, mencionó que: procuraba estar fuera de casa lo más que pudiera, que iba a clases de baile y acondicionamiento físico, y que escuchaba música.

En la segunda sesión Isabel reportó haber consultado con su hijo abogado (la tarea de “dejarse ayudar por un abogado”) respecto a tomar la decisión para poner una demanda por pensión alimenticia y señaló que la asesoría recibida fue que era mejor esperar debido a que las leyes iban a cambiar en cuanto a las pensiones de los jubilados. La intervención de la reestructuración fue aceptada por Isabel, quien pudo experimentar de forma distinta la asesoría que solicitó a su hijo sin preocuparse que ésta tuviera efectos en la relación de su hijo con su padre.

En esta sesión Isabel reportó que *“no es saludable que estemos así”*; lo que podemos relacionar, de acuerdo al segundo axioma de la TCH (Watzlawick et al., 1967) como un primer

movimiento de su postura sobre su desacuerdo de definición de la relación propuesta por Roberto.

Debido a que la información legal proporcionada por su hijo no fue de utilidad en ese momento, planteamos un cambio de dirección, la cual es considerada como una intervención general en el modelo ante resultados infructuosos de alguna estrategia (Fisch et al., 1982), y retomamos el objetivo de trabajar con la “madurez emocional” planteada en la sesión anterior.

Exploramos las soluciones que Isabel había intentado para obtener “madurez emocional”, respondió *“no he hecho nada, no sé cómo empezar”*; sin embargo, como no es posible la no-conducta (Watzlawick et al., 1967), reestructuramos dicha respuesta al proponerle *“consideramos que ya empezó”*, a lo que Isabel respondió analógicamente con sorpresa. De acuerdo con Watzlawick et al., (1974), tal contestación (extraña, inesperada o desconcertante) puede ser considerada como una característica del Cambio II; aunque en este momento del proceso, sólo la consideramos como un señal de ir en una dirección prometedora.

Como meta mínima de cambio, Isabel propuso *“poder hablar con Roberto y no sentir coraje, si él me dice sus razones para separarse, que yo pueda aceptarlas”*. Al explorar su postura ante el cambio, representado por el hecho de ser capaz de preguntar a Roberto sus razones de separación, Isabel respondió que *“sería una señal de que voy avanzando para tomar una decisión para irme...podré darle vuelta a la hoja”*. Para finalizar la sesión, le planteamos la siguiente tarea: hacer una pregunta diaria a Roberto en donde Isabel actuara “como si” tuviera madurez emocional; y, un día antes de la siguiente sesión, le diría a Roberto “ya sé porque te decidiste separar” y se alejaría de él. Le sugerimos registrar su respuesta corporal antes, durante y después



de estas interacciones. Esta tarea la propusimos en congruencia con tres fundamentos teóricos del modelo:

- a) Exponerla gradualmente a la situación-problema, de tal modo que los fracasos estén contemplados en un contexto terapéutico. Lo que representa una intervención principal ante el intento de solución de dominar un acontecimiento temido aplazándolo (Fisch et al., 1982).
- b) Promover una modificación en la percepción de la experiencia y el significado intentando cosas diferentes; aspectos considerados como la tarea de la terapia breve (Nardone y Watzlawick, 1999).
- c) En términos de la comunicación patológica, específicamente la *duda* contemplada en el segundo axioma (Watzlawick et al., 1967), esta tarea llevaba implícita la noción de simular la resolución de la patología; es decir, la resolución de la duda por parte de Isabel, por lo que era de esperarse una respuesta conductual distinta por parte de Roberto.

En la tercera sesión, Isabel se presentó mucho más arreglada que en ocasiones previas, situación que llamó la atención de todo el equipo terapéutico, la consideramos como una comunicación analógica distinta de su parte (Watzlawick et al., 1967) con la cual transmitía un nuevo mensaje. Narró que no pudo hacer bien la tarea del "como sí" porque solo se encontró con Roberto en tres ocasiones. Sin embargo, el equipo terapéutico consideró que la tarea pudo generar en Isabel un acercamiento a un cambio de tipo lógico, es decir a un cambio tipo II (Watzlawick et al., 1974), ya que al acercarse de forma distinta a Roberto comenzó a encaminarse fuera del sistema en el que se encontraba y a cuestionar su propia postura frente a la definición

de la relación propuesta por él, en la que había una discordancia entre el nivel de contenido y el relacional según el segundo axioma de la comunicación (Watzlawick et al., 1967). Este proceso se pudo observar en las frases *"siento como si le hablara a un vecino"*, *"ya no me debe afectar"* y *"quiero mi libertad"*, y en el hecho de que ella comenzó a planear y a cuestionarse sobre el *"qué hacer"* ya que comentó estar pensando en trabajar porque ya no quiere estar ahí, con esta nueva postura se confirmó el movimiento de Isabel hacia no aceptar el tipo de relación propuesta por Roberto. Desde la visión constructivista que fundamenta al modelo, el cambio se da a partir de las acciones, ya que éstas generan un cambio en la visión (Nardone y Watzlawick, 1990) y pudimos observar que Isabel comenzó a generar cambios a partir de las acciones. Refirió sentirse nerviosa *"como que algo va a pasar"* y el equipo terapéutico, por medio de una reestructuración, que de acuerdo a los autores citados, implica codificar de nuevo algo sin cambiar el significado, sugirió que quizás ese nerviosismo se debía a que se estaba preparando para lo que venía (un Cambio tipo II) y no por no tener madurez emocional.

Retomamos la madurez emocional e Isabel dijo que a la luz de los acontecimientos de la semana se encontraba en un *"nivel 4"* de madurez emocional y que consideraba que debía llegar al *"nivel 10"* para lograr plantarse frente a su esposo sin importar lo que él estuviera haciendo y sin ponerse nerviosa, lo cual confirmó que su forma de crear un problema era a través de un Síndrome de Utopía (Watzlawick et al., 1974), ya que estaba aplazando un acontecimiento porque no se sentía preparada y que la táctica de enfrentar lo temido comenzó a funcionar.

La vimos muy distinta a las sesiones anteriores y ella consideró que la tarea del *"como sí"* le ayudó a acercarse a su objetivo de tener madurez emocional para enfrentarse con Roberto, explicación que consideramos como una señal más al acercamiento al Cambio II. La tarea tuvo un

efecto paradójico ya que el objetivo era situarla en la acción para poder preguntar a Roberto el motivo de la separación, pero tuvo como consecuencia que se moviera de postura y que esa pregunta dejara de ser relevante para ella, lo que la llevo a comenzar a planear la forma de cambiar su situación. Le sugerimos una prescripción directa (Nardone y Watzlawick, 1990) en la que le pedimos que hiciera un plan de acciones para valerse por sí misma y que, de ser posible, comenzara a llevarlo a cabo.

El planteamiento detrás de esta tarea tuvo por objetivo romper los intentos fallidos de solución caracterizados por pretender dominar un acontecimiento temido aplazándolo, y llevarla a la acción; así, la pauta de “no acción y esperar a que las cosas sucedan” se rompe mediante la acción, de tal forma que el primer paso para contrarrestar la utopía consistió en que Isabel comenzara a plantear objetivos que dependieran de ella para su logro, dirigiendo sus esfuerzos hacia un plan de vida y no hacía conocer la respuesta de Roberto.

En la cuarta sesión, con el fin de explorar los resultados de la tarea, hicimos uso de las anécdotas y relatos, extrayendo de la narración los mensajes más relevantes (Nardone y Watzlawick, 1990). Visibilizamos en Isabel un cambio espontáneo en su postura respecto al problema cuando mencionó que lo importante para ella ya no era saber “*por qué Roberto decidió terminar la relación*”, sino “*¿Qué pasará con ella a partir de ahora?*”. Esto señala en Isabel una salida del síndrome de utopía, pues el problema ya no es saber el porqué, sino saber qué hacer, posicionándola en un lugar de menos preguntas y más acción, lo que muestra un cambio de su mapa del mundo, donde la solución a los problemas ya no depende de los demás sino de ella misma. Cabe señalar que el cambio espontáneo, de acuerdo a Watzlawick et al., (1974) es aquel

que “resuelve el problema sin la necesidad de posturas teóricas sofisticadas, consulta con expertos o intervenciones específicas” (p. 102); en este caso este cambio surgió sin precisarlo como un punto dentro de la planeación.

Este cambio de perspectiva frente al problema se manifestó en un cambio de conductas, por ejemplo: el momento que relató sobre que Roberto se acercó pidiéndole que hicieran las paces, donde Isabel aclara que; a pesar de ponerse nerviosa, contestó con firmeza *“sí, pero seguiremos estando aparte”*. Durante su anécdota agrega *“podría renovar la amistad, pero la relación hombre mujer ya se rompió”*. Estas frases demuestran la propiedad de totalidad de los sistemas, en la que los cambios en una parte del sistema influyen en la totalidad del mismo (Watzlawick, et al., 1967); es decir, Isabel cambia su postura ante el problema y ante Roberto; y con ello cambia la forma en que Roberto se relaciona con ella.

Al inicio del proceso terapéutico, Isabel describió lo que parecía definir una complementariedad rígida (Watzlawick et al., 1967) en su interacción con Roberto, donde éste asumía una posición superior respecto a ella, manteniendo el control económico y definiendo los términos de la relación. Isabel, en su papel de sumisión, aceptaba las pautas que Roberto establecía. En esta etapa del proceso, sobre todo a partir de la cuarta sesión, Isabel comenzó a cuestionar y a actuar frente a la complementariedad rígida hacia otro estado de cosas; esto se evidenció al narrar que Roberto le reclamó con coraje y molestia sobre un tema del pasado, a lo que ella respondió situándose en el presente, *“ya superalo”*, haciendo énfasis en que ella también puede definir los términos de la relación: *“Tengo que hacer algo para salir de todo esto, no quiero preocuparme por la vejez (como él), quiero seguir y no quedarme aquí”*.

Isabel parecía tener una postura diferente, así como un plan más elaborado: tenía presente que necesitaba el apoyo económico para ayudar a sus padres enfermos y había decidido que si Roberto no le daba lo que le correspondía (en términos legales), entonces ella lo demandaría. Asimismo, señaló que para obtener más ingresos trabajaría en un puesto. Haciendo uso del lenguaje de Isabel, señalamos que todo lo que había mencionado parecía ser madurez emocional, Isabel confirmó esto mencionando que se sentía *“más calmada, que ya no le afectaba lo que pasó hace años y que no quiere estar ‘cargando’ cosas para seguir adelante”*, estos aspectos los consideramos como indicadores de éxito terapéutico (Fisch et al., 1982), pues coinciden con la definición inicial de las conductas que para Isabel eran parte de la madurez emocional.

Finalmente comentamos a Isabel que los pasos que había dado para lograr su objetivo parecían firmes y al tomar en cuenta su propia experiencia le recomendamos que siguiera haciendo lo que le funcionaba e hiciera menos de lo que no funcionaba, retomando la premisa fundamental del modelo; es decir, hacer más de lo que funciona -más de lo mismo- y menos de lo que no funciona -menos de lo mismo- (Watzlawick et al., 1974), con el fin de bloquear las soluciones que había intentado y que se convertían en un problema (Fisch et al., 1982). Con base en esta idea sugerimos una prescripción directa, en la que le indicamos que averiguara, claramente, cuáles son esas cosas que le funcionaban y cuáles no. Consideramos importante señalar que las prescripciones directas funcionaron con Isabel, pues se mostró como una clienta colaboradora y comprometida con el cambio.

Con todo, hacia el final de esta sesión, Isabel parecía regresar a la posición inicial de tener que saber algo para entonces actuar cuando expresa que para ella *“es importante saber ¿Por qué*

*Roberto ha tenido tanto apego con su familia?”*. Esta postura la pensamos como una respuesta homeostática esperada ante el cambio (Watzlawick et al., 1974). Consideramos tal respuesta como una resistencia (en términos del modelo) e hicimos uso de ésta (Nardone y Watzlawick, 1990) empleando su fuerza de oposición al cambio, con el fin de mantener el vínculo terapéutico, respondiendo que si eso es importante para ella lo podríamos abordar en otro momento.

En la quinta sesión continuamos explorando las estrategias que le ayudaban a salir adelante y estar tranquila, encontramos más conductas que le funcionaban para lograrlo, lo que equivaldría a proponer hacer más de lo mismo. Isabel concordó con que dichas estrategias son propias de la madurez emocional, con lo cual consideramos haber alcanzado la meta mínima propuesta al inicio de la terapia. A lo largo de la sesión le devolvimos a Isabel que ella tenía las herramientas y estrategias para sentirse más tranquila, y que había hecho muchas cosas para poder lograrlo. Observamos que Isabel se encontraba en una posición distinta a la de un inicio, ya que mencionó que el hecho de ver que tiene más conductas que le funcionan le hace pensar y sentir que puede salir adelante y enfrentar retos futuros; en términos de las patologías referidas anteriormente, Isabel llegó a la resolución de la confusión y duda (en el marco del segundo axioma de la comunicación); así como a una posición de neutralidad ante el impasse (en el marco del tercer axioma de la comunicación) (Watzlawick et al., 1967). De igual forma, consideramos haber logrado un Cambio tipo II, en el que se reestructuró la forma en la que el problema era percibido con lo que se confirma el cambio espontáneo (Watzlawick et al., 1974).

Retomamos el tema del apego al que hizo referencia anteriormente y le entregamos literatura al respecto; sin embargo, al momento de entregarle el texto, hicimos hincapié en que

nuestra posición terapéutica no concordaba con dicha propuesta, pero que, en todo caso, podría ser relevante para ella. Con este acto continuamos utilizando la intervención del uso de la resistencia al aceptar el interés de Isabel por el tema, y al mismo tiempo no dando importancia a dicha información.

Planteamos a Isabel la posibilidad de cerrar el proceso terapéutico ya que habíamos conseguido el objetivo de la terapia; Isabel aceptó la idea con emoción y expresó que “es bueno para ella experimentar con lo aprendido”; aunque también explicó que no sabe si al momento de salirse de la casa podrá sostener su postura. Propusimos una prescripción directa en la que le pedimos que pensara cómo podría utilizar las estrategias aprendidas en retos futuros, y qué temores podrían surgir. Propusimos dos sesiones más, una en una semana y la segunda en un lapso aproximado de un mes para dar seguimiento.

En la sexta sesión, revisamos la tarea sobre las estrategias que podría usar para enfrentar el futuro y sus perspectivas acerca de éste, indicó que no encontró ningún motivo de preocupación y que la única dificultad que pudiera enfrentar sería la separación física. Isabel detalló su plan de vida y ante nuestra petición de explorar posibles dificultades, ella se rehusó y prefirió hablar de aquellas cosas que la motivaban a lograr su proyecto de vida. Para el equipo, Isabel y nosotras, fue muy claro que los cambios alcanzados eran sólidos, y que el discurso de Isabel respecto a su papel de ser mujer, madre y esposa se modificó, y que estos cambios le permitirían enfrentarse a las dificultades que pudieran presentarse; ella coincidió en estar lista para el cierre del proceso.

Acorde al discurso de Isabel, observamos que la perspectiva conceptual y emocional con la que experimentaba la situación se modificó cambiando el sentido y el valor de las atribuciones que daba a la realidad, lo que le permitió construir un marco de referencia en el que el problema por el que acudió a terapia ahora era una dificultad que podía enfrentar. De esta forma, consideramos que amplió su perspectiva en la que pudo visualizar un plan de vida, hacia el que ya estaba dando pasos para lograrlo (Watzlawick, 1999).

En la última sesión, tres semanas después del cierre del proceso (seguimiento), Isabel comentó que se le *“está complicando hacer lo que quiero hacer”*; ya que sus hijos le dijeron que no se saliera de la casa de Roberto, pues por ley es él quien debía salirse, y por otro lado, Isabel comentó que Roberto había intentado conversar con ella, pero que se sentía a la *“defensiva”*. Ante esto, planteamos la posibilidad de una recaída que, de acuerdo a la teoría, ayuda a que las personas asuman con serenidad las recaídas, sin que el pánico se apodere de ellas y vuelvan a caer en las antiguas formas de afrontar las cosas (Fisch et al., 1982), y señalamos que probablemente a sus hijos y a Roberto les costaba trabajo entenderla ahora, pues estaban conociendo a una "nueva Isabel".

Frente a esta situación, invitamos a Isabel a trazar distinciones y comparaciones entre cómo comenzó el proceso y cómo se encontraba al *“día de hoy”*. Ella mencionó que pudo establecer límites con Francisco (que no se involucrara en la problemática de sus padres) y con Roberto (que respetara el espacio en el que ella vive y no hubiera más convivencia de la que ella deseaba). Expresó que en general se sentía bien, que le gustaba andar *“vagabundeando”* y que cuando estaba en su casa escuchaba música, leía, veía películas, pero que el problema se daba



cuando se encontraba con Roberto, pues él se mostraba enojado y le hablaba "golpeado". Ella mencionó que "no tiene porqué soportar este trato", por lo que buscaría asesoría legal en el DIF, para saber cuáles son sus derechos y solucionar la situación económica con Roberto, de forma justa ya que no quería "ni más ni menos".

Realizamos un resumen del proceso a Isabel, y mencionamos las habilidades relacionadas con la madurez emocional que había desarrollado como: no tomar decisiones impulsivas, asesorarse antes de actuar, poner límites y expresar lo que no quiere a los demás, saber qué es lo que quiere y que trabaja para conseguirlo; reconocer los recursos que ella tiene, así como las habilidades con las que cuenta para enfrentarse a las dificultades y, que a pesar de éstas, ella sigue avanzando en sus objetivos.

Por otro lado Isabel comentó que desea tomar algunos de los talleres que se imparten en el Centro, le señalamos que dichos talleres podían ayudar a continuar fortaleciendo y desarrollando sus habilidades y herramientas para enfrentar situaciones futuras.

Con lo anterior, dimos por finalizado el proceso terapéutico de forma exitosa; expresamos nuestra gratitud a Isabel por la confianza y por permitirnos ayudarla en este camino y hacernos partícipes de los cambios que logró, así como por las enseñanzas que nos brindó. Le señalamos que si en algún momento requiriera atención nuevamente las puertas del Centro estarían abiertas.

A lo largo de todas las sesiones utilizamos las intervenciones generales de aprender y utilizar el lenguaje del cliente y evitar las formas lingüísticas negativas propuestas por Nardone y Watzlawick (1990).

### ***Evaluación de resultados y revisión de objetivos.***

A lo largo de las sesiones identificamos que Isabel realizó un Cambio de tipo II, el cual la llevó a modificar su postura frente a la madurez emocional, de forma que dejó de ser relevante llegar al “nivel 10” y cobró importancia comenzar a actuar en lugar de esperar. Esta reestructuración la llevó a tener una postura distinta frente al problema, a la solución, al cambio, al mundo y sobre sí misma.

De acuerdo con Fisch et al., (1982) el mejor indicador del éxito terapéutico es la manifestación del propio cliente en ese sentido. Esto lo pudimos observar en el discurso de Isabel cuando señaló que *“estoy más calmada, ya no me afecta lo que pasó y no quiero estar cargando cosas para seguir adelante”*. Así mismo observamos que Isabel continuó desarrollando habilidades y fortaleciendo sus recursos, así como pudo establecer límites y expresar lo que no quería a los demás, de forma que nos es posible decir que el cambio iniciado en el proceso se extendió a otras áreas.

#### ***3.1.2.1 Análisis del caso clínico con el tema sustentante.***

##### ***Reconfiguración de la Identidad Personal.***

Acorde al proceso de Isabel, considero que aunque si vivió un evento disruptivo, la separación de su esposo, éste no generó una crisis en su identidad personal; ya que acorde a la teoría, cuando las presiones traspasan el rango de estabilidad del individuo hay una pérdida de sentido personal y un desequilibrio en la estructura de la identidad (Guidano, 1987), lo cual no concuerda con la información dada por Isabel a lo largo del proceso. No obstante, este suceso si la llevó a reconfigurar su significado personal, ya que cuestionó los significados que tenía respecto

a las ideas de su matrimonio, a su forma de actuar, a como percibió e interpretó la separación y las consecuencias de ésta.

Aunque la petición de divorcio fue sorpresiva, en el relato de Isabel se evidenció que había tenido momentos difíciles en su matrimonio, lo que probablemente incidió en la forma en la que significó la petición de su esposo.

En la narrativa de Isabel se hizo presente que tenía claro cómo quería verse, es decir, construyó un sí mismo ideal al que quería llegar a partir de esta experiencia, este sí mismo comprendía ser independiente, valerse por sí misma, poder expresar sus emociones y pensamientos, poner límites y recuperar su agencia personal. Esto se refiere a una reorganización de su actitud hacia la realidad y a reestructurar su percepción de la identidad personal (Molledo, 2006; Guidano, 1987).

Pensando en los procesos de la identidad personal, la ipseidad se puso en marcha al reconocer la discrepancia presentada y la presión del entorno para el cambio y la integración del evento (Vergara, 2011), de forma que Isabel se movió a interpretar, asimilar y significar la experiencia desde un lugar en el que pudiera darle coherencia y consistencia. Para lograr esto, en un inicio ella se cuestionó cuál era el motivo que tenía su esposo para separarse, creyendo que esta información la ayudaría a integrar el divorcio; sin embargo, al no lograr tener esa respuesta, se movió a hacer cambios en sus marcos de referencia, de acción y afectivos para asimilar la situación de forma que ella se sintiera autosuficiente y con control sobre su vida.

A lo largo del proceso terapéutico, Isabel construyó una narrativa alternativa sobre sí misma a partir de la que recuperó su capacidad de agencia personal, puso límites en la relación con su esposo e hijos, reconoció qué cosas le tocaban en cuanto a la responsabilidad de acciones,

pensamientos y emociones, y que era de los otros. En este sentido, Bello (2000) señala que los nuevos contextos enmarcan las acciones y miradas del mundo del individuo, a partir de los que se redefinen las interacciones y las posibilidades de identificación con el entorno. En la Figura 2 se presenta el proceso de su reconfiguración de Identidad Personal.

En la narración de la última sesión de Isabel, se hizo evidente la reconfiguración de su significado personal, rompió con los paradigmas tradicionales sobre cómo debe ser una mujer, demostrando que es posible salir adelante y ser independiente, que no es sólo un ama de casa y mamá, sino que tiene aspiraciones y sueños que cumplir.



Figura 2. Proceso de Reconstrucción de la Identidad Personal de Isabel.

### **3.1.3 Análisis del sistema terapéutico total.**

Al inicio del proceso terapéutico me sentía nerviosa, fue uno de los primeros casos en los que estaba al frente, y el modelo terapéutico era novedoso y no lo había puesto en práctica, por lo que, por un lado, tenía temor a equivocarme y no lograr llevar a cabo el modelo “bien”, esto me hacía dudar mucho en preguntar y en hacer intervenciones; y por el otro, me daba seguridad que el modelo daba una serie de guías para comenzar a trabajar, definir el problema y poder elaborar una planificación del caso. Aunado a lo último, el entrar con Vianey como coterapeuta y saber que del otro lado del espejo estaba el equipo terapéutico y la supervisora, pendientes de lo que sucedía dentro de la sesión, también contribuyó a estar más segura en el espacio terapéutico.

Como terapeuta tenía ciertas ideas de cómo tenía que ser mi postura, una de ellas era que yo tenía que saber cómo solucionar las problemáticas de los consultantes; ésta fue enormemente cuestionada en este proceso, ya que tuve que poner en práctica la postura estratégica de “no saber”, en el sentido de no conocer lo que es mejor para la consultante en su vida y, además, cuestionar la idea que tenía sobre dicha postura; esta creencia cambio hacia un lugar diferente, en el que no tengo porque ser una experta en la vida de los consultantes y que me puede ser útil para poder tener un mejor entendimiento tanto de la problemática como de lo que puede ser benéfico para el consultante. A este cambio de visión contribuyó un comentario que me hizo el equipo terapéutico al expresar mi incomodidad de tomar esa postura: “entre más tonta más inteligente”, desde un lugar estratégico, el ver ese papel desde otro punto de vista me dio apertura y capacidad de acción dentro de la terapia con Isabel.

Podría pensarse que el inicio de un proceso terapéutico es a partir de la primera sesión con el consultante, sin embargo, pienso que comienza antes, desde que se tiene contacto con él y, en este caso, al ser en una institución, al tener la información del expediente del mismo. En este caso, tuvimos oportunidad de leer la entrevista inicial que se había realizado a Isabel, lo cual nos permitió tener información sobre quién era y su contexto. En este sentido, previo a la primera sesión con ella, la supervisora nos pidió que reflexionáramos sobre en qué lugar nos podría poner y a dónde nos llevaba el saber que íbamos a trabajar con una mujer de 61 años que se estaba separando. Este cuestionamiento, me llevó a pensar en mi lugar como hija y en visualizar a una mujer que ha dedicado gran parte de su vida al trabajo en el hogar y al cuidado de los otros, ama de casa, madre y esposa, y los retos que podía enfrentar en la separación, por su edad y su situación económica. Así mismo, también pensé en cómo me vería ella, la diferencia de edad, más cercana a la de sus hijos que a la de ella, me hizo pensar en cómo se podría sentir de tener a una terapeuta joven con experiencias de vida diferentes, y cómo poder usar esto en favor del proceso terapéutico.

El conocer también como lo vivía mi coterapeuta, Vianey, me ayudó a poder conectarme con ella, saber que en algunos aspectos coincidíamos y en cuáles teníamos una visión diferente, y cómo podríamos apoyarnos y coordinarnos a lo largo del proceso terapéutico. En este sentido, el trabajo en coterapia también fue novedoso y muy enriquecedor, tanto para el proceso de Isabel como para mi formación. En mi experiencia fue un buen trabajo en equipo, hicimos buena mancuerna y esto nos permitió poder compartir ideas con la consultante, así como retomar información, comentarios o ideas que la otra no había considerado en ese momento, haciendo así el proceso más enriquecedor.

La relación con Isabel se fue construyendo desde la primera sesión, el ejercicio reflexivo que habíamos realizado antes con la supervisora, que mencioné anteriormente, me permitió relacionarme con ella con mayor facilidad desde un lugar de comprensión, empatía y entendimiento de la situación por la que atravesaba. Así también, la relación con Vianey, como terapeuta, se fortaleció en el proceso, pudiendo generar un espacio de escucha y confianza, tanto para Isabel como para nosotras.

El equipo terapéutico, con sus diversas voces y formas de pensar, fue de gran utilidad para el proceso terapéutico, hubo muchos aportes en las ideas que surgían sobre cómo podíamos entender el problema de Isabel para así con ella construir una definición con la que pudiéramos trabajar, las propuestas de prescripciones para empoderarla y llegar a una solución del problema, hacernos notar si nos habíamos saltado algún elemento importante de su entendimiento del mundo y su postura ante la problemática. Así mismo, la supervisora nos llevó a pensar el caso en los términos del modelo, lo que culminó en una mejor comprensión y entendimiento de la teoría puesta en práctica y en poder finalizar el proceso de forma satisfactoria tanto para Isabel como para el sistema terapéutico.

### 3.2 Caso: “Una Nueva Familia”

#### 3.2.1 Integración del expediente de trabajo clínico.

##### *Datos generales.<sup>2</sup>*

Tabla 12. Descripción de los datos generales del caso “Una nueva familia”.

<b>Integrantes de la Familia SB</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>
Germán	Esposo / Padre	54	Ingeniero
Greta	Esposa / Madre	51	Ama de casa
Gael	Hijo mayor	20	Estudiante licenciatura
Matías	Hijo menor	16	Estudiante preparatoria

<b>Sede</b>	Instituto Nacional de Rehabilitación
<b>Modelo terapéutico</b>	Terapia Familiar Sistémica de Milán
<b>Número de sesiones</b>	10
<b>Terapeuta</b>	Victoria Hernández Pascual
<b>Supervisor</b>	Gerardo Reséndiz Juárez
<b>Equipo terapéutico</b>	Lucía P., Ricardo C., Alma A. y Gerardo R.
<b>Fuente de referencia</b>	Psic. Alejandra R.
<b>Tiempo lista de espera</b>	Menos de un mes

##### *Motivo de consulta.*

La familia fue referida por la psicóloga que atendía a Germán de forma individual, ya que observó que había dificultad en la comunicación familiar así como enojo en la familia derivado de la enfermedad del padre y de la situación económica que atraviesan.

<sup>2</sup> Los nombres han sido cambiados para respetar la confidencialidad de los consultantes.

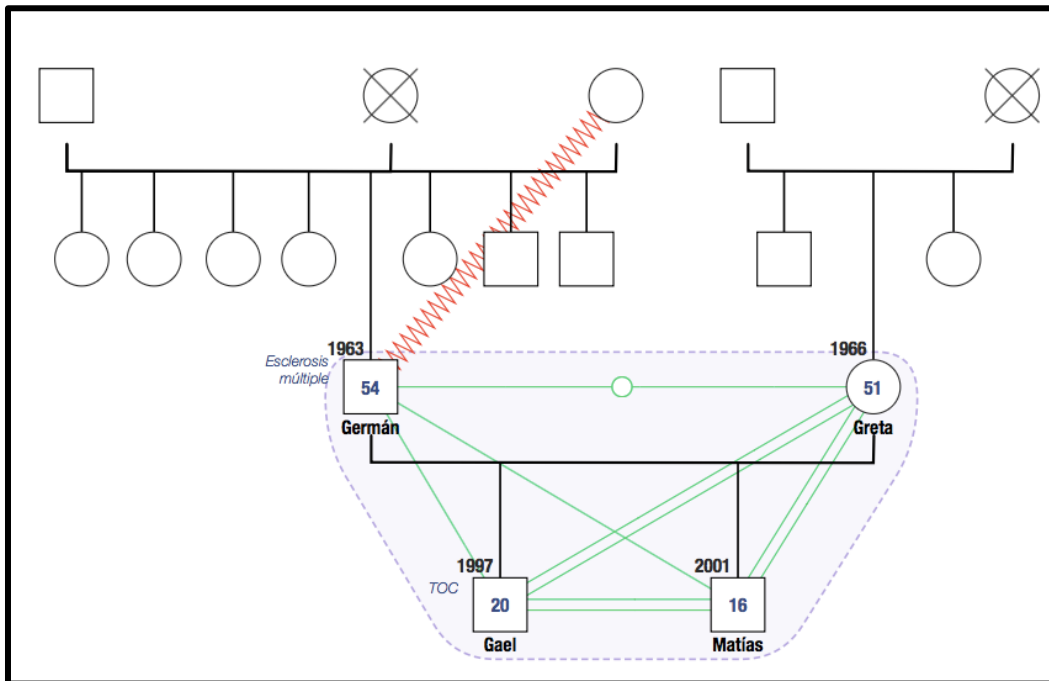


### **Categorías diagnósticas médicas o psiquiátricas.**

Germán, padece Esclerosis Múltiple<sup>3</sup> desde hace 5 años; algunos de los síntomas que ha presentado son problemas de equilibrio y coordinación, fatiga, espasticidad, dolor muscular y parestesia. Actualmente Germán tiene dificultad para caminar y se auxilia con un bastón.

Gael tiene diagnóstico Trastorno Obsesivo Compulsivo, es atendido en el Instituto Nacional de Psiquiatría desde hace 7 meses, donde asiste a terapia grupal junto con su madre.

### **Familiograma.**



<sup>3</sup> La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune y crónica degenerativa del Sistema Nervioso Central en la que el sistema inmunológico ataca a la mielina (protector de las fibras nerviosas) de forma que la destruye o la lesiona, esto genera que los nervios pierdan capacidad para conducir impulsos eléctricos. Los síntomas principales son problemas de equilibrio y coordinación, trastornos visuales, deterioro del habla, fatiga, espasticidad (contracción de los músculos), dolor muscular, y parestesia (sensación de hormigueo o ardor en el cuerpo). Los períodos de los brotes y los síntomas varían de una persona a otra, cada caso es único, y evolucionará según sea el área que esté dañada y la capacidad de recuperación del organismo de la persona. Los brotes son imprevisibles y pueden manifestarse por un determinado tiempo sin dejar secuelas y/o ir deteriorando las funciones de la persona afectada (Esclerosis Múltiple España, s.f. y Fundació Esclerosi Múltiple, s.f.).

### ***Resumen del proceso terapéutico.***

El proceso terapéutico de la familia SB se dividió en dos momentos: en el primero, trabajé con los cuatro integrantes de la familia, y en el segundo, con la pareja; entre estos dos momentos, tuve una sesión individual con Germán.

El primer momento de trabajo con la familia se desarrolló a lo largo de cuatro sesiones, de las cuales Matías no pudo estar presente en dos, debido a cuestiones escolares. Al inicio del proceso, conversamos sobre el desarrollo de la enfermedad de Germán -a lo largo de 5 años-, su historia clínica y cómo es que llegaron al Instituto Nacional de Rehabilitación; a partir de esto exploré cómo han vivido la enfermedad del padre y las implicaciones que ésta ha tenido para ellos. La familia concordó en que ha sido difícil ver el deterioro de Germán, pero que de alguna forma se han unido más y todos apoyan en lo que pueden. Greta asumió la responsabilidad económica, Germán vive la enfermedad, es decir, los síntomas de ésta y sus consecuencias, Gael se ha dedicado a la escuela y a apoyar en casa, y Matías no sabe cómo se siente, pero asume su responsabilidad académica. Germán mencionó que además de los esfuerzos de la familia, su amigo Javier, a quien considera como un hermano, les ha apoyado tanto en el aspecto económico como en el emocional. Abordamos también la incapacidad laboral de Germán y el proceso legal de una demanda al IMSS por dicha incapacidad; así como del tratamiento que recibe Gael en el INP por el diagnóstico de TOC desde marzo del año en curso, el cual abarca sesiones individuales de terapia, y de grupo con su mamá, además de recibir tratamiento farmacológico.

Respecto al motivo de asistir a terapia, Greta señaló que era para que la comunicación en la familia fuera más asertiva, ya que sentía que su esposo estaba frustrado y enojado porque no han obtenido una resolución de la demanda del IMSS. La familia expresó las expectativas que

tenían sobre lo que querían lograr en la terapia: Greta señaló que quería mantener la unión familiar frente a la enfermedad, disipar culpas y disfrutar la vida; Germán quería que hubiera una relación cordial entre todos, poder hablar sin alterarse y tener confianza en su esposa e hijos; Gael dijo que quería que cambiara la comunicación y que su papá “ siga sintiendo que es mi papá, te necesitamos”; y Matías, sentir armonía en casa y que su papá se sienta apoyado.

Desde el inicio, la familia se mostró dispuesta a movilizarse para generar cambios y manifestaron que había cosas que podían hacer para estar mejor, como ponerse de acuerdo para comer o cenar juntos en familia, y platicar sobre cómo les fue en el día, lo que piensan y lo que sienten. Después de algunas sesiones, Greta identificó que ahora valoraba más lo que tenía y había aprendido a vivir en el hoy y que, aunque surgieran momentos difíciles, se sentía más ubicada, contenta, agradecida y con esperanza de que las cosas mejorarían. Germán ha cuidado y controlado más su enojo, lo que le ha permitido ser más tolerante, aunque identifica que hay algunos detonantes con los que le es difícil lidiar ya que le generan angustia y desesperación respecto al futuro, como la situación de la demanda que no se resuelve, pero que su esposa le ayuda a lidiar con estas emociones. Gael señaló que las cosas han mejorado en casa ya que había menos tensión y más convivencia, se llevan mejor entre todos y han logrado platicar más, ve que sus padres se controlan y están más tranquilos, aunque le gustaría que fueran más cordiales al decir las cosas que les molestan, sin explotar.

Por otro lado, expresaron que en ocasiones Germán realizaba ciertas actividades, cómo reparaciones de cosas en la casa, que ellos consideraban riesgosas, lo que generaba enojo en Greta y Gael, ya que les parecía que él no estaba siendo prudente ni cuidando de sí mismo, y que lo que habían avanzado y construido, respecto a la rehabilitación, se podía destruir en un

momento. Gael mencionó que su padre tiene un papel importante para ellos y que le sería agradable que les mostrara su cariño, a lo cual Germán respondió que lo demostraría no preocupándolos y diciéndoles lo que siente.

Germán manifestó sentirse frustrado y limitado de no poder hacer las cosas que hacía antes, y que al entender la preocupación de su esposa e hijo, se dio cuenta de que hay cosas que ya no puede hacer pero le cuesta pedir ayuda, lo cual atribuyó a que falta de comunicación entre ellos. Además, expresó que siente culpa de lo que ha sucedido y que está “arrastrando” a su familia a un mal lugar; ante esto Gael le dijo que lo necesitaban y que él era muy importante para la familia; Greta añadió que ahora son otra familia y se tienen que adaptar. Germán señaló que buscaría cosas en las que pudiera colaborar en casa que no implicaran riesgos, como doblar la ropa y acomodarla.

Al hablar sobre el enojo y quienes lo manifiestan más Greta y Gael coinciden en que es Germán, seguido de Matías. Germán por su parte mencionó que Gael es muy cariñoso y esto le gusta; considera que les hace falta estrechar el cariño familiar y que es algo que deben trabajar juntos porque parece que hay algo que los limita. Matías comentó que se enoja cuando no lo dejan salir pero que trata de olvidar el enojo. Así mismo, Germán quisiera cambiar la imagen que su familia tiene de él, de ser “enojón” y “duro”, aunque por otro lado quisiera que entendieran que le cuesta trabajo reír por la situación que están atravesando.

Conforme avanzó el proceso, Greta mencionó que no sólo ha habido dificultades, sino que también ha habido cosas buenas, como que sus hijos van bien en la escuela y que ella se siente orgullosa de su familia, añadió que el amor y la fe son fundamentales para ella. Llegado a este punto de la terapia, hacia el final del primer momento del proceso, la familia estaba encontrando

formas diferentes para relacionarse y expresarse, dejando de reaccionar explosivamente ante el enojo; ellos coincidieron en que estaban teniendo mejor relación respecto a la cooperación y el entendimiento. Matías se podía comunicar más con su hermano y sus padres, y se atrevía a hacer cosas que sabía que sus padres no estarían de acuerdo, como perforarse la oreja. Ante esta situación Greta se molestó pero no reaccionó explosivamente, además hizo un movimiento distinto que implicó no solucionarle el problema a Matías con su papá y que dejó que él resolviera la situación. Para Germán, esta acción de su hijo fue una “cubetada de agua fría”, pero que no obstante le pareció que Matías tenía temor de decirle por cómo podría reaccionar, le pareció que fue valiente y tuvo agallas para enfrentarlo, y le gusta que tenga ese carácter.

Otro aspecto que resaltó en este punto del proceso terapéutico, fue en torno a los miedos que tenía cada miembro de la familia. Gael dijo que antes sus miedos lo paralizaban pero ahora busca que no lo frenen; añadió que se quiere ir a estudiar a Alemania pero teme lo que pueda pasar estando lejos. Greta mencionó que más que miedos tiene preocupaciones y que se ocupa de ellas. Germán señaló que tiene miedo a la evolución de la enfermedad y de volverse dependiente; frente a esto mencionó sentirse incompetente y con complejo de inferioridad. Ante esto, Greta expresó que ve en su esposo una gran pareja en todos los sentidos, una persona trabajadora y ordenada, y que el transmitir sus conocimientos a su hijo le da valor a sí mismo; Germán comentó que considera que es un buen padre y esposo; y Gael señaló que su padre le ha transmitido el ser trabajador y ser amoroso; y que le cuesta entender la preocupación de su papá sobre la demanda al IMSS. Exploré que imaginaba que su papá pudiera pensar sobre esto, a lo que identificó que la preocupación pudiera ser por el futuro de la familia pero que le gustaría que conviviera más y pensara menos en eso. Greta mencionó que le parece que su esposo siente que

ha perdido el poder porque ella es la que maneja el dinero ahora, que los roles cambiaron y es otra familia, le gustaría que su esposo estuviera en el hoy. A partir de lo expresado por su esposa e hijo, Germán señaló que reflexionaría sobre su miedo a qué va a pasar “si no hay pensión no hay nada”; y que también trabajaría en convivir más con su familia y dejar de estar encerrado en sus pensamientos.

Tras las fiestas decembrinas, la familia mencionó que, aunque pasaron estas fechas juntos y felices, también seguían estando presentes los enojos y las preocupaciones. Gael comentó que surgió una situación de conflicto relacionada sobre el sitio donde pasarían las fiestas ya que sus padres no se pusieron de acuerdo, debido a que Germán no deseaba acudir con la familia extensa de Greta por temor a sentirse mal. Aún con los conflictos que surgieron, me es importante resaltar que los miembros de la familia pudieron expresar lo que sentían y pensaban sin exaltarse, así como mostrar su apoyo en la situación; se mostraron comprensivos y con entendimiento respecto a la que sentía Germán sobre su malestar, logrando encontrar una solución a la situación.

Por otro lado, Greta señaló que no habían conversado en familia como lo habían hecho las últimas semanas, y sentía que eso se debía a que habían estado todos muy ocupados. Matías expresó que él hace muchas cosas por su cuenta y que siente que cuando pide ayuda a su madre y a su hermano, a ellos no les gusta dársela; Germán interpreta las peticiones de su hermano como “flojera” y que quiere que le hagan todo, además de que tiene “mala actitud”. Ante este conflicto entre hermanos, exploré cómo entiende Matías lo que le expresa y solicita Gael; Matías quisiera que su hermano conviviera más con ellos pero que la escuela no le deja mucho tiempo libre, Gael añade que sería importante que mostrara su afecto y que pudiera ponerse en los

zapatos de los demás; los padres coinciden y mencionan que es importante poder comprender al otro y entenderlo.

La familia considera que, a pesar de que en el espacio terapéutico pueden hablar sobre temas que no hablan en casa, sigue habiendo algo que les dificulta el poder conversar fuera de este espacio, y que pudiera deberse a falta de confianza, más que falta de tiempo. Para Gael es difícil acercarse a su padre porque, ya sea que le pregunte algo o no lo haga, él se enoja. Sin embargo consideran que han cambiado como familia, porque antes el enojo los llevaba a dejar de hablarse por días y ahora si bien no hablan de lo que les genera enojo siguen comunicándose entre ellos. Germán mencionó que continúa teniendo muchos detonantes y no sabe cómo manejarlos, ante ello le propuse tener una sesión individual para trabajar sobre esa situación.

La sesión individual con Germán giró en torno a sus preocupaciones respecto a la incertidumbre de lo que pasaría en el futuro, tanto en el aspecto económico como en el de su enfermedad; además de la barrera que le dificulta acercarse a sus hijos; y la manera en que ha estado viviendo el deterioro de la enfermedad y el impacto que ha tenido ésta en su identidad.

Germán mencionó estar preocupado por no poder darles una buena preparación a sus hijos para el futuro y cargarle el trabajo a Greta: “no es que no quiera, la enfermedad me ha limitado”, y tiene temor porque no sabe qué desenlace va a tener su padecimiento.

Por otro lado, señaló que considera que su familia tiene otras prioridades y que a él lo ponen al final de éstas; exploré de dónde venían estas ideas, y Germán comentó que ha pensado esto porque ya no es el sostén económico de la familia y las cosas ya no se hacen cómo él dice, lo cual representa que está perdiendo autoridad y el respeto de sus hijos; otra idea que abona esta sensación de no ser prioridad es que sus hijos no se acercan a consultar cosas con él y no

consideran su experiencia, así mismo considera que Greta a veces lo acompaña a todos lados, y en otras ocasiones lo deja ir sólo.

Lo anterior le genera frustración y tristeza, y le hace sentir un enorme vacío que le lleva a preguntarse “qué hago aquí”; la frustración está relacionada con las limitaciones que la enfermedad ha provocado en su cuerpo, con el tener que esperar a que otros le hagan las cosas, a la pérdida de autoridad y a la dificultad para manejar sus emociones, lo que le debilita físicamente. Piensa que si es un papá enojón sus hijos no se van acercar a él, y que “he puesto una barrera, no sé porque, trato de ser mejor persona, pero no faltan los detonantes”. Introduce la idea de si esta frustración podría deberse a una falta de acercamiento a su familia, más que falta de autoridad, Germán aceptó esta idea y señaló que le gustaría dedicar tiempo a convivir más con ellos. A partir de estas ideas, exploré cómo le gustaría ser tratado por su esposa y sus hijos, a lo que Germán expresó que le dejen hacer cosas por su cuenta y a su tiempo, y que no le digan que no puede hacer nada.

Le expresé a Germán que estaba enviando dobles mensajes a su familia, por un lado que quería que se acercaran y le consultaran sobre sus asuntos, y por el otro ponía una barrera y se enojaba si no hacían lo que les decía; y que esto podía estar provocando que ellos tampoco supieran como acercarse. Así mismo le señale que parecía que era difícil para él hablar de las emociones que le generan estas situaciones porque lo ponían en un lugar de vulnerabilidad. Germán se sintió identificado con estas ideas y acordamos que sería importante reflexionar sobre la barrera que pone en la relación con sus hijos y la importancia de expresarle a su familia cómo le gustaría que lo trataran.



La idea de tener un proceso terapéutico de pareja se abrió debido a que sus hijos no pudieron acudir a la sexta sesión; en ésta, ambos se dieron cuenta que era importante trabajar en ellos, por lo que las siguientes cuatro sesiones se trabajó solo con la pareja.

Uno de los temas importantes que se abordaron fue el enojo que predomina cuando las cosas no se hacen como Germán quiere, éste impacta en la relación con Greta ya que la aleja y le dice cosas que la lastiman como “no eches dinero bueno al malo” y “ya no sigas conmigo”. Greta señaló que cree que su esposo está enojado por no tener el control de las cosas, y que éstas no le salgan como él quiere.

Otro tema es en relación con la prioridad que Germán siente que tiene para su familia, la cual piensa que está al último, por lo que trata de valerse por sí mismo; ante esto Greta considera que no está bien que su esposo la aleje de esa forma y que ella trata de demostrarle lo importante que es para él. Debido a la recurrencia del enojo en Germán, le pregunté a dónde lo lleva, él responde que se pone apático y deja de querer hacer cosas y que, por otro lado, aprende de sus errores y piensa que debe estar más atento. Pareciera que Germán se castiga por el enojo y el que las cosas no salgan como planea, por lo que le pregunté sobre el efecto que este castigo tiene en su relación; Germán dice que es un enojo consigo mismo, y que le ha dicho a su esposa que no sabe qué hace a su lado. Ante la diferencia de opiniones de la pareja, puntué que parece que cada quien ve un Germán diferente; Greta se desespera porque él no ve que ella quiere estar a su lado, y que la lastima que la quiera alejar.

Retomé que parece que por un lado Germán siente sobreprotección y por el otro que no es tomado en cuenta; Germán dice que con la sobreprotección se siente inútil y que la situación no ayuda, se explora a qué se refiere con “la situación” y menciona que es la parte económica, no

ser el sostén de la familia. Esta respuesta causó sorpresa en Greta, ya que creía que la situación era en referencia a la enfermedad. A partir de este punto la pareja decidió continuar el proceso sólo ellos.

Reconocí, validé y normalicé las emociones que tienen frente a lo que están viviendo, que es normal tener enojo y tristeza pero que no es válido dañar al otro. Así mismo, admiré la fuerza y el valor que muestran frente a las dificultades y la disposición que cada uno tiene para estar y continuar en la relación y enfrentar lo que venga.

La pareja, conforme avanzó el proceso, señaló que hay más apego en la familia, y que han podido identificar con claridad cuáles son los instantes en los que surge el enojo. Uno de estos momentos se relaciona con que Germán siente que él tiene que quedarse en casa mientras todos los demás se distraen y tienen contacto con el mundo. Así mismo, están trabajando en poder manejar la relación cuidador-paciente a la vez que se acercan en la relación de pareja. Respecto al ser prioridad para Greta, ella menciona que tiene muchas cosas por hacer, lo que le impide estar todo el tiempo con él, pero que busca organizarse para pasar tiempo juntos; Greta no se siente reconocida en sus esfuerzos por estar con su esposo. La pareja está encontrando formas para acomodarse en esta nueva forma de ser pareja, en la que ambos puedan expresar sus necesidades y que el otro las entienda y trate de satisfacerlas de la mejor forma.

Por otro lado, abordé el tema de la enfermedad y qué información conocen sobre ésta. Es un tema poco hablado por la familia, hay poca cercanía al término de esclerosis y le llaman “proceso”, no obstante Greta menciona que se han informado e investigado para poder estar preparados para lo que venga pero que está más centrada en vivir el hoy. A Germán le gustaría que su familia se pudiera poner más en su lugar respecto de la manera en la que vive su

padecimiento. Ante esto, les mencioné que parece que los dos viven la enfermedad desde un lugar distinto, y les invité a reflexionar de qué forma pueden tratar de ponerse en el lugar del otro. Germán dice que tienen buenos momentos y que siempre le agradece a Greta que esté a su lado. Se negocian formas en las que se puedan expresar y cómo manejar las emociones, sobre todo el enojo cuando esté presente, la pareja decide que podrían intentar tomar tiempos fuera cuando se presente el enojo y retomar después la conversación, además de guiar ésta según el libro de los cuatro acuerdos.

Después de algunas sesiones, la pareja mencionó sentirse renovada, han logrado platicar sin pelear y expresar lo que sienten de forma cuidadosa para no lastimarse. Greta menciona que antes había distancia “te enojas y no quieres estar con la pareja”, pero que ahora está disfrutando estar con Germán y le gusta llegar a casa. Germán menciona que está elogiando lo que hace Greta y le dice que se ve muy bonita: “güerita preciosa”. Greta reconoció que Germán ha reaccionado de forma distinta ante situaciones que en otro momento hubieran provocado su enojo; para Greta es importante “hacer oficial sus cambios”. Germán añadió que “ver que estoy haciendo yo para cambiar la situación” ha sido un aspecto relevante en su actitud. Además, mencionan que es importante entender las emociones propias y las del otro, y que aunque aún están presentes el enojo y la tristeza, han disminuido en su intensidad. Greta mencionó que su hijo Gael fue su mano derecha, pero que ahora está pudiendo apoyarse en su marido; Germán añade que “soy otro Germán”, antes era inseguro y con “un miedo que me hacía pedazos”. Exploré la vida sexual, sobre si ha cambiado o se ha mantenido, mencionan que ha tenido algunos cambios, que el enojo también los había alejado, pero ahora la están retomando.

En este punto del proceso la pareja parece haber encontrado una forma para comunicarse, a través de la cual logran reconocerse y validar sus emociones, se muestran más sensibles y disponibles ante el otro. Germán parece estar cuidando más de sí mismo, arreglándose y teniendo más control sobre sus emociones, y señala que había olvidado “sobre todo quererme”.

La pareja manifestó que les gustaría volver a incluir a sus hijos en las sesiones, en especial a Matías porque sienten que guarda sentimientos de tristeza y enojo, y que “lo hemos dejado al último”. Exploré en qué sentido creen que lo han dejado; Germán dice que al no escucharlo y que le gustaría que no existiera esa barrera entre padre-hijo, siente que Matías lo ve con mucho respeto. Comentan que Matías y Gael platican mucho y que le gustaría que fuera así con él también, más abierto. Se cuestiona si esto es algo que le ha pedido a su hijo. Germán dice que no le ha dicho nada (se queda pensativo).

Retomé el motivo de consulta y cuestioné en qué momento de la terapia consideran que se encuentran. Greta dice que van muy avanzados, que al inicio ella no encontraba salida y que ahora ha podido encontrar formas distintas de comunicarse y de estar, tanto con ella como con su familia. Germán concuerda con que van avanzados, y que falta más comunicación y fortalecer la vida sexual. Cuestioné si hay alguna relación entre la comunicación y fortalecer la vida sexual. Greta dice que ella cree que es comunicación y que lo sexual se dará cuando haya más comunicación; Germán coincide con ella. Greta menciona que ahora tienen más “previo” y que antes sólo era la relación sexual y señala que ella quisiera más caricias. Se explora con la pareja si es algo en lo que pudieran trabajar, ambos dicen que sí.

Exploré respecto a qué sienten que falta trabajar con sus hijos, Greta dice que hace falta integrarlos, que se sientan parte de la familia, tener tiempo de calidad con ellos. Comenta que

entiende que tienen amigos, que sabe que los hijos se van y “está padre”. Germán por su parte, dice que le gusta que sus hijos sean independientes. Ambos dicen que quisieran que se reintegraran a la terapia, por lo que la próxima sesión acudirán los cuatro.

A la última sesión acudieron Germán, Greta y Matías. Conversamos sobre cómo percibía Matías a sus padres y cómo los cambios que habían hecho impactaron en él. Comentaron sobre un conflicto que hubo entre Greta y Matías, en el que se molestaron y hubo enojo, aunque posteriormente lograron resolverlo y disculparse por las acciones y palabras que pudieron lastimar al otro. Por otro lado los padres comentaron que para ellos es importante que sus hijos estén activos y cultivando su mente, y que es motivo de conflicto cuando los ven “sin hacer nada”. Matías comentó que comprendía lo que ellos decían, pero que a veces se siente cansado y no tiene ganas de hacer nada. Los momentos de convivencia entre padre e hijo han aumentado y sienten que esto ha permitido que se fortalezca la confianza entre los dos. Por otro lado, Germán comentó que en ocasiones tiene días difíciles en los que se enoja con más facilidad, y que le solicitó a Greta que no se tomara personal el enojo que muestra en esos días; esto se relaciona con la capacidad que ha adquirido Germán para monitorear sus emociones y poder expresar lo que necesita.

Otro tema importante fue que un amigo de Germán y Greta falleció recientemente debido a esclerosis múltiple. Ante esta situación exploré que impacto había tenido en la familia; el saber de estos eventos les hace pensar en que deben disfrutar más la vida y los momentos que tienen para compartir y estar juntos. Los padres expresaron la importancia que tiene poder escuchar lo que Matías siente y piensa, y que les da gusto saber que él está bien y no se ha visto tan afectado por la enfermedad de su padre. Esto ayuda a los padres a disminuir su preocupación sobre Matías

y a validar que es un joven reservado en algunas cosas y que, cuando sienta la necesidad, acudirá a ellos para hablar sobre lo que necesite.

Greta compartió que en los próximos días se irían a Peña de Bernal con el grupo de la Virgen del Pozo, se siente entusiasmada de que Germán aceptara ir; la familia parece estar retomando actividades y acomodándose a su nuevo “ser familia”, además la pareja está tomando momentos para estar juntos, sin lo hijos.

Consulté con la familia cómo veían el proceso hasta el momento, coincidieron en que han avanzado mucho, pueden expresarse lo que quieren y sienten, además de resolver sus diferencias escuchándose. Ante esta respuesta, retomé el motivo de consulta y comenté que, con base a lo que decían del lugar en el que estaban al día de hoy, parecía que el enojo ya no era un problema, debido a que habían fortalecido habilidades para expresarlo y manejarlo, por lo que les propuse el cierre del proceso. Junto con la familia hicimos un recorrido del camino que habían avanzado y expresé que estaban encaminados para seguir desarrollando y fortaleciendo las nuevas formas para comunicarse, relacionarse y reconocerse. La familia aceptó terminar el proceso en este punto, y comentaron que se habían liberado y que la carga era menos, la familia parece estar en punto en el que “cargan juntos la maleta” de las situaciones familiares.

### **3.2.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica.**

#### ***3.2.2.1 Análisis del sistema familiar.***

*Sistema significativo.*

*Germán.* Era el principal proveedor económico de la familia, debido a la enfermedad dejó de trabajar, lo cual tambalea su idea de ser el jefe de familia y el sostén de la misma. Parece ser

una figura a quienes sus hijos y esposa respetan y les es muy importante su opinión, aunque no siempre hacen lo que él quiere. Mantiene una relación cercana con su esposa mientras que con sus hijos está en búsqueda de nuevas formas para relacionarse con ellos. Actualmente ya no trabaja y apoya en casa con algunas labores domésticas.

*Greta.* Actualmente es la que trabaja y aporta dinero a la casa, además de la pensión del esposo. Sus hijos se acercan a ella para las cuestiones económicas, parece que ha tomado un rol de organizadora de la vida diaria. Su figura es de apoyo para su esposo e hijos, se mantiene fuerte para la familia. Ella procura hacer cosas para que su esposo se siga sintiendo el jefe de familia, para ella es importante que él se sienta importante en su familia. Alienta a los hijos a que convivan con su padre y se estreche su relación.

*Gael.* Es el hermano mayor y está muy cercano a Matías. Constantemente busca decirle a su padre que es importante para él y que aún lo necesita, aunque le es difícil encontrar formas de convivir con él. Al tener dificultades solicita ayuda de su madre, tiene autocuidado y trata de compartir lo que siente y piensa de forma cautelosa, sobre todo cuando es algo que difiere de las ideas de su padre.

*Matías.* Es el hijo menor y es cercano a Gael. Se concentra en sus estudios y expresa poco lo que siente y piensa. Sus padres se muestran preocupados de que le pueda estar sucediendo algo, su hermano piensa que es por la adolescencia que comparte poco lo que siente y no busca contacto físico afectivo con los padres.

*Javier.* Tiene un rol importante de apoyo tanto emocional como económico para la familia.

*INR.* Tiene un papel central desde que detectan la enfermedad. Dan información, cuidado y atención tanto a Germán como a la familia. La familia se muestra agradecida por los servicios

brindados por el Instituto así como por la buena atención que han recibido por parte del personal.

*INP.* Es un espacio donde Gael ha encontrado apoyo para trabajar en su TOC, así como recibir atención individual y en grupo, al cual acude con su madre.

*Terapeuta y equipo terapéutico.* Parece que el espacio terapéutico se ha convertido en un lugar donde reciben apoyo, contención y acompañamiento en la situación por la que atraviesan; así mismo expresan que es un espacio donde pueden decir lo que piensan y sienten, y que están llevando esta forma de relacionarse a casa.

#### *Elementos que configuran y reconfiguran al sistema.*

La enfermedad del padre ha generado cambios en la familia a nivel relacional, emocional e instrumental. Hay cambios en los roles de los miembros de la familia, principalmente en el de los padres, la madre es la que ahora está a cargo del sostén económico mientras que el padre permanece en casa y realiza algunas labores domésticas; los hijos por su parte se han vuelto más independientes y participativos en las tareas de casa; cada uno ha aprendido a cuidar más de sí. La familia está buscando nuevas formas de relacionarse y conectarse emocionalmente, se han vuelto más unidos buscando disfrutar de momentos en familia así como a hablar de lo que sienten y piensan. La familia parece estar actuando de forma sobreprotectora con el padre.

El diagnóstico de TOC del hijo, puso foco en la atención que también requieren los hijos por parte de los padres, así como en la importancia de la confianza entre los miembros de la familia para poder decir cómo se sienten y pedir ayuda cuando lo necesitan.

La situación de la demanda por la pensión del padre al IMSS genera movimiento en la familia, debido a que por la falta de ingreso económico la madre sale a trabajar para tener más



ingreso, así mismo hay un cambio en el estilo de vida de la familia al cual parecen estar adaptados de forma adecuada. El no poder continuar siendo el sostén económico de su familia genera en el padre ansiedad y enojo, que en ocasiones es descargado en los integrantes de la familia.

*Recursividad entre los procesos individuales, interaccionales, familiares y sociales.*

La familia está atravesando por diversas situaciones en su vida y en diferentes niveles sistémicos; esto les ha llevado a poner en marcha procesos, entendidos como formas de negociación, acomodamiento recíproco, coordinación y reestructuración de las familias (Reséndiz, 2014), que les permitan adaptarse al cambio de sus elementos y de su entorno, de forma que puedan reorganizar sus relaciones de manera más útil y benéfica para ellos.

De forma individual, los hijos se enfrentan a los cambios que trae consigo la adolescencia, a los que se suma la situación familiar, obligándolos a crecer de forma más rápida, de manera que han adquirido más responsabilidades en las actividades del hogar así como en el autocuidado de sí mismos, ya que la madre ha estado más pendiente del cuidado del padre.

Gael está entrando a la etapa de adulto joven, aunque cuando inicio la enfermedad de su padre estaba en la adolescencia, las responsabilidades que ha adquirido se relacionan con el cuidado de su hermano y en apoyar a sus padres, principalmente a su madre, con quien está más cercano; así mismo está muy involucrado en lo relacionado a la enfermedad de su padre. Gael ha desarrollado la capacidad de resolver problemas por sí mismo, no obstante reconoce cuando necesita ayuda y la pide; esto le permitió acercarse a su madre cuando los síntomas del TOC le rebasaron y no los pudo manejar.

Matías, de 16 años, a lo largo de los 5 años de la enfermedad de su padre, se ha convertido en un joven independiente con capacidad para hacer cosas por sí mismo, acudiendo poco a sus padres por ayuda, con quienes es reservado y poco expresivo. Matías tiene buenas calificaciones en la escuela, se regresa solo a casa cuando sale de clases por la noche y arregla su cuarto; está poco involucrado en lo relacionado a la enfermedad de su padre, y está más cercano a su hermano. Aunque él se vive como independiente, su familia lo siente “ausente” y poco comunicativo.

Greta se dedicaba al hogar y al cuidado de sus hijos, conforme avanzó la enfermedad de su esposo comenzó a trabajar y tomó un rol de proveedora económica, sostén de la familia, y cuidadora primaria. Al inicio del proceso, ella se sentía perdida respecto a qué cosas podía hacer para que su familia siguiera unida y hubiera una mayor comunicación entre todos, parece que también adoptó el papel de “solucionadora” de los conflictos de todos. Greta, en su proceso individual, ha dado más espacio a verse a sí misma y reconocer las cosas que necesita tanto de ella como de su esposo e hijos; se ha movido a poder disfrutar el día a día, sin dejar de pensar en el futuro, agradeciendo lo que tiene y dejando que los demás solucionen los conflictos en los que ella no está involucrada. Aunque sigue siendo la proveedora económica principal y cuidadora primaria de su esposo, ya no carga el peso de la familia en sus hombros.

Germán era el principal sostén económico de la familia, sin embargo conforme ha avanzado la enfermedad tuvo que dejar trabajar; ahora se encuentra en un proceso de adaptación a la evolución de la enfermedad que se contrapone con la etapa vital en la que se encuentra, en la que por su edad aún es productivo, además de esto, está lidiando con una demanda al IMSS por pensión de incapacidad laboral debido a la enfermedad, la cual no ha tenido

una resolución favorable al momento. Así mismo está buscando un nuevo lugar en el sistema familiar en el que pueda sentirse útil y que le permita relacionarse con sus hijos y esposa desde un lugar en el que se sienta valioso, mientras lucha con el temor de volverse dependiente. Ha podido comenzar a conectarse con ellos a nivel emocional e instrumental, cuestionando la idea que tiene de cómo debe ser un padre y permitiéndose relacionarse con sus hijos y con su esposa de forma distinta.

Es visible que el proceso de *cohesión grupal*, que implica la habilidad del sistema para coordinarse y sintonizarse entre sus miembros al mismo tiempo que promueve oportunidad para que estos entren y salgan del sistema familiar (Reséndiz, 2014), se ha puesto en marcha en la familia SB, ya que han podido adaptarse a las circunstancias que se han presentado a través de adoptar distintas posiciones y roles en el sistema familiar según éste lo ha requerido; este último punto hace referencia al proceso de *complementariedad*, en el que toma relevancia la forma en la que se relacionan los integrantes del sistema con una multiplicad de identidades (Reséndiz, 2014). En este sentido, Greta asume el rol de proveedora económica que antes tenía su esposo, ante este cambio Germán se sintió desubicado y sin valía; sin embargo la familia ha podido expresarle la importancia que tiene el padre para ellos así como la forma en la que les gustaría saberse queridos por él. Además, Germán se ha permitido cuestionar las ideas que tenía sobre sí mismo a manera que ahora está integrando la enfermedad como “compañera de vida” sin que ésta lo defina. Este movimiento le ha permitido acercarse más a sus hijos y a su esposa, expresándoles lo que siente y lo que piensa; quienes a su vez también se han acercado más a él. Este hecho reafirma en Germán que es importante para ellos, lo que le motiva a esforzarse en estar mejor y trabajar con sus emociones, como una forma de colaborar para que la esclerosis

avance de forma más lenta. Gael había tomado una posición de no-hijo, más como “brazo derecho” de la madre, para apoyarla en cuestiones instrumentales y emocionales; esto lo acercaba a la madre, pero lo alejaba de su padre. A partir del movimiento de Germán de estar “más presente” en la vida familiar, Gael regresó a su posición de hijo dejando espacio para que su padre regresara a su lugar al lado de Greta. Matías se volvió a hacer visible en la familia, acercándose a sus padres y a su hermano, y colaborando más en casa con todos.

Respecto al nivel cultural, los hijos han sido clave en la transformación de Greta y Germán como padres. La cultura ha permitido más apertura para que los hijos expresen a sus padres con lo que no están de acuerdo y puedan tomar decisiones de forma libre; en cambio, en el contexto cultural en el que Germán y Greta fueron criados, predominaba la distancia emocional hacia los padres, en el caso de Germán prevalecía el miedo y el respeto hacia ellos, y si quería hacer cosas con las que no estuviera de acuerdo su padre, las hacía a sus espaldas y de forma que no se enterara. En este proceso de encuentro de diferencias culturales en la brecha generacional, la familia ha podido encontrar formas de relacionarse en las que prevalezcan la unión familiar, la comunicación, la expresión de emociones, y el respeto de escuchar al otro, aunque no se esté de acuerdo con él.

Por otro lado, en el nivel social y político, la familia se ha enfrentado a diferentes situaciones, algunas con dificultades en el camino. La respuesta médico-institucional ha sido favorable, en este caso, el INR les ha brindado el apoyo necesario para el tratamiento de la esclerosis múltiple de Germán, tomando en cuenta su situación económica, y que el tratamiento no les implique quedarse sin posibilidades de cubrirlo; además no sólo ha sido el tratamiento respecto a fármacos, sino también rehabilitación para el fortalecimiento de los músculos de

Germán y el apoyo psicológico tanto para él como para la familia. Además, también han tenido respuesta por parte del INP para el diagnóstico y tratamiento del TOC de Gael, quien se ha visto beneficiado por la atención psicológica, terapia grupal y farmacológica que recibe. Estos apoyos recibidos, han permitido que la familia pueda concentrarse en resolver las situaciones en casa, del día a día, con menos presiones, y que se sienta motivada a poner los esfuerzos necesarios para que las cosas vayan lo mejor posible para su vida. No obstante de la parte médico-institucional, una dificultad que les genera frustración, en especial a Germán, es la no resolución de la demanda al IMSS por la pensión de incapacidad laboral. Dada su enfermedad, no ha recibido el apoyo necesario por parte de instancias gubernamentales para que él pueda seguir aportando en la economía de su familia. Aunque ha podido trabajar y manejar la ansiedad, frustración y preocupación que le genera a Germán esta situación, es un factor que sigue estando presente y que dificulta la tranquilidad, en el sentido económico, de él y de la familia.

### *Hipótesis Sistémicas*

Siguiendo los principios de hipotetización, que señalan que las hipótesis sirven para organizar la información que va surgiendo en la conversación terapéutica (haciendo referencia a razones y no a causas), y que el proceso de formularas no es estático, sino que se pueden modificar según la información que surja sobre la familia como: sus creencias, premisas, contextos de referencia y sistemas significativos (Cecchin, 1987; Reséndiz, 2010); elaboré las siguientes hipótesis sobre la forma de relacionarse de la familia a lo largo del proceso terapéutico:

- Los integrantes de la familia muestran temor a no seguir unidos y preocupación sobre la posición que tienen en la familia -cómo madre, padre e hijos-, y cómo seguir ocupando ésta,

conforme avanza la enfermedad del padre. Ante este temor y preocupación, no expresan lo que sienten, en especial su enojo, pensando que, por un lado, exteriorizarlo puede herir a los otros y, por el otro, generar culpa en quien lo manifiesta.

- La dinámica de la familia gira en torno a Germán y su enfermedad. Tanto Greta como Gael parecen estar actuando de forma sobreprotectora con Germán, procuran que siempre esté acompañado de alguien y no le dejan hacer cosas que él solía hacer -como reparar cosas de la casa- por temor a que se lastime. Ante esto, Germán reacciona con enojo porque siente que no es útil a la familia, y continúa haciendo algunas de estas actividades para probarse a sí mismo e identificar qué cosas aún puede hacer, estas acciones son interpretadas por el hijo mayor y la madre como falta de precaución y ponerse en riesgo, lo que les hace sentirse enojados con el papá, quien a su vez piensa que este enojo es debido a que ellos sienten que los “arrastra” a no estar bien y que le culpan por la situación por la que están pasando. Por otro lado, Matías se muestra independiente y hace muchas cosas solo, por lo que se encuentra alejado de estos conflictos. Esta forma de actuar de Matías es interpretada por la familia como distante y ausente en ciertos aspectos, generando que haya enojo hacia su falta de participación en actividades familiares. A su vez, esto causa que Matías se aleje más de ellos, aunque en ocasiones hace intentos de acercarse a sus padres y hermano, a través de pedirles favores o que le ayuden en ciertas cosas; sin embargo, estas peticiones son interpretadas como flojera y mala actitud de cooperación, lo cual provoca enojo en Matías, lo que es otra causa de distanciamiento de la familia.
- Greta, Gael y Matías buscan tener más momentos para convivir, como conversar sobre su día, expresar lo que piensan, cooperar en actividades del hogar y cenar juntos; mientras

que Germán pasa mucho tiempo solo pensando en la situación económica de la familia y el futuro. Aunque su familia lo invita a unirse a estos momentos de convivencia, encuentran difícil la manera de hacerlo porque lo perciben ausente y enojado, y aunque le dicen que él es importante para ellos y que les es significativo que les muestre su cariño, él no se une a la convivencia familiar, generando que ellos se alejen. Germán interpreta este alejamiento de sus hijos como molestia frente a la situación económica, sin prestar atención a la búsqueda de convivencia por parte de ellos, lo que le hace seguir pensando en sus preocupaciones del futuro. Además, los hijos están más cercanos a su madre, tanto porque la perciben más abierta y porque se acercan para tratar cuestiones instrumentales; esto refuerza en Germán la sensación de poca valía como persona, padre y esposo, y le dificulta encontrar un nuevo lugar en la familia.

- Germán está dando dobles mensajes a Greta, por un lado le pide independencia mientras que por el otro le pide ser su prioridad; no obstante, cualquiera de las dos genera en él enojo e irritabilidad. Ante esto, Greta trata de mediar entre acompañar y ayudar a Germán en lo que necesite y probar con que tanta independencia él se siente cómodo; entre esta mediación busca mostrarle que, para ella, él es lo más importante. Germán interpreta estas acciones de su esposa como sobreprotección ante lo que se siente inútil. Pareciera que los dos sienten que, al lugar que se muevan o lo que sea que hagan, va a generar conflicto y enojo, aunque ambos desean tener más espacio de maniobra para actuar y que estos momentos de conflicto disminuyan.
- Greta dejó de actuar como intermediara en la resolución de los conflictos entre sus hijos y su esposo, este movimiento impactó en la forma en la que se relacionan padre e hijos de

forma que hay una barrera entre ellos, la cual es interpretada por la familia como falta de confianza para hablar. Parece que para Germán, la barrera le evita ponerse en un lugar vulnerable ante sus hijos, tal vez como una forma de que no haya más intimidad entre ellos, por lo que pueda pasar en un futuro con la enfermedad. Sin embargo, tanto los hijos como el padre buscan pasar esta barrera, aunque les es difícil encontrar nuevas formas de expresarse sin que la mamá sea la intermediaria, ya que Germán quiere que sus hijos se acerquen a él para consultarlo y pedirle consejo, pero cuando sus hijos lo consultan y no hacen lo que él les dice, le genera enojo, lo cual repercute en su relación porque sus hijos lo perciben molesto y ponen distancia en la relación con él.

- La pareja parece estar entrando en sintonía y continúan trabajando en las nuevas formas que han encontrado para comunicarse, reconocerse y escucharse. Ponerse en el lugar del otro les ha permitido generar nuevos entendimientos y comprensión de cómo vive el otro la situación. Estos movimientos generan en la pareja validación y reconocimiento por y hacia el otro, respeto al espacio personal y a los tiempos de cada uno, mayor cercanía y disfrute del tiempo que están juntos. Así mismo, también han tenido un impacto en la relación de ambos con sus hijos; Germán está más cercano a ellos, les muestra su cariño y se interesa en sus actividades, generando que haya más momentos de convivencia con ellos. Para Greta, la relación con Gael vuelve a ser de madre e hijo y con Matías tiene mayor cercanía y apertura. A su vez, los hijos responden a los cambios de sus padres; Matías muestra mayor apertura en la conversación y confianza para contarles sus dificultades, emociones y pensamientos; y Gael se encuentra más cercano a sus padres desde el lugar



que retomó como hijo, y con mayor libertad para hacer sus actividades. La familia siente que ahora pueden “cargar la maleta” juntos, en lugar de cada quien la suya.

*Tiempos y concordancia entre los tiempos.*

Partiendo del entendido de que el presente se experimenta como un continuo en el que se advierte: un presente de cosas pasadas (memoria), un presente de cosas presentes (percepción directa), y un presente de cosas futuras (expectativas) (Boscolo y Bertrando, 1992; Boscolo y Bertrando, 1996), es posible observar que la familia está ubicada en gran medida en el tiempo presente y que el futuro parece ser incierto y amenazador. Hablan de lo que tienen en el presente, de cómo se han ido acomodando a los nuevos roles familiares -la madre dice “somos una nueva familia”-, y de las dificultades que han enfrentado en este acomodo.

Así también, el tiempo también aborda niveles individuales, sociales y culturales. El tiempo individual es diferente para cada individuo, la forma en la que se posiciona como observador de sí mismo, así como el modo en el que percibe las interacciones con otros y con el mundo varía según la situación que se esté viviendo y los significados que le son otorgados a la experiencia. (Boscolo y Bertrando, 1996). Podemos observar cómo los tiempos individuales de cada integrante de la familia fueron encontrando un ritmo para coordinarse, reencontrarse y equilibrarse.

En un inicio, el tiempo individual de Germán parecía estar ubicado en el tiempo futuro, en las expectativas permeadas de preocupación y miedo por lo que pudiera suceder, tanto en lo económico como en lo referente a la evolución de la enfermedad; dejando de lado el presente. Así mismo, se generó una discrepancia entre el propio tiempo de la enfermedad y el tiempo individual de Germán, ya que, acorde al ciclo vital en el que se encuentra, él aún se percibe como

un hombre productivo, con hijos adolescentes y una esposa a quienes cuidar; pero la enfermedad avanza más rápido de lo que él quisiera y ha comenzado a debilitarlo y limitarlo en su fuerza y destreza para realizar sus actividades. Esta discrepancia de tiempos también incidió en la relación mente-cuerpo, su cuerpo ya no responde igual y va más lento que su mente, lo que provoca frustración y enojo en él. Conforme avanzó el proceso de terapia, los tiempos de la enfermedad y de Germán se fueron coordinando, en la medida en que Germán expresó y reguló sus emociones, y se colocó más en el presente, pareció que la enfermedad se enlenteció en su deterioro, encontrando un ritmo con Germán.

Por otro lado, el tiempo de la pareja también enfrentó dificultades ya que Germán pensaba constantemente en el futuro, en qué pasará y cómo se irán dando las cosas; mientras que Greta estaba en el “día a día”; y aunque ambos buscaban un lugar de cuidado al otro y de bienestar tenían dificultades para coordinar sus tiempos individuales. Entraron en una fase de reencuentro y re-conocerse, y conforme pudieron comunicarse desde lugares de empatía, entendimiento y comprensión sus tiempos encontraron un ritmo en el que presente y futuro podían entretrejerse.

Los hijos por su parte están en un tiempo donde comienzan a independizarse de sus padres y a diferenciarse de ellos, a buscar hacer cosas por y para ellos mismos, no obstante, dada la situación por la que atraviesa la familia, estas actividades son pospuestas ya que centran su atención en el cuidado de su padre. El reencuentro de sus padres, el expresar sus emociones y pensamientos, y el tomar diferentes posiciones en la familia les permitió regresar a su lugar de hijos y actividades acorde a su edad.

Pareciera que los hijos y la madre estaban centrados en el presente inmediato, y no hablaban del futuro por temor a enfrentar la pérdida del padre, lo que difiere del tiempo de él, a quien le cuesta trabajo pensar en el tiempo presente probablemente por un miedo a ver cómo el avance de la enfermedad lo va deteriorando. En este sentido, había una falta de coordinación entre sus propios tiempos individuales, y esto dificultaba el entendimiento, comprensión y la convivencia, así como generaba enojo en la familia. Conforme avanzamos en el proceso terapéutico, los movimientos que hicieron cada uno permitieron que sus tiempos individuales fueran encontrando nuevos ritmos para relacionarse, en el que las necesidades y sentimientos de todos puedan ser escuchados y atendidos de la mejor forma posible.

### ***3.2.2.2 Análisis basado en los sistemas de significados.***

*Polaridades Semánticas.* Las familias construyen una red compartida de polaridades semánticas, cargadas de significados y emociones, desde las que se posicionan en la interacción según con lo que se identifiquen (Ugazio, 2013). A partir de la conversación con la familia me fue posible reconocer algunas polaridades semánticas relevantes para ellos, las cuales menciono a continuación:

- *Cercanía-Distancia.* Implica la forma en la que se relaciona la familia, quienes se sienten cerca son Greta y Gael, mientras que Matías y Germán se han posicionado en la polaridad de distancia.
- *Útil-Inútil.* Se relaciona con lo que cada integrante de la familia aporta a la misma. Parece que esta polaridad se construyó a partir de la enfermedad de Germán, ya que conforme

aumentaron las limitaciones físicas y dejó de ser el proveedor económico, él se posicionó en la polaridad de inútil.

- *Expresivo-Reservado*. Implica la forma en la que se comunican, en la polaridad de reservado se colocan Matías y Germán, mientras que en la de expresivo están Greta y Gael.
- *Entusiasta-Apático*. Concierno a la forma en la que enfrentan las situaciones que se presentan en la vida, en la polaridad de entusiasta está Greta, quien se muestra positiva y disfrutando el día a día; por otro lado Germán se ubica en la de apático, ya que le era difícil poder encontrar motivos para continuar adelante.
- *Poder-Subordinación*. Se relaciona con la posición que cada miembro de la familia tiene, principalmente encuentro esta polaridad en el discurso de Germán, quien a partir de la pérdida de trabajo pierde el lugar de poder y se coloca en la de subordinación, y pone a Greta en la polaridad de poder. No obstante, parece que Greta no se coloca en ese lugar.

Cada una de estas categorías tiene un valor añadido y evocan emociones diversas, según el lugar en el que se posicionen. Para esta familia la unión, la convivencia y la comunicación son elementos importantes; es por eso que las polaridades de cercanía-distancia y de expresivo-reservado son fundamentales, y los polos de cercanía y expresivo son considerados valiosos, mientras que distancia y reservado son vistos como una muestra de desinterés. En este sentido Greta y Gael recriminan a Germán y Matías por su distancia y su falta de expresión, con lo que ellos sienten que su valía es menor y que su espacio no es respetado. En el proceso, la forma de significar estas polaridades se modificó, en un inicio las ponían en la misma dirección, pero pudieron separarlas y construir un nuevo entendimiento en el que expresivo-reservado no está

relacionado con el estar cerca o alejado. Se generó respeto por aquellos que prefieren ser más reservados en cuanto a lo que comparten y se construyó confianza en que si tenían alguna dificultad ésta iba a ser compartida con los demás. Así también Germán y Matías se movieron a la polaridad de cercanía, de forma que la familia se sintió unida.

Por otro lado, la polaridad de útil-inútil adquirió un significado diferente, incluso me parece que dejó de ser una polaridad relevante al final del proceso. Germán modificó su sentirse inútil al no poder ser el proveedor económico principal, y amplió su visión y valía en cuanto a que otras cosas y características le dan valor como persona para su familia y que puede aportar cosas para nutrir la relación con su esposa e hijos. En este sentido, la polaridad poder-subordinación, también tuvo cambios importantes ya que al fortalecer su sentido de valía dejó de sentirse subordinado ante Greta y se posicionó en el mismo lugar de poder; recuperando así su agencia personal.

En cuanto a la polaridad entusiasta-apático, tanto Greta como Germán se movieron de lugar a lo que a mi parecer es una posición intermedia, en la que si bien es importante vivir el día a día y ser optimistas, también es válido preocuparse por el futuro.

*Premisas e Ideas asociadas a ellas.* A partir de la información obtenida a lo largo del proceso terapéutico con la familia SB, me fue posible identificar algunas de sus premisas, es decir, aquellos valores de referencia o principios orientadores que los mantienen en marcha; no obstante, algunas de éstas, han dificultado o limitado las interacciones de la familia, generando situaciones conflictivas (Boscolo et al., 1985; Boscolo et al., 1987).

La familia SB habló en diferentes momentos sobre la importancia que tiene para ellos el estar unidos y cercanos, ya sea para una situación agradable o una de conflicto; sin embargo, al entrar en juego la enfermedad del padre, cada uno de los integrantes tuvo dificultades para lidiar con sus propios sentimientos sobre esta situación y el cómo poder expresarlos sin lastimar al otro. Considero que en la base de esta situación, se encuentran las siguientes premisas:

- La familia debe hacer sacrificios para ayudar al otro.
- La familia tiene que estar unida en todo momento.
- Las dificultades se enfrentan, juntos, en familia.
- La “maleta” se carga entre todos los miembros de la familia.
- La familia debe tener comunicación abierta.
- La familia debe expresar todo lo que siente y piensa.

Por otro lado, para la familia es importante el lugar que cada uno tiene en la vida familiar. Según ha ido avanzando la enfermedad de Germán y las nuevas formas en la que han podido relacionarse, estas posiciones se han ido modificando. Las premisas que encuentro en referencia a lo anterior son:

- Cada miembro de la familia tiene una función que cumplir.
- El que tiene y maneja el dinero, tiene el poder y/o autoridad.
- Autoridad significa que hagan lo que yo decido.
- Es importante tener un lugar reconocido en la familia.
- Cada uno es responsable de sus acciones

Para Germán, estas premisas han tenido un gran impacto en su forma de conducirse con su familia, ya que antes de la enfermedad él consideraba tener un lugar de autoridad, en el que

se hacía lo que él decía, además de que era el proveedor económico de la familia. A raíz de la incapacidad para trabajar debido a la esclerosis, dejó esta posición en la familia y ésta fue tomada por Greta.

En relación a la forma en la que se posicionan frente a la vida, parece que a lo largo del proceso la familia ha construido una nueva forma de estar, en la que es relevante disfrutar el día a día sin preocuparse en exceso por el futuro; respecto a esto, identifiqué las siguientes premisas:

- Hay que disfrutar la vida.
- Hay que mantenerse ocupados “sin perder el tiempo”.

### ***3.2.2.3 Evolución del sistema familiar en el proceso terapéutico e intervenciones asociadas.***

*La conformación de una familia diferente.* Al inicio del proceso terapéutico, la familia manifestó que había muchas situaciones que generaban enojo y falta de comunicación; por lo que buscaban poder expresar lo que sienten y piensan de manera que no hieran al otro, ser asertivos y no explosivos; en este sentido manejar los enojos que tienen. Así mismo, los roles en la familia se habían modificado, la madre se encarga del aporte económico mientras que el padre realiza algunas labores domésticas; debido a esto los hijos se acercan más a la madre para cuestiones instrumentales. Los hermanos se han vuelto más cercanos, en su relación encuentran un espacio de comprensión y confianza para expresarse. La madre se ha vuelto una figura importante en la familia, aunque ella hace cosas para que el padre sienta que para su familia sigue siendo valiosa su presencia.

Conforme el proceso fue avanzando, la familia ha encontrado más espacios para convivir

que le han permitido estar más cercanos y compartir experiencias, Germán se involucra más en las actividades que realiza la familia aunque marca sus límites respecto a lo que sí puede hacer así como la forma en la que lo hace. En cuanto a las dificultades para comunicarse y expresarse, la cercanía en la convivencia ha abierto un espacio de confianza y seguridad para expresar lo que sienten y piensan, de forma que no dañen al otro. Al hablar sobre el enojo, y a través de preguntas circulares, la familia pudo identificar sus propios detonantes así como conocer los de los otros; al abrir esta emoción, que generaba conflictos en la familia, estos disminuyeron debido al entendimiento de lo que lo está provocando en cada uno de ellos.

*La inclusión de la enfermedad como “compañera de vida” familiar.* Al comenzar el proceso terapéutico Germán había sido diagnosticado hacía 5 años con esclerosis múltiple; sin embargo la enfermedad era un tema que se hablaba poco en la familia así como las emociones alrededor de ésta. El proceso de asimilación de la enfermedad permitió que la familia comenzara a hablar sobre que implicaba la evolución de la misma, cómo la habían vivido cada uno y los temores presentes frente a lo que pudiera pasar en un futuro. Exploré los temores de cada miembro de la familia así como el efecto que la enfermedad tiene en cada uno.

Otro aspecto importante en esta etapa del proceso fue que Germán comenzó a hablar con su familia sobre las limitaciones físicas que tenía, la frustración y la preocupación que sentía respecto a lo que pasaría en el futuro, tanto lo relacionado con la enfermedad como de la situación económica.

A partir de hacer preguntas circulares, la familia pudo hablar sobre cómo vive la enfermedad y ponerse en el lugar del otro para pensar cómo pueden estar enfrentándolo, esto



provocó que cada miembro de la familia comenzara a expresarse más, no únicamente en lo relacionado a la enfermedad, sino a lo que sentía en referencia a su vida diaria y a las relaciones familiares. Al sentir mayor cercanía con su familia, Germán comenzó a sentirse más valioso, tanto para sí mismo como para ellos, a cuidarse más y a buscar formas de ser útil para los demás. Así mismo, la esclerosis es un tema del que pueden hablar con mayor facilidad, lo que permite que piensen menos en el futuro, en especial Germán, y disfruten más lo que tienen hoy.

*El reencuentro de la pareja.* Al inicio de esta etapa, la pareja se encontraba distanciada, con dificultad para comunicarse en el aspecto emocional, aunque por otro lado en la parte instrumental se apoyaban. A lo largo de las sesiones, se fueron percatando de la importancia de no dar por sentado que entienden lo que el otro está diciendo; en un momento en específico Germán hablaba sobre la preocupación que tenía sobre “la situación”, yo no tenía claro a qué se estaba refiriendo, por lo que le pedí que me lo aclarara, él señaló que hablaba sobre el aspecto económico y la resolución de la demanda al IMSS. Cuando Greta escuchó esta respuesta, se mostró sorprendida, y mencionó que ella pensaba que él hablaba sobre la enfermedad. Considero que éste fue el momento en que ambos se percataron que estaban dando por hecho que entendían lo que el otro decía. A partir de este punto, la pareja trabajó para desarrollar nuevas formas de expresarse, que implicaban darse el tiempo para escuchar al otro, reconocer las emociones que se generaban en la conversación e identificar qué era lo que las generaba, para posteriormente poder expresarle al otro lo que pensaba y le hacía sentir lo que decía.

Posteriormente, pudieron negociar formas de enfrentar juntos las situaciones conflictivas, de manera que las necesidades de ambos pudieran ser satisfechas en la medida de lo posible. Así

mismo, pudieron reconocer los lugares en los que la enfermedad los ponía como pareja, uno de estos implicaba la relación de cuidadora primaria y paciente.

La pareja manifestó sentirse renovada, estaban logrando comunicarse y se sentían cercanos nuevamente, como un equipo. Validé el trabajo que habían realizado y el esfuerzo que les había requerido así como la fortaleza que habían mostrado como pareja, y que prevalecía el amor y la disposición para seguir encontrando formas de comunicarse y de estar juntos en las que prevaleciera el bienestar de ambos. En este sentido, Germán comenzó a reconocer las emociones de Greta y a buscar formas de apoyarla de la forma que él pudiera; al reconocer que este era un cambio importante en Germán, pregunté a Greta qué significaba para ella que Germán se hubiera dado cuenta que estaba molesta con su hermana; ella señaló que la hacía sentir reconocida por su esposo.

#### ***3.2.2.4 Análisis del caso clínico con el tema sustentante.***

##### *Reconstrucción de la Identidad Personal.*

Considero que Germán tuvo una crisis de identidad personal a raíz de dos eventos disruptivos: la detección y desarrollo de la esclerosis múltiple, y la pérdida laboral y las dificultades económicas que esto conllevó. Acorde a la teoría, una crisis de identidad personal se presenta cuando las experiencias de vida provocan perturbaciones en el individuo que discrepan con su coherencia interna y ponen en riesgo su continuidad, de forma que desequilibran la estructura de su identidad y se pierde el sentido personal (Molledo, 2006; Guidano, 1987).

En este sentido, los eventos disruptivos en la vida de Germán generaron una alteración en sus relaciones y equilibrio personal, discontinuidad en su trama narrativa, rigidez en la forma de

conducirse con su entorno y dificultad en la integración de los eventos a su historia. La forma de relacionarse con su familia se orientó hacia el enojo, frustración y alejamiento; cuestionó la imagen que tenía de sí mismo y la valía que se atribuía como persona, padre y esposo.

A partir de la conversación, pude identificar que Germán se veía a sí mismo como un hombre productivo y activo, jefe de familia, proveedor económico, duro y poco expresivo sobre sus emociones, independiente, protector y cuidador, con “poder”. Este auto-concepto y las creencias asociadas a él se vieron cuestionados por la enfermedad y la pérdida laboral; se comenzó a sentir vulnerable, dependiente, inútil, y no valioso. Esto corresponde a lo señalado en la teoría respecto a las alteraciones que generan las crisis de identidad en el sentido personal de un individuo, en las que la narrativa que tenía la persona de sí mismo deja de tener continuidad a partir de los eventos disruptivos, y las formas pensar, ser y actuar dejan de ser útiles para integrar dichas experiencias a la trama (Molledo, 2006; Miró, 2005; Bello, 2000). Germán comparaba su sí mismo actual con el sí mismo que solía tener, esta discrepancia generaba enojo, tristeza y frustración, y como señala Guidano (1987), en las discrepancias que observó entre estos dos, se produjo un vacío estructural en su conocimiento individual.

Pensando en los procesos de la identidad personal, al verse cuestionado su sentido personal, Germán perdió su unidad organizadora, a partir de la cuál podía dar continuidad y coherencia a sus experiencias, los marcos de referencia a partir de los cuales significaba sus vivencias dejaron de ser útiles en su vida, por lo que trabajó en construir nuevos.

Desde esta perspectiva, el espacio terapéutico sirvió a Germán para reconstruir su sentido personal y, por ende, su identidad. A lo largo del proceso terapéutico algunos aspectos que trabajamos fueron el fortalecimiento de los vínculos familiares, que según Álvarez-Munárriz

(2011) retornar a los vínculos significativos es de gran utilidad para reconstruir la identidad ya que los otros significativos pueden dar una visión al individuo sobre como lo perciben; el reconocimiento de características que no había considerado como valiosas; y la expresión de sus emociones y pensamientos.

Respecto a su sentido personal, Germán pudo identificar otras características personales que le definían, a partir de aquellas que mencionaba su familia y que él mismo reconocía pero les daba poco valor y un significado diferente. Reconstruyó su auto-concepto, integrando a la enfermedad como “compañera de vida” pero no como algo que lo definía, integró nuevas formas de relacionarse con su esposa y con sus hijos, en términos de cercanía, comprensión, respeto, entendimiento y afecto. Reconoció su valía como persona, al resignificar aquellas cosas que le hacen valioso como persona, padre y esposo.

De esta forma su historia personal fue articulada y resignificada de forma que su sentido personal recuperó una coherencia interna; Giddens (1991) señala este movimiento como una negociación de la transición significativa de la experiencia de vida.

A partir de esta nueva narrativa, el sentido y significado personal de Germán se construyeron desde otros lugares que le permitieron recuperar su agencia personal, recuperar el control de su vida, redefinir sus marcos de referencia y así reconstruir su identidad personal; éste proceso de reconstrucción se presenta en la Figura 3.



Figura 3. Proceso de Reconstrucción de la Identidad Personal de Germán.

### 3.2.3 Análisis del sistema terapéutico total.

#### ***Construcción del sistema terapéutico en el proceso.***

El sistema terapéutico se conformó por: la familia, yo como terapeuta, y el equipo terapéutico. Al definir el contexto terapéutico, Gael tuvo una importante participación, ya que le clarificó a Greta que el trabajo en el proceso terapéutico era conjunto y que ellos dirían que era lo mejor para ellos, y yo, como terapeuta, era una acompañante en el proceso, no quien les diría que tenían que hacer.

En un inicio yo tenía dificultad para preguntar sobre temas acerca de la enfermedad y la evolución de la misma tanto del padre como del hijo, y de cómo la viven, teniendo temor a tocar fibras sensibles y no saber qué hacer; sin embargo se construyó una relación de confianza y respeto con la familia que me permitió modificar la idea de que podían ser frágiles frente a este tema.

El sistema terapéutico funcionó de manera que se pudo conversar sobre los miedos y las emociones que estaban impresas en torno a cómo estaban viviendo este proceso. Por otro lado, me fue posible observar que la familia se sintió en un espacio de confianza en el que se podían expresar; así mismo mencionaron que se sentían agradecidos y acompañados tanto por mí como por el equipo, al que no conocieron físicamente, pero sus voces resonaron en ellos.

### ***Evolución de la relación terapéutica.***

La relación con la familia se fue construyendo desde la primera sesión, al principio me sentí más cercana con Greta y conforme fueron avanzando las sesiones mi relación con Germán se estrechó, pude relacionarme con ellos desde un lugar de entendimiento, comprensión y empatía respecto a la situación que estaban atravesando. Algo que me ayudó mucho para conectarme con la familia, fue un recuerdo sobre un paciente de mi madre que tenía esclerosis múltiple y a quien ella cuidó hasta el final, mi madre me contaba cómo iba evolucionando y cómo se iba deteriorando y cómo esto afectaba a la familia y al chico; este recuerdo me permitió comprender algunas de las situaciones por las que han pasado y las que vienen, y la importancia que tiene el poder expresar lo que se siente y lo que se piensa teniendo cautela en cómo se dice, de forma que no se dañe al otro. La forma en la que me relacioné con cada uno de los integrantes

de la familia fue desde una postura de respeto y curiosidad, y como parte importante de su construcción en una familia nueva en la que cabe la expresión de los sentimientos, el reconocimiento del otro y el disfrutar de lo que tienen día a día.

***Posición o posiciones del terapeuta a lo largo del proceso.***

Considero que al inicio del proceso tenía una postura de mediadora con la familia, ya que traían las situaciones de conflicto a la sesión, para hablar sobre ellas y encontrar soluciones a éstas. Me parece que esta posición me fue dada por la familia, pero también yo la tomé con la intención de ser una guía que les sirviera para explorar lo que les significaba los conflictos y las emociones, tanto propias como de los demás. Conforme el proceso fue avanzando, me fui moviendo de esta posición, hacia una más reflexiva, que les permitiera ir desarrollando y construyendo nuevas formas para comunicarse, así como para cuestionar ideas sobre porque se les dificultaba relacionarse entre sí. Creo que hacia el final del proceso, mi posición en el sistema sirvió para dar cuenta de los cambios que la familia había realizado; pienso esto porque ellos llevaron lo trabajado a casa, para seguirlo reforzando, y también, que en las últimas sesiones ellos comentaron que querían compartir conmigo estos cambios.

***Hipótesis sistémicas sobre el funcionamiento del terapeuta en el proceso.***

En mi historia familiar he tenido en diversas ocasiones el lugar de solucionadora y mediadora de conflictos, por lo que al inicio del proceso tome este rol como mediadora en la comunicación de la familia, que a su vez también me lo otorgó. Al tener esta posición en el sistema terapéutico generó que cada miembro de la familia se sintiera escuchado y comprendido, y

también en confianza y considerara el espacio terapéutico como un lugar benéfico para ellos; lo que reafirmó en mí la importancia de mi participación en el sistema como mediadora de conflictos.

Mi experiencia en relación a estar en contacto con personas con alguna enfermedad aguda o crónica me permitió conectarme con Germán y ser empática en lo que podía estar sintiendo en relación a la EM y las consecuencias de esta en su vida; esta experiencia también me permitió poder introducir información en la familia sobre aspectos que podían no estar considerando sobre cómo estaba viviendo Germán las consecuencias de la enfermedad así como las emociones que estaban presentes pero que se hablaban poco por temor a herir a los demás y cómo estas podían estar relacionadas con las ideas sobre la enfermedad.

Al ir construyendo nuevos entendimientos sobre la situación que atravesaba la familia, mi posición se modificó y dejé de ser mediadora para ser a quien daban cuenta de los cambios que estaban realizando; este lugar es un lugar novedoso para mí, ya que no es uno al que esté acostumbrada en mi experiencia, por lo que fue de mucho aprendizaje tanto como terapeuta como en lo personal. En esta nueva danza, fue importante la validación que hacía sobre los cambios que estaban haciendo y el interés que mostraba por saber cómo lo habían logrado.

### ***Prejuicios.***

A lo largo del proceso me fue posible identificar ciertos prejuicios que me sirvieron como como puntos de referencia en la conversación con la familia, algunos me fueron útiles y otros no, por lo que los cuestioné y modifiqué.



Tenía la idea de que una familia puede volverse frágil frente a una enfermedad terminal, en el sentido de que las relaciones se ponen en riesgo y las emociones generadas son difíciles de manejar; sin embargo, conforme fui trabajando con la familia, me percaté de que esto no es así, y que ante la enfermedad se pueden fortalecer y mantener unidos.

Por otro lado, tenía el prejuicio de que como terapeuta es importante saber qué hacer, hacerlo “bien”, y tener respuestas para la familia; esta idea me ponía en un lugar de rigidez en cuanto a las expectativas que tenía sobre mí ser terapeuta. Por lo que cuestioné esta idea, y me di cuenta de que se va trabajando con la familia lo que para ellos está bien y lo que consideran que les puede funcionar. En este sentido, pude verlo de forma clara en una sesión en la que tenía un mensaje preparado, y la madre me solicitó una tarea más operativa relacionada a qué hacer para aumentar la convivencia familiar, como una receta; Gael fue de gran ayuda haciendo una broma a su madre sobre esta situación, lo que me permitió relajarme y poder trabajar con ella en qué tarea podría ser adecuada para ella y su familia.

Otra idea que me fue de utilidad en el proceso, es pensar que el no hablar de las cosas dificulta la comunicación, en este caso consideraba que no hablar de la enfermedad estaba generando conflictos tanto en la expresión de emociones como en las relaciones familiares. Al compartir esta idea con la familia, pudimos comenzar a nombrar la esclerosis y a hablar sobre que pensaba cada uno y las emociones que surgían; así como de las cosas que necesitaban para sentirse validados, respetados y comprendidos por los demás. Esto también se relaciona con otro prejuicio que tengo en relación a las emociones, considero que éstas siempre deben ser expresadas y no ocultarlas, así como aprender a regularlas e identificar de dónde vienen.

Por otro lado, pensaba que el cierre del proceso terapéutico debía ser planeado con anticipación; no obstante, con esta familia me fue evidente que aunque podemos tener una idea de hacia dónde está encaminado el proceso no sabemos con certeza cuándo terminará, ya que las familias van dando cuenta de sus cambios y avances, y puede ser que en una sesión comenten que todo está bien para ellos y decidan que es hora de volar solos.

### ***Emociones emergentes.***

Al comenzar el caso, me pareció que me iba a ser complejo abordar temas en torno a la enfermedad del padre, enseguida me di cuenta que tenía un prejuicio acerca de la fragilidad de las familias frente a una enfermedad terminal; sin embargo, éste se modificó al ver que son una familia fuerte, que ha hecho cosas para mantenerse unida y para apoyarse en este proceso. Me sentí sorprendida al ver cuantas cosas hizo cada uno para encontrar nuevas formas de relacionarse y conectarse entre ellos, siempre manteniendo el respeto de cada idea que tengan. Por un lado, sentí tristeza de saber que German padece una enfermedad degenerativa y que frente a eso no hay mucho que pueda hacer, pero por el otro lado sentí empatía con la familia y admiración de la fortaleza que tiene cada uno para sobrellevarla, y de que a pesar de que es una situación compleja son capaces de ver cosas positivas en su vida, siempre manteniendo la esperanza de que las cosas pueden ir mejor y de querer disfrutar del tiempo que tengan con su padre y esposo. Hacia el final del proceso, me sentí honrada de haber podido compartir con ellos esta experiencia, de que me permitieron formar parte de sus cambios y de su ser una nueva familia.

Por otro lado, pude observar que la familia se sintió en un espacio de confianza y reconocimiento; y que entre ellos es evidente el interés y el cariño por el otro, además de que también lo dijeron y lo expresaron en las sesiones, verbalmente y con gestos. También me fue posible ver que hay temor a lo que venga en el futuro, según vaya evolucionando la enfermedad y lo que ésta traiga, así mismo hay disposición de la familia por enfrentar lo que venga, manteniéndose unidos y apoyándose. Los hijos manifestaron tener confianza a sus padres, daban sus opiniones y podían mostrarse en desacuerdo sin temor a que eso afectara en su relación.

Respecto a las emociones en el equipo terapéutico, hubo admiración hacia la fortaleza que Greta mostraba, curiosidad e interés por conocer los puntos de vista de los hijos, además de frustración por la situación que está pasando tanto el padre como la familia, de estar frente a una enfermedad degenerativa.

***Manejo de la curiosidad, identificación de puntos ciegos, manejo de la intuición, y conciencia de los esquemas en los que el terapeuta basa su trabajo con la familia.***

En este proceso terapéutico dejé fluir mi curiosidad, me centré en conocer a la familia y en tratar de entender desde que lugar estaban conduciéndose con los demás, y qué les implicaba estar en este lugar; esto fue fundamental ya que pude ir descubriendo cosas con ellos, construir nuevas ideas que les fueran de utilidad.

Un punto ciego que pude, es que me posiciono como solucionadora de conflictos de los consultantes, sin embargo, en el trabajo con la familia me pude mover de esta posición hacia una de mediadora para después estar en lugar de mayor reflexión con la familia.

A través de ejercitar la autorreflexión, pude identificar los temas que resuenan con mi historia personal así como las emociones generadas por la situación de la familia, y poder utilizarlas en beneficio del proceso, al expresarlas y compartir ideas que surgían a partir de estas. Además, también me fue posible reconocer desde qué lugar estoy conversando con el consultante, si lo que decía era en relación con lo que se está hablando en el momento o venía desde un lugar de resonancia personal, lo cual favorece mi capacidad de mantenerme abierta a explorar mis propias premisas y prejuicios, de forma que disminuya el riesgo de caer en patrones isomórficos que no sean benéficos para los consultantes.

# CAPÍTULO 4.

## CONSIDERACIONES FINALES

### **4.1 Resumen de las habilidades y competencias profesionales adquiridas**

El programa de Residencia en Terapia Familiar promueve la adquisición y desarrollo de aptitudes, habilidades y herramientas necesarias -tanto teóricas como prácticas- para que, como terapeutas sistémicos-construccionistas, podamos ejercer nuestra profesión bajo un marco de ética y compromiso social, así como para desarrollar la capacidad de hacer frente a los problemas que presentan las familias y la comunidad, ya sea desde el abordaje terapéutico, programas de prevención o en proyectos de investigación, siempre con la mira en procurar el bienestar y aumentar la calidad de vida de las personas.

A continuación presento las habilidades y competencias que adquirí a lo largo de la formación acorde al perfil de egreso de la residencia.

#### **4.1.1 Teórico-conceptuales**

Uno de los pilares de la residencia es la exhaustiva revisión de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y su evolución a lo largo de los años hasta el día de hoy. Abordar la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética -en especial la cibernética de segundo orden-, la Teoría de la Comunicación Humana, el Constructivismo, y el Construccionismo social, así como los abordajes terapéuticos desarrollados a partir de éstas. Así también me permitió observar y tener más claridad de la forma en cómo ha ido evolucionando la terapia sistémica a través de los

años y cómo estos cambios han beneficiado y nutrido a la forma de hacer terapia tanto para los consultantes como para los terapeutas.

Además de ampliar mis conocimientos teóricos, la formación me permitió incrementar mi capacidad de análisis, comprensión y reflexión para conceptualizar los aspectos teóricos, vislumbrar los alcances y limitaciones, tanto de las teorías como de los abordajes terapéuticos, así como su utilidad para entender y abordar las diversas problemáticas que presentan las personas que solicitan atención. En este sentido, considero que hay algunos modelos que se quedan cortos en la forma de abordar algunas de las problemáticas que presentan las familias, y que, de trabajar únicamente con uno limitaría las posibilidades del trabajo terapéutico, por lo que para mí es importante poder integrar diversas perspectivas e intervenciones para lograr mayor apertura y flexibilidad en el proceso de cambio de los consultantes, siempre teniendo en cuenta que éste sea hacia donde ellos quieren.

Un aspecto importante en mi aprendizaje ha sido el poder integrar premisas, conceptos, intervenciones y teorías a mi visión, a manera que la gama de posibilidades desde donde puedo mirar tenga mayor amplitud. No obstante, considero que este no es un proceso concluido, ya que continuamente, dado el desarrollo y la investigación constantes, hay nuevas teorías y propuestas terapéuticas, por lo que es vital una actualización constante como terapeuta para poder brindar la mejor atención a los consultantes y construir mejores soluciones a sus problemas.

#### **4.1.2 Clínicas: detección, evaluación y tratamiento**

La práctica clínica fue esencial a lo largo de mi formación; el formar parte de los equipos terapéuticos, de observación y/o reflexivos, la supervisión narrada y videograbada, estar frente a

los consultantes como terapeuta o coterapeuta, trabajar con diferentes tipos de familias y problemáticas, en diferentes escenarios y contextos, con diversos modelos terapéuticos, me posibilitaron desarrollar habilidades y adoptar posturas que influyeron en mi construcción y en la definición de mi estilo como terapeuta.

Considero que las principales competencias que desarrollé en la práctica clínica fueron: trabajar en colaboración con el sistema terapéutico, la capacidad de autoreflexión, tener en cuenta el contexto de los consultantes, integrar la perspectiva de género a mi visión, observar y analizar los procesos terapéuticos, formular hipótesis relacionales, establecer el contacto inicial con los consultantes, definir en conjunto el motivo de consulta y el objetivo a lograr, el uso de preguntas circulares e identificar los recursos de los individuos y familias; cada una de estas tiene un impacto importante en mi forma de hacer terapia y conducirme con los consultantes.

Así mismo, a partir del trabajo con el equipo terapéutico, pude ver que hay diferentes formas de observar a una familia, a partir de las cuales surgen diversas hipótesis que enriquecen la terapia; esto me permitió estar cuestionando constantemente lo que observaba y las hipótesis que tenía, de forma que no me quedaba fija con alguna sino mantenía curiosidad en saber de qué otras formas se puede abordar y observar una problemática. Aunado a esto, los ejercicios de autorreflexión sobre mi posición en el sistema terapéutico han sido fundamentales en este camino de convertirme en terapeuta y no sólo hacer terapia.

Debido a la visión integrativa de la formación que permite abordajes desde diversos modelos terapéuticos centrados en la estructura, el proceso y/o en la construcción de significados, he podido identificar aquellas teorías que van más acorde con mis valores y

preferencias personales e integrarlas cómo parte de mi visión y de mi actuar en el mundo, tanto en el ámbito profesional como en el personal.

#### **4.1.3 Investigación**

El proceso de un proyecto de investigación -a grandes rasgos- comprende la selección del tema de interés, las variables, la revisión teórica, el diseño de metodología, realizar hipótesis, recabar la información, en ocasiones diseñar un instrumento de medición, el análisis de los resultados y la elaboración de las conclusiones.

A partir de las tres investigaciones realizadas, me fue posible obtener habilidades y competencias para el análisis y síntesis de la información, organización y planeación, trabajo en equipo, resolución de conflictos, manejo de fuentes para la búsqueda de referencias y programas estadísticos, capacidad de integración e interpretación, entre otras.

Al plantear los proyectos de investigación se puso en juego la curiosidad, un elemento que me parece fundamental en la investigación, ya que para seleccionar el tema del proyecto hay que comenzar por ¿qué quiero conocer y comprender?, y la curiosidad es el motor para elegir hacia dónde dirigir el proyecto. Por otro lado, considero que en cada una de las tres investigaciones desarrolle y fortalecí diversas competencias.

Uno de los proyectos de investigación cuantitativa, se centró en el Sentido de Merecimiento en la Pareja (relational entitlement). La realización de esta investigación me resultó altamente nutritiva en mi formación, ya que la motivación de la profesora nos llevó a buscar temas recientes abordados en la investigación y salir de lo tradicional. Así mismo, nos enfrentamos con la traducción del término en inglés “relational entitlement” al español, esto nos



implicó ir más allá de la traducción de las palabras, nos llevó a la construcción del significado del término para poder adaptarlo a nuestra cultura. Y por último, por las ideas que plasmamos en nuestras hipótesis y la investigación para el marco teórico, al analizar nuestros resultados nos fue posible ver que teníamos tres líneas de investigación sobre el tema: “Traducción, adaptación y validación de la escala de Sentido de Merecimiento en la Pareja para la población mexicana”; “El sentido de merecimiento y la satisfacción en las relaciones de pareja”; y “el Sentido de merecimiento en la pareja y roles de género”.

La otra investigación cuantitativa implicó, además de definir el tema del proyecto, el desarrollo de una escala de medición, la aplicación de la misma, el análisis de resultados, y la elaboración de un manual para su calificación. Este proyecto puso a prueba mis competencias para sintetizar, delimitar y acotar información, así como mis habilidades para trabajar en equipo y resolver conflictos. La investigación tuvo por nombre “Escala de Normalización de la Violencia en la Pareja” y nació de la preocupación ante el incremento de violencia presente en nuestra población y la dificultad para detectarla. La búsqueda de información para el marco teórico y el diseño del instrumento fueron grandes retos, ya que, por un lado nos encontramos con poca información sobre el tema, lo que requirió una búsqueda exhaustiva para sustentar nuestro proyecto, y por el otro, lograr encontrar la forma para medir lo que queríamos, implicó muchas pruebas y esfuerzo, además de creatividad.

Por otro lado, en mi experiencia he tenido poco contacto con la investigación cualitativa, por lo que diseñar un proyecto desde este lugar me resultó de gran aprendizaje. Realizamos (Lucía y yo) el proyecto con nombre “La construcción de significados que hacen los adolescentes ante las relaciones de pareja” bajo el marco interpretativo del interaccionismo simbólico y con el

objetivo de comprender los significados que otorgan los adolescentes a las relaciones de pareja y cómo éstos influyen en sus interacciones con el otro. Me fue posible fortalecer mis habilidades de escucha y comprensión en entrevistas a profundidad, y aquellas para el análisis y síntesis de información. En este sentido descubrí que la investigación es esencial en el campo de la psicología para seguir desarrollando nuevas formas y técnicas para enfrentar los problemas y solucionar las crisis familiares.

#### **4.1.4 Difusión**

En esta área, tuve la oportunidad de presentar el trabajo de investigación “El sentido de merecimiento y la satisfacción en las relaciones de pareja” en el XI Congreso ASIBA (Asociación Sistémica de Buenos Aires) IX Congreso Panamericano de Terapia Sistémica “Los desafíos del cambio. Familia, redes sociales y vida cotidiana” en Buenos Aires, Argentina. Fue una experiencia novedosa y satisfactoria, a partir de la cuál reafirmé mi capacidad para hablar frente a un público de forma clara y concisa a manera de transmitir las ideas principales de la investigación y su implicación en el campo clínico.

Por otro lado, también realicé la traducción del inglés al español del Capítulo “6. Depression: Denied Belonging” del libro *Semantic Polarities and Psychopathologies in the Family: Permitted and Forbidden Stories* de Valeria Ugazio; la cual fue de gran utilidad para mis compañeros y lo será para futuras generaciones debido a que la depresión es uno de los problemas de salud mental que van en aumento en la población y es importante conocer diversos abordajes para hacerle frente.

Otra contribución a la difusión del conocimiento fue la organización, junto con una colega, del simposium “Violencia y Género” en la Facultad de Psicología con el objetivo de promover diferentes abordajes de la violencia y el género, y sensibilizar a los profesionales sobre la importancia del fenómeno y sus responsabilidades en el abordaje, de forma que enriquezcan su práctica profesional. Para este evento, el contacto con los ponentes, la coordinación y la organización fueron elementales para poder llevarlo a cabo.

Al haber participado en estas actividades, me es relevante precisar la importancia que tiene el contribuir de diversas formas a que el conocimiento se siga difundiendo en la medida de nuestras posibilidades y oportunidades, y que no hay que detenernos en este proceso ya que continuamente hay información nueva que compartir y que contribuye a nuestra profesión.

#### **4.1.5 Prevención**

Elaborar programas de prevención y educación es una tarea de suma importancia, ya que estos pueden brindar herramientas que permitan resolver o evitar dificultades en la familia; además dichos programas tienen un mayor alcance en cuanto al número de personas que pueden participar en estos, lo que genera un impacto positivo para la comunidad.

En los escenarios donde realizamos la práctica clínica, observamos que existe una alta demanda de parejas que solicitan atención psicológica con el motivo de consulta de solucionar conflictos; esta situación nos llevó a reflexionar sobre el contexto en el que se generan las problemáticas de pareja y que elementos intervienen en éstas, por lo que decidimos elaborar e implementar el taller “Descubre formas para solucionar tus conflictos de pareja” con el objetivo de que al término del mismo, las personas pudieran distinguir los elementos que integran los

conflictos e identificar las vulnerabilidades que se detonan y los mecanismos de supervivencia que utilizan; así como desarrollar estrategias que les permitan solucionar los conflictos de forma distinta, a partir de reflexionar sobre la toma de responsabilidad, escuchar al otro e identificar lo que ya funciona.

Para elaborar el taller nos basamos en la propuesta teórica de Michele Sheinkman sobre el abordaje multinivel y el ciclo de la vulnerabilidad, y en la propuesta de Bill O'Hanlon en su libro *Amor es amar cada día*; a partir de la información, nuestra capacidad de síntesis y comprensión se puso en práctica aunada a la creatividad para llevar la teoría a dinámicas y ejercicios en los que las personas pudieran integrar la información así como construir sus propias herramientas para resolver sus dificultades de pareja.

#### **4.1.6 Ética y compromiso social**

A lo largo de mi formación, la ética y el compromiso social fueron elementos que se mantuvieron en constante desarrollo y construcción. Considero que en el espacio terapéutico entran en juego los marcos de referencia, las consideraciones éticas y morales del terapeuta con las de los consultantes. Ante esto, una pregunta que me parece sumamente importante responder es: el bienestar y el cambio ¿en pro de quién es? ¿Del consultante, del terapeuta, de la sociedad?, me parece que muchas veces se pierde de vista lo que el consultante quiere para sí mismo y para su vida, y el terapeuta deja de escuchar su voz y da prioridad a sus ideas de “cómo deben ser las cosas”, lo que, a mi parecer, implica una deficiencia en la responsabilidad del terapeuta.

Como terapeuta, al tomar la postura de que hay múltiples posibilidades de ver las cosas, el nivel de responsabilidad personal incrementa. Considero que debido a esto, es importante poder reconocer las preferencias personales, los valores básicos que guían las decisiones, las situaciones con las que no se está de acuerdo, la manera en que se puntualizan las experiencias, los principios que se comparten con los consultantes, y reconocer la importancia de las ideas y acciones de otros pero sin quitar responsabilidad sobre estas éstas; siempre en un marco de respeto hacia el consultante y hacia nosotros mismos.

Considero que, hoy en día, la ética es un principio alrededor del que hay mucha controversia debido a la gran diversidad socio-cultural; hay muchas voces que señalan lo que es considerado válido sobre “hacer lo correcto”; voces que, en muchas ocasiones, se contraponen y cada una defiende sus propias ideas como “las verdaderas”, dando poca apertura y respeto a la multiplicidad de formas sobre el cómo conducirse en la vida. Los códigos de ética profesional se quedan cortos para abarcar esta gran diversidad, dejan fuera las voces de las personas que acuden a consulta, y limitan al terapeuta en la práctica. Para mí, la ética es una forma de actuar hacia los otros, en la que asumo la responsabilidad de mis decisiones; y en el terreno de la terapia, implica hacerme responsable de las actitudes que tengo en la relación con las personas que solicitan atención.

Aunado a lo anterior, me parece que las cuestiones éticas y de responsabilidad se complejizan, ya que se involucran otras cuestiones a la práctica profesional como: los lineamientos de las instituciones (ya sean públicas o privadas), aspectos legales, el compromiso y la responsabilidad social; entran en juego diversas ideas, valores y normas, que en ocasiones son contradictorias entre sí mismas o no dan lugar a que puedan cumplirse.

A lo largo de mi experiencia profesional, me he encontrado con dificultades como las señaladas, en las que, si sigo -por ejemplo- las normas y valores de la institución, puedo dejar de lado las ideas del consultante para dar voz a las de la institución; ante esto me pregunto ¿En dónde queda lo que la persona considera importante, sus valores, su responsabilidad?, y ante este cuestionamiento he encontrado que el pensar la ética desde el construccionismo social da espacio y valor a la voz del consultante, permite que en el espacio terapéutico se puedan construir nuevas ideas sobre lo que está bien y lo que no para el consultante, sin que esto necesariamente coincida con los consensos sociales, o formas en las que sea posible incluir lo que la institución solicita con lo que el consultante quiere para sí mismo.

#### **4.2 Reflexión y análisis de la experiencia**

Al ingresar a la maestría en Terapia Familiar tenía ciertas expectativas sobre el aprendizaje y la práctica clínica que tendría, sabía que era un reto y una gran oportunidad que tenía que aprovechar para convertirme en una terapeuta con las herramientas y habilidades necesarias para trabajar de la mejor forma con las personas que solicitan atención psicológica. Estas expectativas fueron superadas en gran medida, no sólo fue cursar una maestría, fue una aventura repleta de cuestionamientos, sacudidas, cambios, aprendizajes, emociones, reflexiones, conocimiento personal, pérdida de certezas y ganancia de curiosidad, que, en conjunto, más allá de aprender a hacer terapia fue: convertirme en terapeuta.

Cada semestre tuvo sus propios retos, aprendizajes y dificultades, cada experiencia vivida tuvo parte en la construcción de mi conocimiento, fueron guía en los procesos terapéuticos y en atender a mi persona de terapeuta.

El primero fue de mucho aprendizaje teórico, tanto de epistemología como de los modelos terapéuticos, reflexionar sobre lo que estaba leyendo, encontrar respuestas a los cuestionamientos que surgían y sobre todo, de perder las certezas que tenía dejando espacio para nuevas construcciones, aunque por un tiempo fue un hueco que con el tiempo se fue llenando. Nuestra generación fue afortunada, ya que desde el inicio tuvimos la posibilidad de atender un caso clínico con una problemática compleja, aunque mi contacto con los consultantes fue detrás del espejo, como equipo terapéutico, para mí representó entrar al ruedo e ir aprendiendo sobre la marcha; no obstante, el poder observar a la profesora como terapeuta me permitió aprender de su experiencia y de su ser terapeuta.

Para el segundo semestre, la práctica clínica aumentó de manera significativa, por un lado las supervisiones de los diversos modelos que estábamos conociendo y por el otro el ingreso a la sede. Al comenzar a atender consultantes me sentía nerviosa, tenía temor a equivocarme y no lograr llevar a cabo las intervenciones de forma apropiada. A este nerviosismo le ayudo el entrar a las sesiones en coterapia, me daba seguridad, así como saber que del otro lado estaba el equipo terapéutico y el supervisor pendientes de lo que sucedía dentro de la sesión. Conforme fueron pasando las sesiones y a la par ir revisando los aspectos teóricos de los modelos, me sentí más relajada y con más confianza para hacer intervenciones, y esto fue fortaleciéndose de manera que me sentí más apropiada del espacio terapéutico y de los diversos modelos terapéuticos.

En mi experiencia, el tercer semestre fue el más pesado, pero de gran aprendizaje, la carga de trabajo tanto teórica como práctica se incrementó, además de que decidí entrar en otra sede. Aunque en algunos momentos sentía que no lo lograría porque el cansancio era demasiado, hoy puedo decir que valió la pena todo el esfuerzo de esos momentos para completar las lecturas, el

trabajo de investigación y la atención a los consultantes. Además, en este semestre el hueco que había quedado por la pérdida de certezas comenzó a llenarse gracias a las propuestas del constructivismo y el construccionismo social, así como por las propuestas terapéuticas más centradas en la construcción de significados, en el lenguaje, en las emociones y en las relaciones. En relación a la práctica clínica, me sentía mucho más segura de mis conocimientos y mis habilidades como terapeuta, reforzado por las palabras de algunos de mis profesores y por los procesos terapéuticos con los consultantes.

El último semestre estuvo cargado de muchas emociones contrastantes, por un lado alegría de que el término de la maestría estaba cerca y la carga de trabajo había disminuido, y por otro, tristeza de terminar la aventura. En este semestre, pude ver consolidados mis aprendizajes de la maestría, iba sintiendo cómo cada uno iba teniendo forma y un lugar en mi forma de ver y estar en el mundo; me di cuenta de que las creencias que ya no me eran útiles las había desechado, había integrado nuevas y mantenido aquellas que me siguen siendo relevantes, tanto en el ámbito personal como en el profesional.

Hoy puedo decir que en definitiva, haber sido parte de la Maestría en Terapia Familiar es una experiencia invaluable y valió la pena cada desvelo, angustia, alegría, todo el esfuerzo puesto en este reto. Me llevo, no sólo el conocimiento adquirido y la experiencia clínica, sino la motivación para seguir preparándome y actualizándome, de aportar conocimiento a otros, seguir construyéndome como profesional y como persona, también me llevo a cada uno de mis profesores y compañeros, que nutrieron mi *ser terapeuta* y sus voces me acompañaran en mi vida y en cada proceso de terapia.



### **4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional**

El cursar la maestría en terapia familiar, un programa de excelencia académica, ha sido una gran contribución en mi construcción como terapeuta; cada uno de mis profesores, compañeros y consultantes colaboraron en esta ardua tarea de formación y crecimiento. Gracias a la amplia práctica clínica que provee la maestría, me fue posible trabajar con diversas poblaciones, problemáticas y escenarios diferentes; esta experiencia me permitió desarrollar habilidades y aptitudes que, en el campo profesional, me serán útiles para poder desenvolverme con una buena preparación y conocimiento ante las situaciones que se presenten, tanto en el ámbito institucional como en el privado.

Los conocimientos adquiridos y la experiencia vivida me han ayudado a modificar y ampliar mi visión del mundo y de mi posición como terapeuta. La visión circular, el considerarme parte del sistema terapéutico, la posición de no experta, la importancia de los significados y las relaciones y el trabajo en colaboración son ahora parte esencial de los lentes con los que miro. Así mismo, el análisis y reflexión de los aspectos teóricos adquiridos me permitió asimilarlos e integrarlos a mi conocimiento de forma que me ha sido posible construir mi propio punto de vista, además de tener mayor claridad para saber el lente con el que estoy mirando, la relevancia de mi participación en el proceso y el lugar desde dónde estoy parada.

Cuando comencé la formación, tenía la idea de que mi posición como terapeuta era la de una experta, de tener las respuestas correctas para las problemáticas de los consultantes y las razones de éstas; lo cual sentía me limitaba al momento de estar en el espacio terapéutico, por lo que comencé a cuestionar estas creencias que tenía acerca de *“cómo ser terapeuta”*, y aquellos lineamientos que, desde otras perspectivas, dictan cómo y cuándo el terapeuta tiene que

intervenir o hacerse presente cuando está con un consultante. Al principio, estas preguntas me hicieron sentir vulnerable, pero conforme fui avanzando me percaté que no hay un estilo o lineamiento definido para ser terapeuta, sino que cada terapeuta tiene su propio estilo, que se va formando con el tiempo y la experiencia, y que, aunque las técnicas terapéuticas son importantes, lo es más la visión desde donde estás mirando el mundo, saber escuchar y conectarse con los consultantes para comprender su visión (en la medida de lo posible) y una postura de colaboración para construir junto con ellos formas de relacionarse y marcos de referencia que les sean más útiles y benéficos para su vida.

Avanzar en este proceso de construcción de mi *ser terapeuta*, me ha sido posible a partir de cuestionar las ideas y creencias que tenía acerca de qué significa e implica ser terapeuta; modificándose de forma que ahora me limitan en menor medida en mi práctica clínica. Estos cambios se reflejan en cómo me posiciono ahora en el sistema terapéutico, en la forma en la que llevo a cabo mi responsabilidad como terapeuta junto con el compromiso social que tengo, así como en mi toma de decisiones a partir de mis principios éticos. Hoy considero que en mi estilo como terapeuta destaca fomentar con el consultante una alianza de cercanía, confianza y colaboración, desde una postura horizontal, de tal forma que me pueda conectar con la persona desde un lugar de curiosidad, de “no saber” y de “no dar por hecho”, en la que predomina el diálogo hacia el entendimiento y, guiado por la curiosidad, para buscar entender y comprender su visión del mundo y de la problemática que lo trae a consulta.

Un impacto importante que tuvo la maestría en mi formación, fue la forma en la que se ve y se piensa a las personas que solicitan atención así como a las problemáticas con las que acuden; es decir, dejar de ver a las personas como algo que hay que sanar y quitar etiquetas sobre

síntomas y trastornos, y trabajar con las personas en términos de relaciones, significados, emociones, creencias y contexto a partir del diálogo.

Otro punto que ha sido importante para mí es cuestionarme sobre quienes han tenido impacto en la construcción que he hecho de mi misma, como persona y como terapeuta; reflexionar sobre esto me permitió darme cuenta que había personas que no consideraba que habían tomado parte en esta construcción, además de las que creía que forman parte de este proceso. A partir de esto pude resignificar a estos individuos así como las enseñanzas que me han dejado.

A través de ejercitar la autorreflexión, he podido identificar los temas que resuenan con mi historia personal, las emociones generadas -ya sea por identificación con el consultante o por empatía- con las situaciones que ellos traen, aprender a trabajar tanto con los temas que resuenan como con las emociones, de forma que puedan ser útiles para el proceso y no que interfieran en él. Además, también me ha sido posible reconocer desde qué lugar estoy conversando con el consultante, si lo que digo es en relación con lo que se está hablando en el momento o viene desde un lugar de resonancia personal, lo cual favorece mi capacidad de mantenerme abierta a explorar mis propias premisas y prejuicios, de forma que disminuya el riesgo de caer en patrones isomórficos que no sean benéficos para los consultantes.

A lo largo de la formación me encontré con situaciones en las que me surgieron diversas preguntas relacionadas al “cómo actuar correctamente”: ¿Qué hago con esta situación o información? ¿Qué *debería* hacer? ¿Qué es lo más benéfico para las personas? ¿Qué pienso de lo que me están diciendo?; en ocasiones, las pude responder a partir de mis reflexiones y consideraciones éticas, en otras, consulté con mis compañeros y supervisores sobre las ideas que me surgían y/o consultaba qué harían ellos en determinada situación.

Lo anterior me ha servido para poder saber desde donde dónde estoy respondiendo y a escuchar más la voz de los consultantes, y construir con ellos las respuestas a dichas preguntas o dilemas; en ocasiones cuestionando lo que dicen, pero desde un lugar de entendimiento, no de juzgar lo que dicen, que posibilite inventar nuevas soluciones e ideas que no han sido pensadas con anterioridad. Considero que, el respetar la voz del consultante no necesariamente significa estar de acuerdo con él, sino aceptar que tenemos ideas distintas y que a partir de esto, se generan espacios para que surjan las más ideas posibles sin favorecer alguna sobre otra; entender cómo piensa el otro, de dónde vienen sus ideas y cómo estas éstas se han construido, permite también cuestionar las propias y reflexionar sobre las implicaciones que tienen las acciones ejercidas sobre el consultante en el contexto terapéutico

Además de la gran influencia que tuvo la maestría en mi ser terapeuta, también me ha brindado una amplia perspectiva en cómo se encuentra el campo profesional, desde el nacimiento de la terapia familiar en México hasta la actualidad, la permanencia de la población en los procesos terapéuticos, las instituciones en las que se brinda atención psicológica, las principales problemáticas a las que se enfrentan las familias, así como los entornos en los que se desenvuelven y las posibilidades existentes para el trabajo interdisciplinario.

Como terapeuta, considero que es fundamental poder generar un espacio para el consultante, en el cual sea posible intervenir para promover cambios desde un lugar de reflexividad, escucha y colaboración, sin dejar de estar atenta a mis acciones y lenguaje y a las implicaciones que esto tiene para el sistema terapéutico, así como de tomar responsabilidad por las decisiones que tomo y el efecto que tendrán en las personas que acuden a terapia.

## REFERENCIAS

- Abad, J. S., Cháfer, M. J. P., Plaza, C. Á., González, H., Torralbo, M. I. J. R., Konvalinka, N., & Moreno, R. (2013). Diversidad familiar: apuntes desde la antropología social. *Revista de Treball Social (RTS)*, 198, 30-40.
- Aguilar, C. (sin fecha). *Algunos cambios sociodemográficos y su impacto en las configuraciones familiares*. Recuperado de <http://psic.mx/index.php/transiciones/familias-contemporaneas-y-la-persona-del-terapeuta-no-0/algunos-cambios-sociodemograficos-y-su-impacto-en-las-configuraciones-familiares>
- Álvarez-Munárriz, L. (2011). La compleja identidad personal. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 56(2), 407-432.
- Arriagada, I. (2007). Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. *Papeles de población*, 13(53), 9-23.
- Bello, M. (2000). Narrativas alternativas: rutas para reconstruir la identidad. En BELLO, M; MARTIN, Elena Y ARIAS, Fernando. (Editores) Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento. Universidad Nacional de Colombia: Santafé de Bogotá.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica México*, 55, 74-80.
- Bertrando, P. (2011). *El diálogo que conmueve y transforma*. México: Editorial Pax.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. México: Paidós.

- Bontempo, L., Flores, R. & Ramírez, L. (2012). La construcción de la identidad personal y el desarrollo de la auto-autoría. *El Ágora USB*, 12(2), 421-436. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=407736376008>
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 31: 119-130.
- Boscolo, L. y Bertrando P. (1996) *Los tiempos del tiempo*. España: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Campbell, D. y Draper, R. (1985). "Twenty more questions: selections from a discussion between the Milan Associates: Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin with the editors". En Campbell, D. y Draper, R. (1985). *Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach*. Florida, E.U.: Grune and Stratton.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., y Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Cámara de Diputados (CD). (2017). *Incrementan trastornos mentales en México; población entre 15 y 20 años, la más vulnerable (boletín no. 3680)*. Recuperado de: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2017/Mayo/26/3680-Incrementan-trastornos-mentales-en-Mexico-poblacion-entre-15-y-20-anos-la-mas-vulnerable>
- Ceberio, M. (2002). *Mitos y desmitificaciones del modelo sistémico*. Recuperado de <http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/7.pdf>
- Cecchin, G. (1987). "Hypothesizing, Circularity and Neutrality revisited: An invitation to curiosity". *Family Process*, 26, 405-413.

Cecchin, G., Lane, G. y Wendel, R. (1997). *Verità e Pregiudizi* (trad. verdad y prejuicios). Italia: Raffaello Cortina.

Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2015). Capítulo VI: Las transformaciones y retos que enfrenta la familia en México. En: *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia internacional sobre la población y desarrollo, 1994-2009*. Recuperado de: <http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/205/1/images/Cap06.pdf>

De la Rocha, M. (1999). Cambio social y dinámica familiar. *Nómadas*, (11), 54-63.

Esclerosis Múltiple España. (s.f.). *¿Qué es?*. Recuperado de <http://www.esclerosismultiple.com/esclerosis-multiple/que-es/>

Espinosa, M. (2009). Panorama de las relaciones familiares en la época actual. En M. Murueta y M. Osorio (eds.). *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. (pp. 43-60). D.F., México: Amapsi Editorial.

Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia (3ª ed. rev.)*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (Sin fecha). *Violencia y maltrato*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion\\_6932.htm](https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2014). *Informe anual 2014 UNICEF México*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/mexico/spanish/InformeAnualUnicef\(1\).pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/InformeAnualUnicef(1).pdf)

- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. *Psicoterapia y familia*, 2 (1), 30-39.
- Fruggeri, L. (1992) Del contexto como objeto a la contextualización como principio de método. *Conessioni*, 3:75-85.
- Fruggeri, L. (2005). Diferentes normalidades: discontinuidades familiares y modelos de análisis. Universidad di Parma.
- Fundació Esclerosi Múltiple. (s.f.). *¿Qué es la Esclerosis Múltiple?* Recuperado de <http://www.observatorioesclerosismultiple.com/es/la-esclerosis-multiple/que-es-la-em/que-es-la-esclerosis-multiple/>
- García, R. y Bustos, G. (2015). Discapacidad y problemática familiar. *Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad*, 5(8). Recuperado de: <http://www.udgvirtual.udg.mx/paakat/index.php/paakat/article/view/229/345>
- Gergen, K. & Gergen, M. (1997). Narratives of the Self. En Hinchman, L. P. & Hinchman, S. *Memory, identity, community: The idea of narrative in the human sciences*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Glaserfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En Packman, M. (Comp.), *Construcciones de la experiencia humana*, vol. 1 (pp. 23-49). Barcelona: Gedisa.
- Gómez, A. (2016). La pobreza en los hogares mexicanos. *El financiero*. Recuperado de: <http://www.elfinanciero.com.mx/opinion/la-pobreza-en-los-hogares-mexicanos.html>



González, M., Fernández, A. & Fernández, E. (2007). Identidad, relación y construcción del self en el encuentro psicoterapéutico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(99), 77-84.

Gracia, E. (2002). *Las víctimas invisibles de la violencia familiar*. Barcelona: Paidós.

Gross, R. (2004). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.

Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford

Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*.  
Barcelona: Paidós.

Gv, A. (2013). *Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila* (presentación en prezi).  
Recuperado de: <https://prezi.com/tpa6mnyjojt1/centro-de-servicios-psicologicos-dr-guillermo-davila/>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI (2010). *Censo Nacional de Población*, México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI (2012). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana*. Recuperado de: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2013). *Panorama de violencia contra las mujeres, ENDIREH 2011*. Recuperado de: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2014). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. Recuperado de:

<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/tradicional/2014/default.html>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2015a). *Estadísticas de nupcialidad*. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/nupcialidad/>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2015b). *Estadísticas de matrimonios y divorcios 2013*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2015c). *Estadísticas de sociedad*. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=19004>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2015d). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/familia0.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2015e). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/discapacidad0.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2016a). *Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer*. Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/violencia2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/violencia2016_0.pdf)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2016b). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana*. Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/familia2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/familia2016_0.pdf)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2016c). *La discapacidad en México, datos al 2014*. Recuperado de [http://conadis.gob.mx/gob.mx/transparencia/transparencia\\_focalizada/La\\_Discapacidad\\_en\\_Mexico\\_datos\\_2014.pdf](http://conadis.gob.mx/gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/La_Discapacidad_en_Mexico_datos_2014.pdf)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2017a). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2017b). *Estadísticas a propósito del 14 de febrero, matrimonios y divorcios en México*. Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/matrimonios2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/matrimonios2017_Nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (s.f.). *Discapacidad en México*. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx>

Instituto Nacional de Rehabilitación [INR]. (2017). *Antecedentes*. Recuperado de: <http://www.inr.gob.mx/g20.htm>

Jiménez, M. (2016). Sistema de salud pública, un problema para los mexicanos. *Forbes*. Recuperado de: <https://www.forbes.com.mx/sistema-de-salud-publica-un-problema-mas-para-los-mexicanos/>

Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar.

Medina-Mora, M., Borges, G., Muñoz, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4). 1-16.

- Méndez, A. (2014). *El divorcio incausado en México* (tesis de maestría). Ciudad de México: Universidad Iberoamericana.
- Mental Research Institute (MRI). (1979). *MRI started before it began*. Recuperado de: <http://mri.org/mri-started-began/>
- Miró, M. (2005). La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. *Monografías de Psiquiatría*, (3), 8-18.
- Moltedo, A. (2006) Procesos de mantención de la identidad: entre la continuidad y el cambio. *Psicoperspectivas*, 5(1), 35-47.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (1999). *Terapia breve: Filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Páramo, P. (2008). La construcción psicosocial de la identidad y del self. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 539-550.
- Paz, M. (2016). *Psicoterapia de juego grupal con adolescentes* (tesis de maestría). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Penn, P. (1982). Circular Questioning. *Family Process*, 21: 267-280.
- Pérez, J. (2011). Posibilitar otras familia-s: La apertura hacia otras construcciones en la noción de familia. *Tramas*, 35, 103-121.
- Reséndiz, G. (2010) Modelo de Milán 1969-2009. *Psicoterapia y Familia*, 23(1), 20-28.
- Reséndiz G. (2014) Familias: Procesos y sistemas de significado. *Psicoterapia y familia*, 27(2), 20-28.

- Revilla, J. (2003). Los anclajes de la identidad personal. *Athenea Digital Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (4), 54-67 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53700404>
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. D.F., México: Siglo XXI Editores.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En L.L. Eguiluz (comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Rojas, K. (2013). Elaboración de un instrumento para la medición del maltrato psicológico que la mujer recibe de su pareja. En 2° Coloquio "Las familias mexicanas en la actualidad". Coloquio llevado a cabo en el Instituto de Terapia Familiar Cencalli, D.F. Recuperado de: <http://www.cencalli.edu.mx/memoriascoloquio.pdf>
- Secretaria de Administración Tributaria (SAT). (2017). *Salarios Mínimos 2017*. Recuperado de: [http://www.sat.gob.mx/informacion\\_fiscal/tablas\\_indicadores/Paginas/salarios\\_minimos.aspx](http://www.sat.gob.mx/informacion_fiscal/tablas_indicadores/Paginas/salarios_minimos.aspx)
- Secretaria de Desarrollo Social [SEDESOL]. (2016). *Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagnostico\\_sobre\\_la\\_Situacion\\_de\\_las\\_Personas\\_Con\\_Discapacidad.\\_Mayo\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagnostico_sobre_la_Situacion_de_las_Personas_Con_Discapacidad._Mayo_2016.pdf)
- Secretaría de Salud [SSA]. (2014). *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018*. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud\\_Mental.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf)
- Selvini, M., L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata (1980) "Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session". *Family Process*, 19, 3-12.

- Selvini, M., L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata (1986). *Paradoja y Contraparadoja*. España: Paidós.
- Telfener, U. (2014) La elección clínica entre indecibles e indeterminables. En Bianciardi, M. y Galvez, F. *Ética y Psicoterapia. Responsabilidad y condición posmoderna*. Santiago de Chile: Colección Praxis Psicológica, Universidad de Chile.
- Toledo, M. (2012). Sobre la construcción identitaria. *Atenea*, 506, 43-56.
- Tomm, K. (1987) La entrevista interventiva II. Las preguntas reflexivas como medio para activar la auto-curación. *Family Process*, 26: 167-183.
- Tomm, K. (1988) La entrevista interventiva III. Formulando preguntas lineares, circulares, estratégicas o reflexivas. *Family Process*, 27:1-15.
- Ugazio, V. (1985) "Hypothesis Making: The Milan Approach Revisited". En Campbell, D. y Draper, R. (1985). *Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach*. Florida, E.U.: Grune and Stratton.
- Ugazio, V. (2013). *Semantic Polarities and Psychopathologies in the family: permitted and forbidden stories*. United Kingdom: Routledge.
- Universia. (2009). Ofrece la UNAM una amplia gama de servicios psicológicos a la sociedad. Recuperado de: <http://noticias.universia.net.mx/ciencia-nn-tt/noticia/2009/05/28/15446/ofrece-unam-amplia-gama-servicios-psicologicos-sociedad.html>
- Urbina, M. (2015). Los determinantes sociales de la salud y de la salud mental. En M. Medina-Mora, E. Sarti, y T. Real. *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura*. D.F., México: Academia Nacional de Medicina.

- Vera, N. & Valenzuela, M. (2012). El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones. *Psicología y Sociedad*, 24(2), 272-282.
- Vergara, P. (2011). *El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal*. (Tesis magíster en Psicología). Universidad de Chile: Santiago de Chile.
- Watzlawick, P. (1999). La técnica psicoterapéutica del reencuadre. En G. Nardone y P. Watzlawick. *Terapia breve: filosofía y arte*. España: Herder
- Watzlawick, P., Jackson, D., y Bavelas, J. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, H. y Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Walti, C. (2015). *¡Qué familia! La familia en México en el siglo XXI*. D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Witzeaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.