



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

**LA PAUTA EN LAS RELACIONES DE PAREJA:
EL MODELO DE TERAPIA BREVE MRI (PALO ALTO)**

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

P R E S E N T A :

JULIA VALERIA GUTIÉRREZ NAVA

TUTORA PRINCIPAL: Mtro. Jorge Molina Avilés (Facultad de Psicología)

COMITÉ TUTORAL: Mtra. Nora Rentería Cobos (Facultad de Psicología)

Dra. Milagros Figueroa Campos (Facultad de Psicología)

Mtro. Flavio Sifuentes Martínez (Facultad de Psicología)

Dr. Gerardo Benjamín Tonatíuh Villanueva (Facultad de Psicología)

Ciudad Universitaria, CD. MX., Noviembre

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mis padres, de los cuales tuve siempre el apoyo y confianza para realizar mis metas. A mi madre quien siempre ha demostrado fortaleza y mi padre quien me enseñó el gusto por el conocimiento.

Agradezco a mi hermana Aurora, sin ella no hubiera sido posible lo hoy logrado, quien siempre me brindó su apoyo y motivación para no detenerme,

A mi hermano Antonio quien siempre tenía un chiste o una sonrisa que alegró el camino, Ara quien estuvo ahí cuando lo necesitaba y a Ernesto, porque sin saberlo alegró mucho los días de desvelo y cansancio.

Martha mi querida tía, parte de lo soy y lo plasmado es gracias a tu apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme desarrollarme como profesional y poder contribuir a la sociedad con la formación adquirida, por ser mi segunda casa a lo largo de mis estudios. A CONACYT y a la sociedad mexicana por hacer posible mi formación profesional.

Gracias a mi comité de titulación, por hacer parte del cierre de esta etapa, por su tiempo y dedicación.

A todos los académicos implicados en mi formación por las enseñanzas, por las conversaciones, la supervisión y clases. Profesores de la carrera, motivadores de más preguntas que respuestas y a los compañeros porque sus voces generaban un diálogo reflexivo.

A las familias, personas y parejas que fueron atendidas durante la residencia.

Un especial agradecimiento a Karen, Alex, Ale, Kike y Lilia, por ser más que mis compañeros. Fueron mi apoyo, generadores de conversaciones, risas y recuerdos que atesoraré siempre en mi corazón.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción	3
Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial	6
1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas.....	8
1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica.	14
1.3 Familias atendidas.....	23
Capítulo 2. Marco teórico	26
2.1 Modelos terapéuticos.....	26
2.2 Fundamentos de la terapia familiar sistémica	27
2.3 Modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica.....	32
2.4 Análisis y discusión de los temas que guían los casos clínicos	59
Capítulo 3. Casos clínicos.....	72
Caso I. Mario y Carolina.....	73
Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica.....	90
Análisis del sistema terapéutico total.....	97
Caso II. Jorge y Victoria	99
Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica.....	107
Análisis del sistema terapéutico total.....	116
Capítulo 4. Consideraciones finales.....	117
4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas: Teórico conceptuales, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social.	117
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia.....	124
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional.	126
Referencias bibliográficas.....	129

Resumen

El presente trabajo integra, refleja y sintetiza el aprendizaje adquirido durante la experiencia en la Residencia de la Maestría en Terapia Familiar, impartida por la Universidad Nacional Autónoma de México. Se desarrolla una perspectiva teórico-práctica, con una labor terapéutica responsable, incluyente, crítica y ética.

En la pareja hay una relación interaccional donde se presentan pautas en etapas específicas que mantienen procesos y enredos, en el curso de fases y niveles de significados dentro de un contexto sociocultural. El Modelo de Terapia Breve MRI (Palo Alto) o Terapia Breve Centrado en el Problema es una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos considerados problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto, favoreciendo que los problemas se prioricen y se solucionen. La meta es ofrecer a los consultantes herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes.

En este reporte de experiencia profesional, como objetivo, se abordan los temas teóricos que sustentan el análisis de los casos clínicos presentados, tomando como eje la pareja conyugal en la Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista de la UNAM.

En la Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista, la Terapia Breve MRI, permitió una visión integrativa para abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre las parejas con otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad). El conocimiento de los fundamentos teóricos y filosóficos que sustentan el Modelo de Terapia Breve, favorecieron mi formación como terapeuta al contribuir a brindar medidas para mantener el bienestar y la salud.

Palabras clave: Terapia MRI, terapia familiar sistémica, casos clínicos, terapia de pareja, experiencia terapéutica.

Abstract

The present thesis reflects and synthesizes the knowledge acquired as experience in the Master's Internship in Family Therapy, given by the Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). It is developed within a theoretical-practical perspective, with a responsible, inclusive, critical and ethical therapeutic work.

In the couple there is an interactional relationship where guidelines are presented in specific stages that maintain processes and entanglements, in the course of phases and levels of meanings within a sociocultural context. The MRI Brief Therapy Model (Palo Alto) or Brief Problem-Centered Therapy is a therapeutic structure, aimed at increasing the awareness of the consultants about their problem behaviors, as well as their ability and motivation to start doing something about it. , favoring problems to be prioritized and solved. The goal is to offer consultants tools to change basic attitudes and manage underlying problems.

In this report of professional experience, as an objective, the theoretical topics that support the analysis of the clinical cases presented are approached, taking as the axis the conjugal couple in the Residence in Family Therapy with a systemic and constructionist approach of the UNAM.

In the Family Therapy Residence with a systemic and constructionist approach, the MRI Brief Therapy allowed an integrative vision to address clinical problems from an interactional angle between couples with other social systems (couple, family, society). The knowledge of the theoretical and philosophical foundations that underpin the Brief Therapy Model favored my training as a therapist by contributing to provide measures to maintain well-being and health.

Keywords: MRI therapy, systemic family therapy, clinical cases, couple therapy, therapeutic experience.

Introducción

La institución del matrimonio y familia han tenido modificaciones a lo largo de la historia por las necesidades de la sociedad y de los individuos, desde cómo se forman, las nuevas necesidades y los conflictos que presentan. Se identifica que las parejas formadas en un contexto histórico y cultural dentro de la modernidad están sumergidas en la “tradicición”, las expectativas de esperanza o posibilidad sobre cómo deben o no deben ser las cosas en relación con la pareja, con dependencia emocional, perdiendo la individualidad y diferenciación, teniendo una carga sobre la institucionalización de la familia. Por ello no es de extrañar que gran número de parejas en la actualidad manifiesten otros elementos, tabúes y necesidades. Como, que la pareja ideal consiste en una fusión total, dos convertidos en uno solo, todo lo hacen juntos y van juntos a todas partes. Hay que luchar A TODA COSTA SE REPITE EN LA MISMA ORACION.. CHECAR a toda costa por la pareja porque se requiere de adaptarse y ceder o esforzarse constantemente y a toda costa para que la relación funcione. O la necesidad de que la pareja debe realizar todos nuestros sueños, sustentado en el mito del amor romántico. Pero, además se añade la necesidad del otro o la necesidad de transformar a la pareja en alguien mejor. Todas las parejas necesitan adaptarse y aprender a tolerar pequeños inconvenientes. Es asunto de cada pareja valorar las exigencias de cada uno de ellos, teniendo en cuenta las necesidades individuales, de la familia y del matrimonio.

Se debe de trazar una delimitación entre matrimonio y pareja. El matrimonio es una unión avalada socialmente, en el marco de un sistema de creencias que incluye DIFERENTES RITUALES un ritual. Los elementos que definen al matrimonio pueden ser compartidos con los elementos de la pareja (De la Espriella, 2008):

La pareja presume una estructura diferente a la familia con hijos, ya que las dinámicas tienen otras características. Minuchin (1986), menciona que la familia es una entidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo que difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero que poseen raíces universales. La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, tales como: El subsistema conyugal (papá y mamá), el subsistema paterno-filial (padres e hijos) y el subsistema fraternal (hermanos).

Dado que la relación de dos personas pertenece a una entidad en nuestro sistema social, las personas dentro de él actúan de acuerdo con unas mismas normas, valores y objetivos acordados y necesarios para el bien común y la persecución de sus fines. Por ello se comportan como una unidad que es reconocida, donde se producen relaciones diádicas. Por lo anteriormente descrito se puede pensar que es una estructura simple, por el menor número de los integrantes, pero es una organización humana y diferente por los individuos que la conforman. Caillé (1992), define a la pareja como compleja y paradójica, debido a que es mayor (o diferente) que la suma de sus integrantes, siendo una organización estable, pero cambiante. De acuerdo con Cid (2011), las relaciones de pareja se componen de elementos biológicos, sociales y culturales sustentando pilares de compromiso, intimidad, romance y amor.

La palabra pareja, se utiliza para definir una relación significativa, consensuada, con estabilidad en el tiempo. La pareja humana supone contrastes, variaciones e inestabilidades que pretenden la estabilidad, siendo que es un subsistema de una estructura más amplia (la familia) y no tendría existencia si no es en referencia a ella. Por otra parte, la pareja, en sí, es un sistema con estructura, organización, reglas, roles, etc., diferentes a las de la familia y, a su vez, que se relacionan con sistemas más amplios, ya sea familia nuclear, familia extensa, etc.

Por lo cual, toda relación de pareja presenta conflictos y pasa por periodos de crisis en etapas específicas de su vida donde perduran acciones recíprocas de conflictos y riñas con niveles de significados dentro de su contexto sociocultural. De hecho, una pareja sólida y estable no es aquella que está exenta de problemas sino la que es capaz de superar los obstáculos y salir fortalecida de la adversidad. Sin embargo, hay ocasiones en las que los problemas desbordan los recursos de la pareja. En ese caso, la terapia podría ser la mejor solución. El Modelo de Terapia Breve MRI (Palo Alto) o Terapia Breve Centrado en el Problema, Este enfoque de terapia breve fue creado aproximadamente en 1968, con un grupo que está formado por Paul Watzlawick, Richard Fish, John H. Weakland y Lynn Segal. El enfoque se caracteriza por centrarse en el problema o dificultad del consultante, no por ello, se trata de un enfoque que se base en patologías. Es un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención que pretenden ayudar a los individuos, parejas, familias o grupos a movilizar sus recursos para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible, y tiene su origen en la terapia sistémica.

En este reporte de experiencia profesional, como objetivo se aborda en primer lugar, los temas teóricos que sustentan el análisis de los casos clínicos presentados. Y, en segundo lugar, se informa sobre los procesos terapéuticos, tomando como eje la pareja conyugal aplicando el modelo de Terapia Breve MRI, que fue empleado en los dos casos clínicos abordados (Caso I. Carolina y Mario y, Caso II. Jorge y Victoria), en la Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista de la UNAM.

En la Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista, la Terapia Breve MRI, permitió tener una visión integrativa para abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre las parejas con otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad). El conocimiento de los fundamentos teóricos y filosóficos que sustentan el Modelo de Terapia Breve, favorecen la formación del terapeuta al contribuir a brindar medidas para mantener el bienestar y la salud.

Se concluye que el trabajo terapéutico, generó y significó un proceso de reflexión, cuestionamiento, flexibilidad y adaptación de los consultantes y la terapeuta y de los consultantes. Procesos que trastocaron mi visión personal del mundo y la de ellas y ellos. Por el hecho de que pude reescribir y cambiar significados simbólicos de ciertos acontecimientos de mi vida a partir de la resignificación que hicieron los pacientes de su propia vida. Se considera que la actividad terapéutica repercute en la relación que tiene el terapeuta con el mundo y en sus relatos de identidad personal, así como en la atribución de significados que hace de sí mismo, de su vida y de su trabajo terapéutico. De hecho, las experiencias importantes de su labor pueden alterar el quien es y que le es constitutivo. Se adoptó una postura ética respetando a las parejas y la responsabilidad del proceso terapéutico.

Trabajar con parejas involucra estar al pendiente de cómo el terapeuta se relaciona, para evitar una alianza constante con uno de los miembros, excluyendo al otro y para no coludirse con el sistema y finalmente poder lograr un objetivo que sea funcional para la pareja y no solo para un miembro. Por otra parte, es importante recalcar que cada pareja tiene su propia historia, sus características y sus problemas. Se adoptó una postura ética respetando a las parejas y la responsabilidad del proceso terapéutico, centrándose en las consecuencias que tiene la psicoterapia en la vida de los consultantes y en la construcción de las realidades terapéuticas.

La coterapia fue un proceso con el cual se logró crear un espacio de confianza y apertura. Fue a la vez, un catalizador afectivo de los cambios, y un modelo relacional sano para el sistema de la pareja. De esta forma, en la coterapia hubo más competencia para distribuir el apoyo con equilibrio, incidir con precisión en las intervenciones, duplicar el acopio de datos y evaluar. Además de dar orientación con una gama de técnicas terapéuticas. Así, el equipo terapéutico, el equipo observador y la supervisión fueron de gran apoyo en los procesos terapéuticos. El proceso de supervisión generó todo un bagaje de experiencias y los espacios terapéuticos y las sedes con las que cuenta la residencia fueron de mucha utilidad y calidad.

Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial

El estudio amplio del contexto social, las interacciones y los sistemas, nos brinda la posibilidad de un análisis de un grupo, sector, comunidad o sociedad. Debido a que el contexto cobra importancia en la observación, estudio y/o investigación, se debe de considerar una definición de este. De acuerdo con Chistensen y Laegreid (2013), el contexto puede ser definido como “las circunstancias, ambiente, antecedente o configuración que afecta, restringe, especifica o clarifica el significado de un evento” (p.132). Mientras que Pollitt (2013), lo define como el “medio ambiente, las circunstancias, antecedentes y entorno en el que las actividades se llevan a cabo” (p. 336).

Las condiciones sociales determinan la salud en la población, teniendo un impacto en las diferentes problemáticas que se presentan, por ello investigar sus características se vuelve primordial (Louro, 2003). El sistema de relaciones entre personas e instituciones se va modificando, construyendo y entrelazado por el contexto psicosocial, cultural y económico, el cual se debe de conocer (Roberto, 1994).

De acuerdo con el “Informe sobre Desarrollo Humano México”, la población mexicana está organizada como una república federal, dividida en 32 entidades federativas, 31 estados y la Ciudad de México; donde residen los Poderes Federales (Scott, 2011). El Censo de Población y Vivienda 2010 reportó que México tiene 112 336 538 habitantes de los cuales 48.8% (54 855 231) son Hombres y 51.2% (57 481 307) son Mujeres, existen 39, 751, 560 niños/niñas (0 a 14 años) y 30, 690, 709 jóvenes (15 a 29 años) que representa un 25.7% de la población total (INEGI, 2010).

Las características generales del contexto en México son descritas multidimensionalmente, en los datos de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015), reportan los siguientes datos:

Tabla1. Características del Contexto en México	
Urbana	En 1950, poco menos de 43% de la población en México vivía en localidades urbanas. En 1990 era de 71% y en el 2010, esta cifra aumentó a casi 78%.
Rural	El porcentaje de personas que habitaban en comunidades rurales ha disminuido. En 1950, representaba poco más del 57% del total de la población del país. En 1990 era de 29% y en el 2010, esta cifra disminuyó hasta ubicarse en 22%.
Discapacidad en México	En el 2010, las personas que tenían algún tipo de discapacidad eran 5 millones 739 mil 270, lo que representa 5.1% de la población total.
Analfabetismo	Por género: de acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, 4 de cada 100 hombres y 6 de cada 100 mujeres de 15 años y más no sabían leer ni escribir. Por edad: el mayor porcentaje de población analfabeta se encontraba entre la población de 65 años y más, acentuándose en las mujeres con 26%:
Hablantes de lengua indígena en México	En México, 7 millones 382 mil 785 personas de 3 años y más hablan alguna lengua indígena. Las más habladas son: Náhuatl, Maya y Tzeltal.
Hogares	29% del total de los hogares eran dirigidos por una mujer, esto significa que 9 millones 266 mil 211 hogares tienen jefatura femenina. Al 2014 se registraron 577 mil 713 matrimonios*, en 2013 fueron 583 mil 264 y en 2012 la cifra se ubicó en 585 mil 434. Al 2013 se registraron 108 mil 727 divorcios, en 2012 fueron 99 mil 509 y en 2011 la cifra se ubicó en 91 mil 285.
Migración	La población que emigra hacia otros países lo hace, principalmente, entre los 15 y los 24 años, le siguen los adultos de entre 25 y 34. El porcentaje disminuye en las personas menores de 15 años y mayores de 49.
Mortalidad	Las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, siguen siendo las principales causas de muerte. Durante 2015, se registraron 655 mil 688 defunciones, de las cuales 363 mil 732 fueron de varones y 291 mil 637 de mujeres*. Esto significa que, del total de las defunciones registradas, 55% corresponden a hombres y 44% a mujeres.
Niños que trabajan	Al 2015, en México hay 2 millones 475 mil 989 niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años que realizan alguna actividad económica. Y, 2 millones 217 mil 648 realizan ocupaciones no permitidas, de los cuales: 30% son niñas y 70% son niños.
Fuente: INEGI. (2015). Encuesta Intercensal 2015	

El análisis del contexto resulta relevante para el terapeuta sistémico desde que se adentra a la epistemología: para la Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy, 1993), un sistema siempre estará relacionado con el contexto que lo rodea. En la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 2011), existe relación entre la comunicación y su contexto para construir los mensajes y las consecuencias en los comportamientos. La Cibernética de Primer

Orden (Sluzki, 1987), argumenta que no es posible considerar una parte del fenómeno separada de las otras por su interdependencia, existiendo un observador fuera del fenómeno.

La Cibernética de Segundo Orden se ocupa del observador como parte de lo observado (Jutoran, 1994). El construccionismo se basa en el concepto de que la realidad no puede existir separada de la experiencia y, que sólo puede ser conocida a través de la experiencia, lo que resulta en una realidad personal única (Lynn, 1994). El Construccionismo Social, reconoce el papel activo del individuo en la creación de conocimiento personal, la importancia de la experiencia (individual y social) en este proceso y la comprensión del mismo (Rasera, Taverniers y Vilches-Álvarez, 2017). Y, la Posmodernidad, donde Anderson y Colapinto (1999), sostienen que el pensamiento posmoderno progresa hacia un conocimiento como práctica discursiva, para una construcción social partiendo de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión.

1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas

La sociedad mexicana ha tenido cambios en su composición como la participación de las mujeres como jefas de familia y en el mercado laboral, la composición de la familia, los divorcios, la migración, la mortalidad y el analfabetismo, entre otros que repercuten en la transformación de las dinámicas y comportamientos de la familia, con todo ello trae diversos recursos y problemáticas. Así, ante las transformaciones que ha tenido la sociedad y las familias, es necesario definir ¿Qué es familia?, desde diferentes miradas iniciaremos con las definiciones de las instituciones que son parte del contexto:

La secretaría general del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1999), menciona que: “La familia es la célula en la que las personas de todas las edades resolvemos nuestras necesidades de protección, compañía, alimento y cuidado de la salud. A través de la familia, las sociedades transmiten sus valores y costumbres a los hijos” (p. 45).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), señala en su Encuesta Intercensal 2015, una diferenciación entre hogar y familia. Esto, debido a la diversidad de características, que presentaba la población indicando que existe:

Tabla 2. Miembros de las familias que conforman los distintos tipos de hogares

Familiares	Nucleares	Estrictos	2 conyugues			
		Conyugales	2 conyugues	Hijos		
		Monoparentales	Padre o Madre	Hijos		
	Extenso		2 conyugues		Parientes	
			2 conyugues	Hijos	Parientes	
			Padre o Madre	Hijos	Parientes	
	Compuestos		2 conyugues		Parientes	No parientes
			2 conyugues	Hijos	Parientes	No parientes
			Padre o Madre	Hijos	Parientes	No parientes
No familiares	Unipersonal	Una sola persona				
	Corresidentes	Varias personas sin lazos consanguíneos				

Fuente: SNDIF (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia en México, 2011. ENDIFAM

En el 2013, el INEGI define que la familia es “el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización” (Capulín, Otero, & Reyes, 2016). Y, el Centro para la Familia y los Derechos Humanos, indica que el informe de la ONU sugiere ya no definir la familia como -elemento natural y fundamental de la sociedad. Debido a que se excluirán de los derechos y tratados internacionales todo aquello que no entre en dicha definición. Y, propone que no exista una definición para que no exista una exclusión (Gennarini, 2016).

En la terapia familiar existen diferentes conceptos como los de Minuchin y Fishman (1985), “La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio. La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción” (p. 25). La escuela de Palo Alto define a la familia como sistema de interacción teniendo como componentes: Sistema, control y autorregulación (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Debido a la variedad de definiciones y formas de observar a la familia resulta que su concepción es una construcción social. Una construcción social que se edifica a partir de cada grupo y donde se decide su propio estilo de vida y su relación por su forma de conceptualizarse a sí mismas y su concepción de familia (Gergen y Warhus, 2001).

Una de las transformaciones que surgen a partir de la noción posmoderna, según Anderson (1999) se da desde la hermenéutica, el construccionismo y la crítica social, concibiendo al ser humano como un sistema complejo sujeto al conocimiento a través de la experiencia, la interpretación y la comprensión. El pensamiento posmoderno avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva, se ve al conocimiento como una construcción social partiendo de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión.

Ante los cambios constantes y variedad de hogares, México muestra las siguientes características:

Gráfica 1. Hogares familiares y hogares no familiares, 2015.



89 de cada 100 hogares son familiares y el resto, no familiares.
FUENTE: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

En México, de cada **100** hogares familiares (INEGI, 2015):



70 son **nucleares**, formados por el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos. Una pareja que vive junta y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear.



28 son **ampliados** y están formados por un hogar nuclear más otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, etcétera).



1 es **compuesto**, constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar.

En total suman 99 debido a que el 1 restante corresponde a los no especificados

Y de cada **100** hogares no familiares:



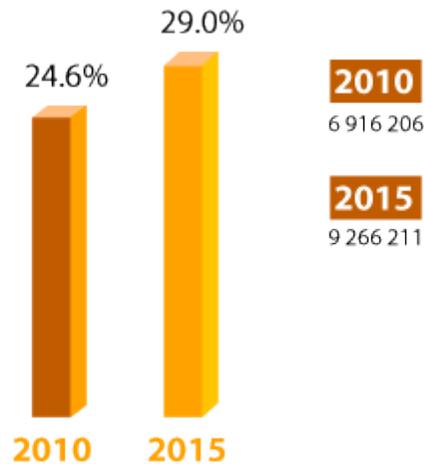
93 son **unipersonales**, integrados por una sola persona.



7 es **corresidente** y está formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco.

De los hogares mencionados anteriormente, el INEGI precisa un aumento en la jefatura de las mujeres de la siguiente manera:

Gráfica 2. Hogares con jefatura femenina.



La jefatura femenina aumentó 4 puntos porcentuales entre 2010 y 2015

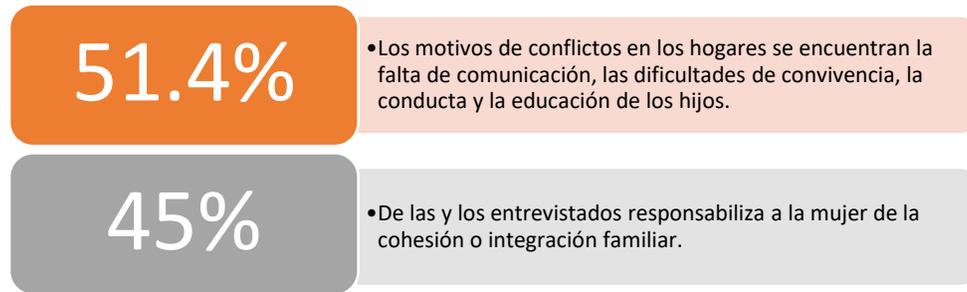
FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.
INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

Aguilar (2016), describe que los principales motivos para que las mujeres se conviertan en jefas de familia son:

- Tipo demográfico:
 - o el descenso de la fecundidad
 - o los movimientos migratorios
 - o envejecimiento poblacional con una mayor esperanza de vida para las mujeres
 - o aumento de las prácticas conyugales y reproductivas consensuales
- Socioeconómicos:
 - o las crisis económicas en el país que han generado la caída de los ingresos reales de las familias
 - o la escasez de empleo
 - o la incorporación femenina en el mercado laboral
- Socio-culturales:
 - o se cuestiona el discurso patriarcal que considera al padre como autoridad máxima de la familia. Hay nuevos roles de género y de empoderamiento de la mujer en el interior de los hogares y la búsqueda de una mayor autonomía de las mujeres.

En la Ciudad de México 36% de los hogares son dirigidos por una mujer y 64% por hombres (INEGI, 2010). La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia en México (2011), señala que 4 de cada 10 hogares con dos o más hijos son disfuncionales. Esto, causado por falta de empleo, baja economía, así como el alcoholismo, mostrándonos las siguientes estadísticas:

Figura 1. Indicadores de conflicto en hogares mexicanos

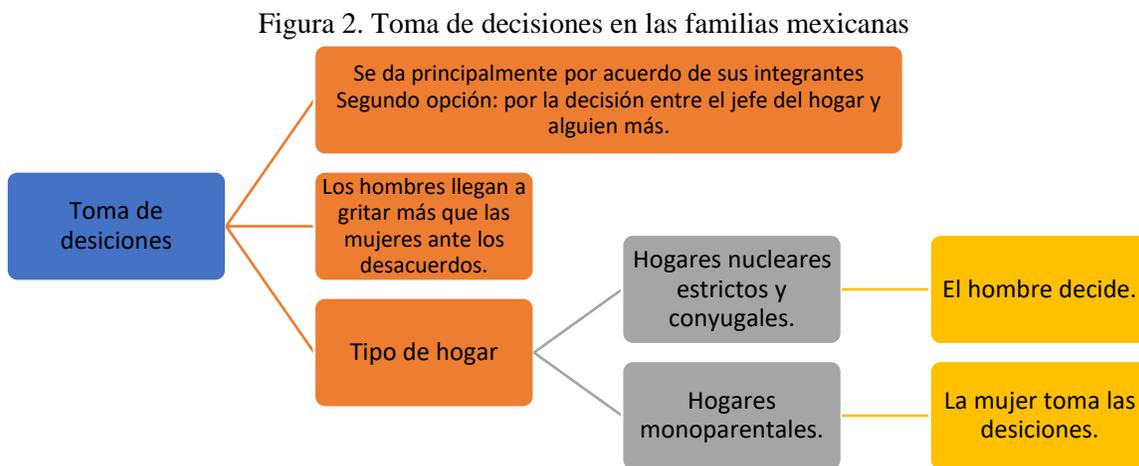


Fuente: SNDIF. (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia en México, 2011. ENDIFAM.

En la encuesta mencionada anteriormente, se indica que la convivencia, interacción y comunicación entre los miembros del hogar se determina de la siguiente manera (SNDIF, 2011):

Actividades con la pareja	La mitad realiza actividades recreativas con su pareja, con alguna o mucha frecuencia, y tres con poca frecuencia.
	Sólo dos de cada 10 declararon que no realizan alguna actividad con su pareja.
	A mayor nivel económico del hogar, mayor es la frecuencia con la que las parejas realizan actividades recreativas.
	En las localidades rurales y en los hogares jefaturados por hombres o mujeres sin escolaridad, es donde menos se practican este tipo de actividades.
	En la sociedad mexicana está todavía bastante habituado el compartir alimentos, más que otro tipo de actividades. De los tres alimentos, el que más se comparte es la cena y siete de cada 10 encuestados lleva a cabo el consumo de tres comidas con regularidad.
Conversación en parejas	La frecuencia con las que se habla de los hijos, la economía o el trabajo, siguen siendo los temas más prevalentes que se comentan en pareja.
	En relación con la edad del jefe del hogar, los más jóvenes hablan más de cuestiones laborales y de las relaciones de pareja.
	Los entrevistados de edad madura son entre quienes predomina hablar de los hijos y, en menor medida, de aspectos económicos.
	Los entrevistados sin escolaridad, hablan más de temas familiares y, los que poseen educación superior tratan más cuestiones laborales que otros grupos.
	Quienes tienen una relación de pareja platican con él/ella 2.3 horas en promedio en un día de trabajo habitual. De cada 10 encuestados, tres hablan con su pareja hasta una hora al día; tres, hasta dos horas y cuatro tres o más horas al día.
	Los entrevistados que tienen menos de 25 años o más de 59 años o tienen al menos educación superior hablan con su pareja más que el promedio nacional. Mientras que los que tienen de 40 a 59 años o no tienen escolaridad alguna hablan menos tiempo con su pareja.
	En los hogares donde el jefe del hogar tiene hasta 39 años o más de 64 o entre quienes poseen al menos educación media superior, se platica más con la pareja que en los hogares comandados por jefes que no presentan estas características.

La interacción y dinámica familiar puede variar de acuerdo con el ciclo vital de la familia (Haley, 1983), así como las características de cada miembro y las condiciones socioeconómicas. En las familias mexicanas las relaciones se han modificado con el incremento del índice de divorcio, proliferación de familias reconstruidas, aumento de las relaciones extramaritales y la cohabitación (Reyna, Salcido, & Arredondo, 2013). En la dinámica familiar el conflicto puede generar una alteración en el sistema, conocer las causas y formas apoya a comprender el contexto de la familia, como se muestra a continuación:



Fuente: SNDIF, (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia en México, 2011. ENDIFAM.

De acuerdo con la encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia en México (SNDF, 2011) En el manejo de conflictos, la edad del entrevistado es importante:

- Los más jóvenes (18 a 29 años) y los de 65 años o más, discuten con mayor frecuencia mientras los menores están presentes.
- Los adultos (45 a 64 años) y adultos jóvenes (30 a 45 años), muestran menor incidencia de discusiones frente al menor. Lo que puede deberse a que haya en el matrimonio mayor estabilidad y madurez de la pareja.

La incidencia de conductas violentas en la resolución de conflictos es baja:

- Los jóvenes y adultos de 60 o más años registran relaciones menos violentas.
- Los adultos de 40 a 59 años presentan mayor incidencia en conductas agresivas.

Las mujeres, siguen teniendo la mayor carga en las actividades en el hogar. Esto a pesar de que tienen participación en el ámbito laboral, conservan la responsabilidad del hogar.

El contexto social debe ser considerado como parte del análisis en los sistemas terapéuticos. Siendo la particularidad del individuo, familia, pareja y/o sistema, elementos que no tienen que ser excluidos, sino que deben de ser una sumatoria para poder atender las necesidades de quien acude a terapia.

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

El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología indica que:

“La Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista, propone capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. Esta especialidad, con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el Construccionismo Social y los modelos que se derivan de esta perspectiva, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados. Los estudiantes conocerán y aplicarán las modalidades de intervención de los modelos de terapia, así como su evolución histórica, desde los enfoques centrados en estructura, en proceso, y en la construcción del significado. Conocerán también los fundamentos teóricos y filosóficos que los sustentan” (UNAM, 2013).

La cibernética de segundo orden presenta profundas similitudes con respecto al de la teoría general de sistemas propuesto por Ludwing Van Bertalanffy, puesto que tiene una concepción sistémica de la realidad (Jutorán, 1994). Tanto la teoría general de sistemas como la cibernética de segundo orden (Feixas, 2000), confluyen en una definición del ser humano considerándolo como un sistema viviente que se construye y se desarrolla en interacción con el entorno e impacta sustancialmente desde su experiencia en la construcción de conocimiento de sí mismo y de su entorno. Para los autores postmodernos, los sistemas son considerados como aquellas constantes

conversaciones o diálogos que giran en torno a un problema, resaltando básicamente las diversas conversaciones que pueden emerger (Anderson y Goolishian, 1996).

La cibernética de segundo orden no sólo estudia al sistema o al concepto cibernético, sino también al ciberneta, terapeuta (Feixas, 2000), es decir al observador, como parte del sistema mismo. En ella emergen diversas preguntas: ¿Cómo operan los sistemas y en ellos los observadores?, ¿cómo operan ellos mismos en su observar, siendo que toda variación perceptual en ellos (su propio conocer) es función de las variaciones perceptuales que ellos mismos experimentan? Ya desde la perspectiva del conocer humano ¿Cómo puede una persona conocer su propia actividad cognoscitiva (aquello que desea conocer) si es a la vez su propio instrumento del conocer? Por tanto, estas preguntas comienzan a dar paso a una nueva postura al terapeuta en relación con el mundo, proponiendo no un solo camino sesgado a la descripción observada, sino permitiendo la aparición de la pluralidad de caminos en la relación hombre y mundo y dicha diversidad será fundamental para la postmodernidad.

En este sentido, en la Residencia en Terapia Familiar, la especificidad de la formación del terapeuta familiar sistémico consiste en la adquisición de un pensamiento sistémico que le permita operar utilizando la lógica de la causalidad circular, para articular los diferentes niveles de complejidad entre individuos, relaciones entre individuos, sistemas de relaciones y sistemas en interacción. El terapeuta se deja de asumir como un experto y se reconoce como una persona que está dispuesto a escuchar y no a imponer un estilo de vida. Parte de la formación de los terapeutas en la residencia es la práctica supervisada en diversos escenarios, donde se presentan procesos de interacción y conversación con diversos significados. Durante 4 semestres que dura el programa, se presenta una transición de la Cibernética de primer orden a la Cibernética de Segundo Orden. La práctica supervisada permite el desarrollo de un estilo terapéutico, la práctica de los diversos modelos, ser parte de un equipo terapéutico y poder conducir un proceso como terapeuta responsable del caso.

Parte de la formación de los terapeutas en la residencia es la práctica supervisada en diversos escenarios, donde se presentan procesos de interacción y conversación con diversos significados. (¿) Durante 4 semestres que dura el programa, se presenta una transición de la Cibernética de primer orden a la Cibernética de Segundo Orden. El terapeuta se deja de asumir como un experto y se reconoce como una persona que está dispuesto a escuchar y no a imponer un estilo de vida.

La práctica supervisada permite el desarrollo de un estilo terapéutico, la práctica de los diversos modelos, ser parte de un equipo terapéutico y poder conducir un proceso como terapeuta responsable del caso.

La práctica supervisada se da en diversos escenarios, cada sede tiene sus particularidades como: estilo del supervisor, equipo terapéutico, cámara de Gesell, grabación de la supervisión, modelo empleado, característica de la sede y de la población. Las sedes a las que tiene acceso el alumno de la residencia son las siguientes:

- Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.
- Centro Comunitario San Lorenzo de la Fundación Bringas Haghenbeck, IAP.
- Centro Comunitario de Atención Psicológica. "Los Volcanes".
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro".
- Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
- Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”.

A continuación, se describen 3 de las sedes mencionadas anteriormente, las cuales fueron parte de la formación para los casos clínicos que se presentaran en el capítulo 3.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”

De acuerdo con la página oficial de la Facultad de Psicología (UNAM, s/f), el centro se inauguró el 8 de mayo de 1981 estando en la dirección de la Facultad de Psicología la Dra. Graciela Rodríguez. Se creó como iniciativa de brindar atención a la comunidad. En una primera fase se planteó como Centro de Servicios Comunitarios a la par de la creación del Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro". Actualmente, ambos centros brindan atención a la comunidad en general y dependen de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se encuentra ubicado en el sótano del Edificio “D”, perteneciente a la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología, en Av. Universidad 3004, Copilco Universidad, 04360 CDMX. Prestando servicios en horario de 8:30 horas a 19:00 horas de lunes a viernes.

El centro brinda servicio terapéutico de forma individual, grupal, familiar o en pareja, cuenta con talleres y programas de tratamiento en diversas problemáticas. Participan los estudiantes de

diversos grados de estudios y programas de posgrado. El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, tiene como política de calidad “enfocar sus esfuerzos a presentar un servicio de calidad para sus clientes internos y externos, contribuyendo así con la formación de los estudiantes que acuden al centro para su entrenamiento profesional y de los usuarios de nuestros servicios terapéuticos, procurando una mejora continua en nuestros procesos de trabajo” (UNAM, s/f).

Los objetivos del Centro de Servicios Psicológicos son:

- Ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada en los niveles de estudios superiores y posgrado.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa.
- Ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación.
- Ser una sede que ofrezca servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social.

Infraestructura del centro es la siguiente:

- Área de recepción y espera para los consultantes
- Una sala de juntas
- Siete cubículos individuales
- Cuatro cámaras de Gesell con sistema de video grabación

El proceso de atención a los consultantes se llevaba a cabo dos veces al año:

- Solicitud: las personas, familias o parejas acuden a solicitar atención con la documentación requerida, se les proporciona una hoja de solicitud el cual deben de llenar.
- Primer contacto: se les llama por teléfono para asignarles fecha y hora para la realización de la pre-consulta, se les indica que acudan las personas que estén involucradas en el motivo de consulta.
- Pre-consulta: se realiza una entrevista en función al motivo de consulta y las características de las personas que solicitan el servicio
- Entrevista inicial o evaluación: Se enfoca en poder describir información como el genograma, dinámica familiar, historia de la problemática y recursos.
- Referencia o canalización: De acuerdo con el motivo de consulta y la información recabada en el proceso, el personal capacitado asigna a los consultantes a uno de los diferentes programas (Prácticas de formación, Licenciatura, Residencias)
- Tratamiento: Los consultantes siguen un proceso de acuerdo con lo establecido por la modalidad del programa.
- Egreso: Los consultantes finalizan el proceso terapéutico por alta al darse una mejoría, o por baja por la inasistencia.

- Seguimiento: Posteriormente al egreso se les realiza una entrevista ya preestablecida por el centro, puede ser presencial o vía telefónica.

La población que solicita la atención en el centro es público en general, se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Trabajadores de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Personas que han sido canalizadas por alguna institución
- Personas que acuden sin canalización de los distintos puntos de la CDMX y Estado de México.

El costo que se ofrece por el servicio es un costo significativo. Se ubica entre los \$100 y \$150, haciéndose un ajuste de ser necesario de acuerdo con los ingresos de los consultantes.

CENTRO COMUNITARIO SAN LORENZO DE LA FUNDACIÓN BRINGAS HAGHENBECK, IAP

El Centro Comunitario es una Institución de Asistencia Privada perteneciente a los programas de la Fundación Bringas Haghenbeck. En un inicio se constituyó como Fundación "LUZ BRINGAS" en 1935 por Luz Bringas y Robles. Posteriormente en 1951, Ma. de los Ángeles Haghenbeck y De la Lama crea la Fundación que llevó su nombre. Ambas instituciones se fusionan en 1992 y surge la Fundación Bringas-Haghenbeck, IAP.

En el año 2007, la Junta de Asistencia Privada de la Ciudad de México, en ese entonces llamado Distrito Federal, solicita al Patronato de la Fundación Bringas-Haghenbeck, IAP (FBH) su apoyo para integrar el Patronato de la Fundación "Ignacio Medina Lima". Instituciones que se fusionan a partir del 1° de enero de 2011.

La fundación está conformada por un patronato: 9 Miembros: 1 Presidente, 5 Vocales y 3 Honorarios. El trabajo realizado por el patronato es de manera voluntaria sin remuneración, a su vez los Patronatos participan en dos comités: Auditoría y Capital Humano.

La Fundación Bringas-Haghenbeck (2012), favorece y fortalece el bienestar social, enfocan sus acciones en tres ejes denominados Programas de Atención. En total, colaboran en la

Fundación Bringas-Haghenbeck más de 210 empleados y 80 voluntarios para beneficiar a una población promedio mensual de 8,500 beneficiarios en los siguientes establecimientos:

- Programa: Tercera edad
 - Residencia San Francisco, inicio operaciones 1989, cuenta con 55 residentes.
 - Residencia Las Magnolias, inicio operaciones en 1997, cuenta con 35 residentes.
 - Residencia Teodoro Gildred, inicio operaciones 2007, cuenta con 81 residentes.
- Programa: Desarrollo Comunitario
 - Salud, Educación y Recreación, Maella Chalco, inicio operaciones en 2007, se benefician 120 personas.
 - San Lorenzo, Centro Comunitario, inicio operaciones en 2004, se benefician 7,500 personas.
 - Trapos, Trapitos y Algo Más..., inicio operaciones en 2003, se benefician 330 personas.
- Programa: Educación
 - Jardín de Niños Maella, Chalco, inicio operaciones en 1990, se benefician 99 alumnos.
 - Jardín de Niños Maella, Iztapalapa, inicio operaciones en 1992, se benefician 190 alumnos.

El Centro Comunitario “San Lorenzo”, se ubica en Estrella 2171, San Juan Xalpa, Alcaldía Iztapalapa, 09850 Ciudad de México, CDMX. Labora principalmente con la ayuda de voluntarios, los cuales se conforman en 5 categorías:

- Voluntarios de la comunidad.
- Voluntarios de la comunidad con apoyo para transporte.
- Estudiantes no universitarios en servicio social. Pueden ser alumnos de secundaria o preparatoria de escuelas públicas o privadas, que desean llevar a cabo una ayuda voluntaria en alguno de los Establecimientos Asistenciales, bajo la supervisión de un maestro de la escuela solicitante.
- Estudiantes universitarios en servicio social. Quienes cursan los últimos semestres de una carrera universitaria y que eligen hacer su servicio social obligatorio en algún Establecimiento de la Fundación, con programas específicos en relación con su formación profesional.
- Estudiantes universitarios de posgrado. Cuya Universidad ha solicitado a la Fundación las facilidades correspondientes para que alumnos de postgrado realicen investigaciones en los campos de atención comunitaria requeridos por la propia Universidad para la obtención de grado de maestría o doctorado.

Para la atención terapéutica el Cenco Comunitario cuenta con:

- Sala de recepción
- Sala de espera
- 9 cubículos

- Espacio de archivo
- Sala de juntas para los terapeutas

El proceso de atención a los consultantes se proporciona de la siguiente manera:

- Solicitud de servicio: Las personas acuden a recepción para solicitar informes y se les proporciona un formato de solicitud de servicio donde explican su motivo de consulta y que tipo de servicio requieren: terapia individual, de pareja, familiar o infantil. Indicando los días y horarios de disponibilidad.
- Referencia/Canalización: De acuerdo con el motivo de consulta, modalidades y disponibilidad de horarios se asigna a un terapeuta que este colaborando con el Centro Comunitario, quien se encarga de informar de la primera cita es el personal de recepción.
- Primera entrevista: Antes de iniciar se debe de entregar los siguientes formatos: Aviso de confidencialidad y encuadre de trabajo. El proceso se desarrollará de acuerdo a la modalidad del terapeuta, el centro cuenta con una historia clínica que debe ser anexada al expediente.
- Tratamiento: Lo determina el terapeuta y no existe un número determinada de sesiones.
- Finalización del proceso: Al presentarse una mejoría de finaliza el proceso y se puede dar de baja al consultante si presenta 3 faltas consecutivas.
- Seguimiento: El centro no hace obligatorio un seguimiento, este depende del terapeuta.

Al ser una Institución de Asistencia el costo de las sesiones terapéuticas se determina como un monto significativo y flexible en un rango de \$160 y \$200. Quien determina el costo es el consultante de acuerdo con sus posibilidades económicas en la primera sesión.

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN “LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA”

Como antecedente a la creación del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), en el año de 1951 se creó la Dirección General de Rehabilitación en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual se integró con diversos centros y servicios de rehabilitación para todo tipo de discapacidades:

- musculoesqueléticas
- de la audición
- de la visión
- deficiencia mental

Dando lugar al Centro de Rehabilitación del Sistema Musculo esquelético, al Instituto de Audiología, al Instituto Nacional de Niños Ciegos, anexando la Escuela Nacional de Ciegos y estableciendo el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos, el Centro de Débiles Visuales y el de

Deficiencia Mental, así como el Centro de Rehabilitación Francisco de P. Miranda, el cual, a finales de 1970 se transformó en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos Teodoro Gildred.

En el año de 1971, se planteó el Programa Nacional de Rehabilitación que incluía la construcción de Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) en los Estados y la del Instituto Nacional de Rehabilitación en la Capital de la República. La fusión funcional de estos Institutos se llevó a cabo mediante la modificación al Reglamento Interno de la Secretaría de Salud en el mes de agosto de 1997, creándose el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR).

Como parte fundamental de su objetivo original, el Centro Nacional de Rehabilitación se convirtió en un Instituto Nacional de Salud mediante la modificación de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud a partir del 23 de junio del 2005, creándose el Instituto Nacional de Rehabilitación. A partir del mes de febrero del año 2015, mediante modificación a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se le impuso el nombre de Luis Guillermo Ibarra Ibarra al Instituto Nacional de Rehabilitación.

En la actualidad el Instituto ha ganado presencia y reconocimiento a nivel nacional como Institución líder en la Atención médica de Alta Especialidad y la Formación de Recursos Humanos en los campos de Ortopedia, Medicina de Rehabilitación y Audiología y más recientemente en Otorrinolaringología:

Misión:

Ser la Institución de Salud dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y atención médica especializada de excelencia con un enfoque humanístico.

Visión:

Consolidarse como la Institución de mayor prestigio en su campo donde se desarrolle la investigación de vanguardia en materia de discapacidad, con formación de recursos humanos líderes en este ámbito, como modelo de atención en problemas de salud discapacitantes de la población y centro de referencia a nivel nacional e internacional alcanzando el más alto grado de humanismo, calidad y eficiencia.

Política de calidad:

En el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra se está comprometido con la mejora continua, para realizar investigación de punta en materia de discapacidad y su rehabilitación, además del compromiso en la formación de recursos humanos especializados para otorgar atención médica con calidad, eficiencia y seguridad a nuestros pacientes a través de los modelos de prevención, diagnóstico y tratamiento, permitiendo proyectar al Instituto a nivel nacional e internacional.

Especialidades:

- Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje.
- Ortopedia.
- Medicina de Rehabilitación.
- Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados.
- Medicina del Deporte.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico y tratamiento.
- Anestesiología.
- Banco de Piel y Tejidos.

El Centro Nacional de Rehabilitación (2017), cuenta con diversidad de instalaciones y equipos, las destinadas al área de psicología son:

- 14 consultorios con mobiliario de oficina, equipo de cómputo, batería de pruebas psicológicas, aire acondicionado.
- 1 ludoteca equipada para el manejo de trastornos emocionales.
- 1 cubículo para la Agenda Electrónica.

Requisitos de Admisión:

- Contar con expediente en INR.
- Ser remitido al Área por médico tratante en INR.

El costo que cubren los consultantes está determinado por un Tabulador de Cuotas de Recuperación. Se realiza un estudio socioeconómico y se les asigna un nivel para determinar el costo que deberán de cubrir de acuerdo al servicio recibido (INR, 2007).

Servicio	Exento	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	Nivel 7
Consulta de Psicología	\$0.00	\$10.00	\$20.00	\$40.00	\$98.00	\$123.00	\$153.00	\$230.00

1.3 Familias atendidas.

Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"								
No.	Nombre	Modalidad	Participación	Motivo de consulta	Supervisor	Modelo	No. sesiones	Estatus
1	R.	Individual	Equipo terapéutico	Problemas de pareja, infidelidad del esposo.	Carolina Díaz Walls Robledo	Estructural	4	Alta
2	E. y A.	Familiar	Equipo terapéutico	Problemas de conducta y desempeño escolar del hijo menor	Carolina Díaz Walls Robledo/Flavio Sifuentes Martínez	Estructural	13	Baja
3	J. y L.	Pareja	Equipo terapéutico	Referidos por el INR. Problemas de lenguaje en hijas, problemas de pareja.	Luz María Rocha/Martha López Zamudio	Estratégico	19	Alta
4	M. y D.	Familiar	Equipo terapéutico	Escuela refiere ideación suicida del hijo menor.	Luz María Rocha	Estratégico	5	Alta
5	I. e hijas	Familiar	Equipo terapéutico	Dificultad del padre al ejercer su paternidad. Abuso sexual en la hija mayor.	Noemí Marroquín Díaz	Integración de modelos	7	Baja
6	A. y C.	Familiar	Equipo terapéutico	Problemas de conducta en el hijo mayor, violencia del padre a su hijo.	Noemí Marroquín Díaz	Integración de modelos	5	Alta
7	E. y padres	Familiar	Equipo terapéutico	Hija adulta con esquizofrenia quiere independizarse, problemas en relación de los padres.	Noemí Marroquín Díaz	Integración de modelos	6	Baja
8	G. y P.	Familiar	Equipo terapéutico	Falta de límites en hijos, conducta sexual en la escuela de hija menor.	Noemí Marroquín Díaz	Integración de modelos	9	Alta
9	S.	Individual	Coterapeuta	Discusiones familiares y de conducta impulsiva.	Miriam Zavala Díaz	Breve MRI	8	Alta
10	J.	Individual	Equipo terapéutico	Crisis de ansiedad atribuidos a abuso sexual.	Nora Rentería Cobos	Modelos Posmodernos	5	Alta
11	P.	Familiar	Equipo reflexivo	Reorganización familiar por divorcio. Violencia intrafamiliar por esposo.	Nora Rentería Cobos	Modelos Posmodernos	10	Alta
12	F. y M.	Familiar	Equipo terapéutico	Dificultades en la relación madre-hija.	Nora Rentería Cobos	Modelos Posmodernos	6	Baja
13	A. y F.	Pareja	Equipo terapéutico	Padecimientos médicos y psiquiátricos del cónyuge, infidelidad.	Gerardo Reséndiz Juárez	Milán	12	Alta

14	D. D. y C.	Familiar	Equipo terapéutico	Problemas escolares de hijas. Reorganización por el divorcio de padres.	Flavio Sifuentes Martínez	Integración de modelos	3	Baja
15	C. y M.	Pareja	Coterapeuta	Trastorno del sueño ("sexsomnia").	Noemí Díaz Marroquín	Integración de modelos	11	Alta
16	A.L. e hijos	Familiar	Equipo terapéutico	Falta de límites con hijos adolescentes, cutting, violencia familiar.	Noemí Díaz Marroquín/Flavio Sifuentes Martínez	Integración de modelos	13	Alta
17	J.C. y C.	Familiar	Equipo reflexivo	Problemas en la relación padre-hijo.	Martha López Zamudio	Estratégico	10	Alta
18	H.	Individual	Equipo reflexivo	Problemas emocionales por enfermedad del esposo.	Gilberto Limón	Modelos Posmodernos	5	Alta
19	L.C.	Individual	Equipo reflexivo	Ansiedad, sensación de incapacidad generalizada	Gilberto Limón	Modelos Posmodernos	7	Alta
20	P., G. y J.	Familiar	Equipo terapéutico	Límites con hijos, violencia en pareja, infidelidad de esposo.	Carolina Díaz Walls Robledo	Milán	5	Baja
21	A., J.A. y L.	Familiar	Equipo terapéutico	Problema de comunicación, distanciamiento, adicción del hijo adulto.	Carolina Díaz Walls Robledo	Milán	9	Alta
22	C.	Individual	Equipo Reflexivo	Dificultades de socialización y por las discusiones de padres.	Gilberto Limón	Modelos Posmodernos	6	Alta
23	S., D., I.	Familiar	Coterapeuta	Abandono del padre, ideación suicida, dificultades escolares.	Miriam Zavala Díaz	Terapia Breve Centrada en Soluciones	5	Alta
24	M.C.	Individual	Equipo terapéutico	Infidelidad de la pareja.	Miriam Zavala Díaz	Terapia Breve Centrada en Soluciones	6	Alta
25	R. y R.	Pareja	Equipo reflexivo	Infidelidad de la pareja.	Nora Rentería Cobos	Modelos Posmodernos	7	Baja
26	A., A., J., A.	Familiar	Equipo Terapéutico	Reorganización familiar por fallecimiento de la madre. Abuso sexual de la hija menor.	Flavio Sifuentes Martínez	Integración de Modelos	12	Alta
27	B. y F.	Pareja	Equipo terapéutico	Reorganización en familia reconstituida, y en pareja nueva de adultos mayores.	Gilberto Limón	Modelos Posmodernos	6	Alta
28	C. y M.	Pareja	Equipo terapéutico	Proceso de separación de hijos adultos.	Gilberto Limón	Modelos Posmodernos	6	Alta
29	M.G.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Separación de pareja, estabilidad emocional.	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
30	H.D.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Inseguridad, ansiedad.	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
31	A.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Separación de pareja, apego.	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
32	J.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Ansiedad, miedo, tristeza.	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta

33	N.R.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Relaciones interpersonales	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
34	L.X.	Individual	Terapeuta	Dificultades académicas	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
35	V.A.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Relación con el padre	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
36	M.C.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Conductas agresivas	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
37	M.F.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Estado de ánimo decaído, ideación suicida.	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
38	S.A.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Abuso infantil afecta el presente.	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
39	N.C.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Separación de pareja, ideación suicida.	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
40	J.	Individual	Equipo terapéutico y reflexivo	Problemas familiares y de pareja.	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta
41	Fam. C.A.	Familiar	Equipo terapéutico y reflexivo	Conflictos, agresividad, intolerancia. Familia reconstituida.	Nora Rentería Cobos	Sesión única	1	Alta

CENTRO COMUNITARIO SAN LORENZO DE LA FUNDACIÓN BRINGAS HAGHENBECK, IAP

42	I.A.	Individual	Terapeuta	Depresión y falta motivación	Martha Zamudio López	Breve MRI	10	Alta
43	Z.R.	Individual	Terapeuta	Problemas en la relación de pareja. Violencia	Martha Zamudio López	Breve MRI	4	Baja
44	G.G.	Individual	Terapeuta	Separación por infidelidad de él	Martha Zamudio López	Breve MRI	3	Baja
45	A.F.	Individual	Terapeuta	Separación por infidelidad de él	Martha Zamudio López	Breve MRI	4	Baja
46	D.M.	Individual	Terapeuta	Timidez para hablar en público	Martha Zamudio López	Breve MRI	3	Baja
47	V.S.	Individual	Terapeuta	Problemas de pareja	Martha Zamudio López	Breve MRI	3	Baja
48	G.M.	Individual	Terapeuta	Problemas de pareja. Violencia Pareja invidente	Martha Zamudio López	Breve MRI	7	Alta
49	M.G.	Individual	Terapeuta	Ansiedad	Martha Zamudio López	Breve MRI	10	Alta
50	J. Y V.	Pareja	Coterapeuta	Problemas de pareja	Martha Zamudio López	Breve MRI	10	Alta
51	L.D.	Individual	Terapeuta	Conflicto con padres	Martha Zamudio López	Breve MRI	7	Alta
52	M.I.	Individual	Terapeuta	Problemas para embarazarse	Martha Zamudio López	Breve MRI	9	Alta
53	J.N.	Individual	Terapeuta	Depresión	Martha Zamudio López	Breve MRI	1	Baja
54	V.B.	Individual	Terapeuta	Fallecimiento de su hija, se hace cargo de su nieto	Martha Zamudio López	Breve MRI	1	Baja

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA"

55	T. G.	Familiar	Equipo terapéutico	Mejorar la relación padre e hija	Gerardo Juárez	Reséndiz	Modelo de Terapia Dialógica de Milán	4	En proceso
56	G. M.	Familiar	Equipo terapéutico	Mejorar la conducta y los sentimientos del hijo, a raíz del divorcio de los padres	Gerardo Juárez	Reséndiz	Modelo de Terapia Dialógica de Milán	6	En proceso
57	A. E.	Familiar	Equipo terapéutico	Paciente con Distrofia muscular de Duchenne, desea ser más independiente y autónomo	Gerardo Juárez	Reséndiz	Modelo de Terapia Dialógica de Milán	5	En proceso
58	R. S. O.	Familiar	Equipo terapéutico	Mejorar la relación familiar después del accidente del padre, asignar funciones y roles a cada integrante.	Gerardo Juárez	Reséndiz	Modelo de Terapia Dialógica de Milán	5	En proceso

*El estado del proceso reportadas hasta el 30 de agosto del 2018

Capítulo 2. Marco teórico

En este apartado se conceptualizará el Modelo de Terapia Breve (MRI). También conocida como Terapia Centrada en el Problema, que respalda el trabajo terapéutico en los casos presentados en el tercer capítulo. Se mencionan antecedentes de la terapia familiar sistémica, así como los fundamentos y modelos de esta de forma general.

Adicionalmente, se aborda los temas que sustentan los casos clínicos presentados, tomando como eje la pareja conyugal. Este marco teórico proporciona las bases del análisis y permite la formulación de las conclusiones que se presentan en el capítulo 4.

2.1 Modelos terapéuticos

Los modelos terapéuticos dentro de la terapia familiar sistémica surgen a partir en la década de los 50 en U.S.A., teniendo dos vertientes (Tercero, 1994):

- Los que trabajaban bajo las premisas dominantes de la psiquiatría y el psicoanálisis.
- Los que incorporan nuevas teorías en desarrollo como: Antropología, sociología y comunicación.
-

Las primeras bases, emergen con el reconocimiento de la familia como sistema y su análisis. Más allá de los individuos que la conforman y percibiendo que su estudio es posible en su contexto, en su comunidad, en la sociedad y cultura a la que pertenece (Andolfi, 1981).

2.2 Fundamentos de la terapia familiar sistémica

Teoría General de los Sistemas (TGS)

Ludwig von Bertalanffy planteo la Teoría General de los Sistemas, la cual sustenta los siguientes principios (von Bertalanffy, 1993):

- Sistema: Existencia de límites y con partes interrelacionadas e interdependientes cuya suma es mayor a la suma de sus partes.
- El cambio de una parte del sistema afecta a las demás.
- El crecimiento positivo y la adaptación de un sistema dependen de cómo se ajuste éste a su entorno.
- Los sistemas existen para cumplir un propósito común (una función) que también contribuye al mantenimiento del sistema y a evitar sus fallos.

Bateson, es un eje principal para la aplicación de la Teoría General de los Sistemas, al estudio de la familia. Se le atribuye que acuña el concepto “la pauta que conecta”, haciendo referencia al pensamiento tipo circular, caracterizado por la retroalimentación (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 2011).

Posteriormente, en la década de los 70's, Humberto Maturana (1980), desarrolló el concepto de autopoiesis. Que da cuenta de la organización de los sistemas vivos como redes cerradas de autoproducción de los componentes que las constituyen.

La Epistemología Sistémica, destaca el no aislar elementos, sino relacionarlos entre ellos para poder comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca. Para la terapia familiar, desarrollada a partir de dicha epistemología sistémica, es necesario seleccionar e identificar los elementos que influyen en la situación que llevo a la familia a pedir ayuda. Se puede elaborar un proceso para alterar la evolución para disminuir o eliminar la angustia. La meta es transformar a la familia como ecosistema y no producir causas o cambio lineal dentro del sistema familiar (Fishman y Rosman, 1990).

Daniel Sánchez (2000), argumenta que los siguientes principios en la terapia familiar son generados a partir de la Teoría General de los Sistemas:

- Todo sistema familiar es una unidad organizada.
- La estructura sistémica familiar tiene subsistemas.
- Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales.

- Las familias mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, que en algún punto destruyen (entropía), que puede ser por crecimiento o de morfogénesis.
- La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos.

La Teoría General de los Sistemas contribuye a la conceptualización multifactorial y no lineal de la familia. Ya que establece su comportamiento como resultado de múltiples causas contemplando el contexto. Donde el significado está determinado por la multiplicidad de factores, que no necesariamente serán visto como patológicos, ya que no existe la familia “normal”. Cada familia tiene sus particularidades.

Teoría de la Comunicación Humana (TCH)

La principal aportación de la Teoría de la Comunicación Humana es: “El concepto de comunicación influye todos los procesos de los cuales la gente se influye mutuamente. La comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas” (Bateson y Ruesch, 1987, p.13). Estudia las partes de un sistema y las relaciones, poniendo énfasis en como la comunicación afecta la conducta. Generando los siguientes axiomas de la comunicación (Watzlawick, et al., 2011):

Tabla 6. Axiomas de la Comunicación Humana		
Axioma de la comunicación	Glosario	Definición
No es posible no comunicarse	-Comunicación: Unidad de conducta (toda conducta es comunicación). -Mensaje: A cualquier unidad comunicacional singular o bien se hablará de una comunicación cuando no exista posibilidad de confusión. -Interacción: Una serie de mensajes intercambiados entre personas.	No hay nada que sea lo contrario de conducta, en otras palabras, no hay no-conducta: es imposible no comportarse. Toda conducta es una situación e interacción que tiene un valor de mensaje. Es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar.
Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.	-El aspecto referencial de un mensaje transmite información y, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. -El aspecto connotativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y, por ende, en última instancia, a la relación entre los comunicantes. -La metacomunicación es aquella comunicación que habla acerca de la comunicación misma.	Toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Una comunicación no sólo transmite información, sino que, al mismo tiempo, impone conductas.

<p>La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de la comunicación entre los comunicantes.</p>	<p>-Interacción: intercambio de mensajes entre comunicantes. -La puntuación de las secuencias se relaciona con las secuencias de intercambio que constituyen una cadena de vínculos trídicos.</p>	<p>La puntuación organiza los hechos de la conducta y, por ende, resulta vital para las interacciones en marcha.</p>
<p>Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.</p>	<p>-Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje. -Comunicación digital: lenguaje verbal. -Comunicación analógica: lenguaje no verbal. -Sintaxis: Modo de combinarse y ordenarse las palabras y las expresiones dentro del discurso. -Semántica: se refiere a los aspectos del significado, sentido o interpretación de signos lingüísticos como símbolos, palabras, expresiones o representaciones formales.</p>	<p>El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación. Por el contrario, el lenguaje analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones</p>
<p>Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.</p>	<p>-Cismogénesis: Proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos. -Interacción simétrica: Los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca. -Interacción complementaria: Hay dos posiciones distintas, un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria mientras que el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. -Interacción metacomplementaria: Pseudosimetría, resultados paradójicos de gran importancia pragmática.</p>	<p>La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia. Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural (como en los casos de madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno). Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella: sus definiciones de la relación encajan.</p>
<p>Fuente: Watzlawick, Beavin y Jackson (1967). <i>Teoría de la comunicación humana</i>. España: Herder (cap. 2)</p>		

El planteamiento de los axiomas ayuda a comprender que la comunicación no es solo cuestión de acciones y reacciones quebrando con la visión unidireccional o lineal de la comunicación. Así entonces, “la comunicación en tanto que el sistema no debe concebirse según el modelo elemental de la acción y la reacción, por muy complejo que sea su enunciado. En tanto que sistema, hay que comprenderla al nivel de un intercambio” (Bridwhistell, 1959, p. 104). Los axiomas de la comunicación confirman el modelo relacional, sistémica; por tanto, es la relación misma lo fundamental que hay que estudiar más que las personas que están implicadas en ella.

Cibernética de Primer Orden y Segundo Orden

Keeney y Wolfson (1987), definen "la cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización". Se considera que el observador se encuentra fuera del sistema observado, teniendo los siguientes postulados: La circularidad, estructura, sistemas abiertos y cerrado, así como la retroalimentación (Keeney y Wolfson, 1987).

Icart y Blanc (2001), describen que la revolución epistemológica es la posición del observador. La cibernética de primer orden sitúa al observador en el exterior del sistema observado y a la cibernética de segundo orden o de los sistemas observadores (que incluye al observador en el sistema observado). El impacto de la cibernética de primer orden en la terapia familiar sistémica se refleja en el énfasis negentrópico: reglas familiares, mitos familiares, así como de los patrones interactivos. Ya que los procesos centrales eran neutralización de la desviación, el proceso que optimiza el logro de un objetivo dado: la homeostasis como "proceso auto-correctivo" (Wiener, 1985). La familia es el sistema observado, el terapeuta no es considerado parte del sistema.

Constructivismo

Los iniciadores son George Kelly en clínica (Psicología de los Constructos Personales de 1955) y Jean Piaget en psicología del desarrollo ("epistemología genética". Es decir, el estudio de los orígenes psicológicos de la teoría del conocimiento individual) (Von Glasersfeld, 1981).

La formación del conocimiento "situándose en el interior del sujeto" (Delval, 1997, p. 80). El sujeto construye el conocimiento de la realidad, ya que ésta no puede ser conocida en sí misma. De manera que el conocimiento se logra a través de la actuación sobre la realidad, experimentando con situaciones y objetos y, al mismo tiempo, transformándolos. Los mecanismos cognitivos que permiten acceder al conocimiento se desarrollan también a lo largo de la vida del sujeto (Araya, Alfaro y Andonegui, 2007).

Así, la terapia familiar cuestiona los paradigmas tradicionales en psicología a finales de la modernidad e inicios de la postmodernidad. En un primer momento surge lo sistémico y más tarde los enfoques posmodernos, con nuevos panoramas para la teoría y la práctica terapéutica, teniendo como base principal el constructivismo y el construccionismo social (Arce, 2005). Se va considerando al hombre como un sistema abierto, dado que experimenta transformaciones y es permeable al entorno en que se constituye e interactúa. Lo anterior permite dar paso al concepto de hombre social y relacional y para ello Gergen (2001) desde el construccionismo social plantea

un nuevo concepto de yo como base epistemológica para la conceptualización de la subjetividad y que surge como fruto de la aparición de la tecnología que trajo consigo un gran número de relaciones que Gergen (2001) llamaría el yo saturado. El término saturación desde Gergen (2001), es comprendido como la constante presencia de muchas personas que en el diario vivir circulan a nuestro alrededor en un mismo instante. Por tanto, estamos en relaciones constantes a pesar del esfuerzo de por ser independientes y autónomos, ya que estamos expuestos a infinidad de información a través de la constante interacción social.

En un primer momento lo sistémico y más tarde surgen los enfoques y propone los enfoques posmodernos, con nuevos panoramas para la teoría y la práctica terapéutica, teniendo como base principal el constructivismo y el construccionismo social (Arce, 2005).

Construccionismo Social

Como antecedente se retoman los aportes del Constructivismo de Jean Piaget o Constructivismo Psicológico, del Constructivismo Social de Lev Vygotsky y de las teorías de la Psicología Social Genética. Esto, para dar paso a las nuevas ideas al reconocer la participación del lenguaje. Debido a que se construyen mundos contextualizados sustentando que lo que ocurre entre los seres humanos adquiere significado a partir de la interacción social expresada a través del lenguaje (Agudelo y Estrada, 2012).

El Constructivismo Social es, por tanto, una forma de abrir camino hacia una nueva visión social que nos ayuda a repensar la sociedad y a los sujetos que hacen parte de ella (Gergen, 1999). El impacto del Construccionismo Social en la práctica es que contempla la concepción compleja del terapeuta al conocer el mundo, ya que se incluye al observador dentro de lo observado. Advirtiendo que no existe la neutralidad en el observador, es una ilusión, ya que al ser parte del sistema que se observa significa subjetividad.

Por lo tanto, se debe comprender que el terapeuta debe de dejar la posición de autoridad para no clasificar las experiencias dentro de un diálogo (Bedoya y Arango, 2013). Por lo tanto, todo lo que decimos al comunicarnos encuentra su importancia al coordinarnos con los demás en dicho diálogo. Lo que da significado a la comunicación, al diálogo, al lenguaje, a las historias y a las narraciones de vida; es el suplemento que contiene elementos emocionales, cognitivos, comportamentales, creativos, es expresión de novedad entre muchas otras, dando lo que Gergen (2005) llama el privilegio del sentido.

Es una acción entre personas, o entre terapeuta y grupo familiar, ya que es fundamental que el uno pueda escuchar y el otro comunicar y viceversa. De allí se dan diversas posibilidades ya que el mundo dialógico tiene como función la construcción y la reconstrucción relacional. Por ello Gergen (1991), propone a las psicoterapias enmarcadas en corrientes culturales, definiendo las teorías psicoterapéuticas como vinculadas a dos visiones del ser humano dependientes del momento histórico y de ciertos modos de organización social.

2.3 Modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica

Las bases epistemológicas y los autores fueron constituyendo los modelos de intervención, surgiendo de acuerdo con el contexto social y sus necesidades.

MODELO ESTRUCTURAL

El Modelo Estructural es parte de los enfoques sistémicos cuyo principal objetivo es el conocimiento de la estructura familiar. Define a la familia como un sistema sociocultural abierto y en transformación que afronta una serie de tareas evolutivas de acuerdo con su ciclo de vida. Minuchin (1979), menciona que el estrés y la disfunción de la familia son causa de las etapas del ciclo de vida y, las relaciones se consideran patologías cuando existe un patrón de desviación (Minuchin, 1984). El modelo presenta técnicas focalizadas a modificación de la estructura de la familia y no solo a la disminución o eliminación del síntoma. Además, reivindica al paciente identificado, haciendo participe y responsable a la familia del mantenimiento del síntoma (Carter y McGoldrick, 1999; Desatnik, 2004; García, 2007). A continuación, se describen las principales características del modelo:

Tabla 7. Características del Modelo Estructural	
Precursor/ Antecedentes	Nathan Ackerman
Representantes	<ul style="list-style-type: none"> • Salvador Minuchin • Braulio Montalvo
Principios básicos	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura familiar • Cambios evolutivos en la familia • Relaciones patológicas familiares

Metas terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> • Es estructural el sistema en medida que la familia lo resista • Se enfoca más en los aspectos estructurales que en el problema presentado
Estrategias/ técnicas	<p>Cuestionamiento del síntoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escenificación • Enfoque • Intensidad <p>Cuestionamiento de la estructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fijación de fronteras • Desequilibramiento • Complementariedad <p>Cuestionamiento de la realidad familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constructos cognitivos • Paradojas • Insistencia en lados fuertes
El terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Unión o joining • Acomodarse • Mantenimiento • Mapa de la familia • Rastreo • Mimetismo • Contrato terapéutico • Prescripción de tareas terapéuticas
<p>Fuente: Minuchin, S. (1979). <i>Familias y terapia familiar</i>. Barcelona: Gedisa. Minuchin, S. y Fishman, H. (1989). <i>Técnicas de Terapia Familiar</i>. México: Paidós.</p>	

El modelo de terapia estructural puede ser aplicada en un contexto mexicano. Donde las familias se caracterizan por ser extensas y se presentan dificultades en los límites y jerarquías. Existe una variedad de problemáticas que pueden ser abordadas bajo este enfoque, como problemáticas con niños, de pareja, adicciones entre otras. Lo importante a considerar en este modelo es que las técnicas deben ser bien ejecutadas y no ser vistas como simples pasos a seguir, no utilizar el modelo en todas las situaciones, sino realizar un análisis de que le conviene a la familia y no al terapeuta.

MODELO ESTRATÉGICO

La Terapia Familiar Estratégica, busca abordar problemas específicos usando principios teóricos y clínicos que tienen el potencial de eficacia rápida y resultado exitoso. Especialmente con problemas difíciles y arraigados que no han podido mejorar en los esfuerzos de tratamientos anteriores. Como resultado de su eficacia potencial y la orientación centrada en el problema, la

terapia familiar a menudo se puede completar en un plazo más corto que otras modalidades de terapia (Haley, 1988; 1983; 1988). Teniendo las siguientes características:

Tabla 8. Características del Modelo Estratégico	
Precursor/ Antecedentes	Hipnosis de Milton Erickson
Representantes	<ul style="list-style-type: none"> • Jay Haley • Cloé Madanes
Principios básicos	<p>SINTOMA: una forma que adopta el cliente para comunicarse con los demás. Puede ser analógico o metafórico</p> <p>Se enfoca a casos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problema bigeneracional • Matrimonio • Paciente identificado es el hijo • Adolescentes • Madres solteras
Metas terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de las secuencias de interacción. • Ayudar a las familias a resolver los problemas típicos de cierta etapa de la vida familiar y lograr que pase a la siguiente etapa.
Estrategias/ técnicas	<p>Primera entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etapa social • Etapa del planteamiento del problema • Etapa de interacción • Etapa de fijación de meta
El terapeuta	<p>Asume la responsabilidad de influir directamente en las personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unión con el sistema • Plantear las estrategias de intervención <p>CAMBIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por obra del terapeuta • El terapeuta no debe coligarse permanentemente en diversas coaliciones • El terapeuta debe tener múltiples coaliciones simultáneamente
<p>Fuente:</p> <p>Haley, J. (1983). <i>Terapia No Convencional</i>. Buenos Aires: Amorrortu.</p> <p>Haley, J. (1988). <i>Terapia para Resolver Problemas</i>. Buenos Aires: Amorrortu.</p> <p>Haley, J. (1989). <i>Estrategias en Psicoterapia</i>. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.</p> <p>Madanes, C. (1982). <i>Terapia Familiar Estratégica</i>. Buenos Aires: Amorrortu.</p>	

Es uno de los principales modelos de psicoterapia familiar y breve (Jay Haley), del Centro de Terapia Familiar Estratégica. Se dice que es conocida como Terapia Estratégica porque es una terapia donde el terapeuta inicia lo que sucede durante la terapia. El terapeuta, diseña un enfoque específico para el problema de presentación de cada persona y donde él asume la responsabilidad directamente influyendo en la gente (Haley, 1988). Se puede llegar a cometer el error de percibir el modelo superficial, por la forma tan concreta y específica de abordar los problemas en terapia.

Sin embargo, más que una limitación puede representar una ventaja ya que los pacientes pueden percibir mejoría y cambios que pueden impactarlos positivamente.

MODELO DE TERAPIA BREVE MRI

El Modelo de Terapia Breve MRI (Palo Alto) o Terapia Breve Centrado en el Problema, como su nombre lo indica, promueve y facilita que los problemas se solucionen lo más urgente o lo que genera mayor malestar en ese momento. Favoreciendo que los problemas se prioricen y se solucionen. En este apartado se presenta un análisis más detallado del modelo debido a que fue empleado en los dos casos presentados en el capítulo 3. A continuación, se muestran las características generales que se abordaran más a detalle:

Tabla 9. Características del Modelo MRI	
Precursor/ Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Hipnosis de Milton Erickson • Pensamiento de Gregory Beatson
Representantes	<ul style="list-style-type: none"> • Creador: Don D. Jackson • P. Watzlawick • J. H. Weakland • R. Fisch • L. Segal
Bases teóricas	<ul style="list-style-type: none"> • Teoría General de los Sistemas • Teoría de la Comunicación Humana • Teoría de los Grupos por Évariste Galois en 1832. • Teoría de los Tipos Lógicos de RusSell • Hipnosis por Milton Erickson.
Principios básicos	<p>Afrontar equívocamente el problema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terribles simplificaciones • Síndrome de utopía • Las paradojas <p>Tipo de cambio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uno: Se mantiene igual ▪ Dos: Se modifican las premisas <p>SI HAY RESISTENCIA</p> <p>SINTOMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El problema radica en la solución intentada • La dificultad requiere un nuevo tipo de respuesta • El problema es que se aplica más de lo mismo • Intentos de solución generan más pautas similares • El modelo rompe la secuencia sintomática
Metas terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> • Se enfoca en solucionar problemas muy concretos y operativos definidos en términos conductuales

	<ul style="list-style-type: none"> • Contempla la posibilidad de iniciar otro proceso para resolver aquellos problemas menos prioritarios • La familia o cliente solucionen el problema • Se centra en la queja del cliente, ellos definen metas • PROCESO DE INVERSION: Cambio mínimo que reduzca la magnitud del problema
Estrategias/ técnicas	<p>PRINCIPALES: Para interrumpir diversas soluciones intentadas que mantienen el problema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intento de forzar algo que solo puede ser espontáneo • Acontecimiento temido aplazándolo • Acuerdo mediante la oposición • Sumisión a través de la libre aceptación • Confirmación de la sospecha del acusador <p>GENERALES: BUSCAN PREPARAR EL TERRENO PARA UNA INTERVENCION ESPECIFICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No apresurarse • Los peligros de una mejoría • Un cambio de dirección • Como empeorar el problema
El terapeuta	<p>Maniobra del terapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad y ritmo • El tiempo necesario • El uso del lenguaje condicional • Buscar el cliente concreto • Mantener una actitud igualitaria • Sesiones individuales y conjuntas • Fijación del marco del tratamiento
<p>Fuente: Watzlawick, P., Weakland, H.J. y Fisch, R. (1974). <i>Cambio. Formación y solución de los problemas humanos</i>. Barcelona: Herder. Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). <i>La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia</i>. Barcelona: Herder. Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). <i>El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos</i>. Barcelona: Herder.</p>	

Antecedentes del Modelo MRI

EL nacimiento del Instituto MRI fue iniciativa de Don Jakson, en 1959. Se continuo con los proyectos de Bateson y su grupo: El nacimiento de la Terapia Familiar, la aplicación al comportamiento humano de la Cibernética, la Teoría Interaccional y el Constructivismo. Creando el primer modelo de terapia familiar, el cual fue creado en torno al año 1968, después de la muerte de Don Jakson. Los principales antecedentes se encuentran en el Modelo de Hipnoterapia de Milton H. Erickson y en el pensamiento de Greogory Bateson (Ceberio, Serebrinsky y Schlanger, 2001). Uno de los frutos más visibles de este proyecto fue la publicación de su artículo y su primer libro de amplia difusión:

- Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, P., Bodin, A. (1974). Terapia breve: Resolución de problemas enfocados. *Proceso familiar*, 13, 141-168.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder.

Dichas publicaciones, se volvieron fundamentales para el modelo ya que abordaron la distinción entre cambio Tipo 1 y cambio Tipo 2, así como la solución en la creación y la resolución de problemas. Otra publicación principal fue el libro:

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

En dicho libro se plantea el abordaje sistémico de los problemas, independientemente de que se convoque a toda la familia. Por ello se prefiere trabajar con quien este realmente motivado a resolver el problema. Incluso se plantea por primera vez, el trabajo sistémico con individuos.

Se debe de resaltar que, dentro de la escuela, el papel de Paul Watzlawick fue fundamental para divulgar el Modelo Sistémico y algunas de sus obras, *La realidad inventada* (Watzlawick, 1998), proporciona uno de los libros fundamentales que sirven de base a las ideas de la evolución hacia el Constructivismo Social. En ese tomo, especialistas de diferentes dominios explican cómo son inventadas (construidas) realidades científicas, sociales, individuales por cuanto la presunta realidad exterior, objetiva y establecida, es abordada siempre con ciertos supuestos fundamentales que nosotros tenemos por aspectos “objetivos” de la realidad, cuando en verdad son sólo las consecuencias de buscar la realidad (p. 16).

Se debe de resaltar que, dentro de la escuela, el papel de Paul Watzlawick fue fundamental para divulgar el Modelo Sistémico y algunas de sus obras, *La realidad inventada* (Watzlawick, 1998), proporciona uno de los libros fundamentales que sirven de base a las ideas de la evolución hacia el Constructivismo Social. En ese tomo, especialistas de diferentes dominios explican cómo son inventadas (construidas) realidades científicas, sociales, individuales por cuanto la presunta realidad exterior, objetiva y establecida, es abordada siempre con ciertos supuestos fundamentales que nosotros tenemos por aspectos “objetivos” de la realidad, cuando en verdad son sólo las consecuencias de buscar la realidad (p. 16).

Fundamentos teóricos

Históricamente, en los años 1953 y 1962, Bateson crea el “Proyecto Bateson, conocido como el “Proyecto Palo Alto”, uniendo los trabajos de la Cibernética, TGS, las investigaciones sobre la "nueva comunicación", la Teoría del Aprendizaje y los comienzos de la Terapia Familiar. El equipo original estaba formado por Bateson, el ingeniero químico John Weakland, Jay Haley, Don De Avila Jackson y William Fry. En 1956, el grupo publica su ya famoso artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia", en donde analizan la comunicación patológica, la "doble coacción" (Hoffman, 1987).

Por lo tanto, las teorías que fundamentan el modelo MRI son principalmente la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana, la Teoría de los Grupos, la Teoría de los Tipos Lógicos y en el trabajo realizado por Milton Erickson.

La escuela de Palo Alto participa desde sus inicios en la creación de la Terapia Familiar Sistémica, donde la conceptualización del problema y la actividad humana es inter-personal, dejando de ver la visión tradicional clínica, psicológica y psiquiátrica, que se centra en la explicación intra-personal. Don Jackson, el primero en introducir conceptos de la teoría de sistemas (por ejemplo, el de "homeostasis") a la Terapia Familiar (Hoffman, 1987). Se considera a la familia como un sistema donde se deben cobrar relevancia las interacciones actuales entre sus miembros, la motivación no se sitúa dentro del individuo, ni proviene del pasado y las acciones de una persona se explican por lo que acaban de hacer otras.

En el libro “Táctica del Cambio”, Fish, Weakland y Segal (1984) señalan: "El no considerar aisladamente la conducta problemática sino en relación con su contexto inmediato, la conducta de los demás miembros de la familia significa algo más que un mero cambio concreto de punto de vista...dicho cambio es indicativo de una modificación epistemológica general, pasando de la búsqueda de cadenas lineales causa-efecto a un punto de vista cibernético o sistémico" (pág. 27).

La Teoría de la Comunicación Humana, es una de las principales características del modelo sistémico, permitiendo analizar la interacción y enfatiza en lo que ocurren entre personas, en lugar de lo que ocurre dentro de ellas. Todo intercambio de mensajes es una interacción, y en cualquier interacción se desarrollan diferentes secuencias y fenómenos que pueden ser explicados gracias a los axiomas de la comunicación. Pues ofrecen una explicación diferente de los problemas, en lugar de verlos como atributos intrínsecos de los sujetos, estos axiomas no pretenden ser explicativos,

sino ser una alternativa para entender las relaciones entre las personas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1985).

Como lo menciona García (2011), el planteamiento de los axiomas de la comunicación humana rompe con la visión unidireccional o lineal de la comunicación. De alguna manera, los axiomas marcan el inicio para comprender que la comunicación no es sólo cuestión de acciones y reacciones; es algo más complejo, y debe pensarse desde un enfoque sistémico, a partir del concepto de intercambio.

El aporte de Milton Erickson en hipnosis, sobre todo en los aspectos de intervención, ya que Fish, Weakland y Segal (1982) señalan: "...utilizando en la mayor medida posible todas las técnicas activas de estímulo para el cambio que conociésemos o pudiésemos tomar prestadas de otros (por ejemplo, de M. Erickson...)" (pág. 28). El MRI recopiló y sistematizó las técnicas de Erickson, pero las intervenciones hipnóticas formales y el concepto de "inconsciente" no lo contemplo y lo dejó fuera (Hoffman, 1987). Aunque Erickson nunca escribió explícitamente respecto a su marco epistemológico, es claro que su proceder en psicoterapia indica que se habría adscrito con facilidad al marco "constructivista radical". Es decir, la realidad no existe en forma independiente del observador, y está determinada por el punto de observación del investigador/sujeto (Watzlawick, 1979, 1988).

En el libro "Cambio", Watzlawick, Weakland, y Fisch (1974), la teoría de los grupos y en la de los tipos lógicos no tuvieron la misma influencia, ya que buscaron en ellas una explicación que se adaptara a su práctica. Whitehead y Russell proponen la Teoría de los Tipos Lógicos: "Cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma", haciendo una distinción entre "miembro" y "clase" (Watzlawick, et al. 1974).

Cuando existe el intento de ocupar clase o miembro en términos del otro existe confusión y se cae en lo absurdo. Ejemplo: La "Humanidad" es el conjunto de todos los seres humanos, pero no es un ser humano; así como tampoco un ser humano es la "Humanidad". Para evitar paradojas y confusiones los niveles lógicos deben ser separados, para pasar de un nivel lógico a uno inmediatamente superior (Fernández, 2008).

Existen dos tipos diferentes de cambio: Cambio que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que no se modifica y otro, que cambia al sistema mismo. Al primer tipo de cambio se le

denomina "cambio de primer orden" o Cambio Tipo 1, el cual se basa en la retroalimentación negativa, que equilibra las desviaciones y mantiene el sistema en un nivel constante y al otro, "cambio de segundo orden" o Cambio Tipo 2: se basa en la retroalimentación positiva, que aumenta las desviaciones e inicia así el desarrollo de nuevas estructuras (Watzlawick, et al. 1974).

La teoría de los grupos (Watzlawick, et al. 1974), sirve para estudiar las relaciones que se dan entre los miembros de un grupo y los cambios que se van dando al interior del sistema por su propio impulso interno, es decir sin ocasionar transformaciones significativas y permitiendo que el sistema en sí permanezca "invariable". Esta teoría estudia la persistencia en los sistemas.

La propuesta por Évariste Galois en 1832 sobre la Teoría de los Grupos, manifiesta que todos los grupos tienen 4 propiedades (Roth Unzueta, 2008):

- Composición por Miembros: Todos los miembros del grupo son iguales en cuanto a una característica que tengan en común. Puede ser cualquier género de cosas en tanto posean un común denominador y en cuanto la suma de dos miembros entre sí resulte un miembro del mismo grupo.
- Resultado Invariable: Se pueden combinar a los miembros del grupo en distinto orden y el resultado siempre es el mismo.
- Miembro de Identidad: Todos los grupos tienen un miembro de identidad, el cual, si se combina con otro miembro, da como resultado este otro miembro.
- Miembros Opuestos. Todo miembro tiene su miembro opuesto. La combinación de un miembro con su miembro opuesto da como resultado el miembro de identidad.

Principios básicos para la intervención del Modelo MRI

Las bases teóricas presentadas anteriormente fomentaron la creación de las estrategias de intervención o principios básicos, los cuales tienen como propósito resolver problemas específicos, ayudando a los clientes a organizar y focalizar sus objetivos en tareas concretas. Es importante señalar que el terapeuta no necesita profundizar en el pasado, ya que desde esta visión los problemas se sostienen a partir de elementos del entorno actual.

Formas de crear un problema

Los problemas se forman cuando las personas sienten malestar ante las dificultades. Los problemas son interaccionales y ocurren como resultado del intento de solución a la dificultad. Algunos problemas surgen totalmente como resultado de que el cliente intenta cambiar una

dificultad existente, pero siguiendo el camino equivocado. Los problemas se forman cuando la “solución” no soluciona el problema y estos problemas persisten y se convierten en problemas y afectan otras áreas de la vida de un individuo. Es importante diferenciar entre una dificultad y un problema, las personas pasan por dificultades que pueden resolver de la mejor manera con los recursos que cuentan, pero una dificultad se puede convertir en un problema si se presentan las siguientes condiciones (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974):

- El cliente toma acción cuando NO se necesita tomar ninguna acción.
- El cliente NO toma acción cuando la acción necesita ser tomada.
- El cliente realiza una acción en el nivel incorrecto. Es decir, el cliente intenta un cambio de primer orden cuando se justifica un cambio de segundo orden y viceversa

Mantenimiento de Problemas

Los problemas se mantienen cuando las personas repiten intentos de solución sin éxito y estos intentos son parte de la interacción con los involucrados en la interacción. Las personas usan más de los mismos comportamientos infructuosos que contribuyen a la formación y el mantenimiento del bucle de retroalimentación positiva. El bucle de retroalimentación positiva se produce cuando los intentos de una persona para resolver el problema aumentan el comportamiento problemático (Fish, Weakland y Segal, 1982).

Resolución de problemas

Los problemas se resuelven cambiando o eliminando el patrón de intento fallido de solución, que puede hacerse haciendo algo diferente o rompiendo el ciclo de retroalimentación positiva (ciclo). Además, la resolución puede ocurrir si la percepción de los clientes del problema cambia y ya no están en un estado de angustia. Cuando ocurre este proceso, los clientes no ven ninguna razón más para continuar el tratamiento.

Tipos de consultantes

Watzlawick, Weakland y Fisch, (1974), mencionan tres formas principales de afrontar equivocadamente las dificultades:

- *Las terribles simplificaciones* resultan cuando los clientes niegan la existencia de un problema y se comportan como si el problema no existiera. Como consecuencia, cualquier intento de reconocer o resolver el problema es etiquetado como *innecesario*.

- *El síndrome utópico* es la creencia de que, si resolvemos el problema de una persona, todo será perfecto y vivirán una vida idealizada. Sabemos que esto no puede suceder porque no vivimos en una utopía, una sociedad en la que podamos experimentar la forma ideal y perfecta de vivir.
- *Las paradojas*: Consisten en cometer un error de tipo lógico y crear un “juego sin fin”. Que surge cuando las personas intentan un cambio, uno en una situación que tan solo puede cambiarse a partir de un nivel lógico superior (cambio dos), o bien, se intenta un cambio dos cuando resultaría adecuado un cambio uno.

El cambio uno sucede en un sistema que permanece invariante e idéntico a sí mismo (el tipo de relación no se modifica, tan solo cambia los roles de juego). El cambio dos sucede cuando el sistema se convierte en otro distinto al modificarse las premisas (las reglas) que rigen al sistema total.

La primera sesión y planificación del caso

Objetivos para los terapeutas durante la primera sesión:

1. Recopilar información sobre la queja. En otras palabras, ¿qué problema llevó al cliente a buscar terapia? Esto implica escuchar la presentación del problema y trabajar con lo que el cliente ofrece. Esto proporciona una imagen del problema y proporciona información concreta sobre lo que el cliente desea trabajar y también sirve como un marcador para ver los progresos realizados.
2. Identificar cómo el cliente ha tratado de lidiar con el problema. ¿Qué intentos ha hecho el cliente para resolver la situación por su cuenta?
3. Preguntar qué pequeña cantidad de cambio necesita ocurrir antes de que él/ella reconozca que las cosas están mejorando.
4. Obtener la posición del cliente, con respecto a la queja y el proceso de tratamiento y/o terapeuta. Además, es importante reconocer el lenguaje que el cliente utiliza cuando está hablando del problema.

El plan de tratamiento se desarrolla a partir de tres elementos de información: La definición del problema, lo que se ha hecho para resolver el problema y la definición de la meta más pequeña que se debe alcanzar.

Preguntas de la definición del problema (Weakland, Fisch, Watzlawick, & Bodin, 1974):

- ¿Qué problema te trae hoy?

- ¿Cómo es un problema?
- ¿Cómo decidiste buscar tratamiento en este momento, antes que tarde o temprano?
- ¿Qué estás haciendo ahora que no te gustaría hacer más?

Establecimiento de metas los objetivos deben establecerse en términos concretos, concretos, conductuales, observables y realistas (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974):

- ¿Qué pequeño cambio de comportamiento le mostraría que se ha progresado en su problema?
- ¿Cuál sería la cosa más pequeña que usted esperaría ver diferente como resultado de venir a terapia hoy?

Terminación (Frisch, Weakland y Segal, 1982): Esto no se ve como un evento especial y el proceso de terminación se maneja breve y estratégicamente.

- La idea de terminación suele ser iniciada por el terapeuta. Aunque los clientes pueden optar por interrumpir el tratamiento en cualquier momento por una variedad de razones.
- Muchas veces el terapeuta advertirá a los clientes que esperan que los problemas surjan de nuevo. De modo que, si lo hacen, los clientes no verán la situación negativamente. Además, esta táctica normalmente alivia las ansiedades de los clientes sobre la terminación del tratamiento.
- Si los clientes dudan que no podrán seguir teniendo éxito sin el terapeuta, el terapeuta puede optar por programar otra cita con los clientes e insistir en que mantener la cita, independientemente de si el problema resurgió. Una vez más, la cita programada pone las mentes de los clientes a gusto y por lo general toma su mente de buscar el problema para volver a ocurrir

Cuestiones de evaluación

- La evaluación debe centrarse en la interacción.
- Los problemas de las personas deben ser vistas como dificultades situacionales entre las personas.
- Se deben obtener datos descriptivos de la situación del "problema".
- Focalizar la atención en la persona y lo que está *haciendo* en un contexto dado en las interacciones con otros, en oposición a la forma en que una persona *es*.
- Lazos positivos de retroalimentación, -Una vez que una dificultad comienza a ser vista como un "problema", la continuación, ya a menudo la exacerbación resulta de la creación de un bucle de retroalimentación positiva (Hoyt, 1994).

Intervenciones

El proceso de intervenir comienza en el momento en que se hace contacto con los clientes. En su manual, Fisch, Weakland, Watzlawick, Segal, Hoebel y Deardorff (1975), describieron las siguientes intervenciones de MRI planificadas:

- **Posición descendente** - Esta intervención se basa en la actitud del terapeuta hacia el (los) cliente (s). La actitud adoptada por el terapeuta debe ser modesta. El terapeuta debe ser percibido por el cliente como un ser humano con defectos, en contraposición a una figura superior, poderosa o sabia.
- **Ir despacio**- La intervención lenta puede ser utilizada cuando un problema es complejo y, un cambio rápido puede causar otro o más problemas que surjan. En tal caso, el terapeuta puede tomar una posición "lenta" preguntando al cliente, cuál sería la cosa más pequeña que les gustaría ver que sucediera al venir a la terapia. "Ir lento" también puede ser utilizado como una intervención paradójica dado que por lo general acelera el proceso de cambio.
- **Pesimismo** - Esto también es similar a algunas de las otras intervenciones comunes, en el sentido de que el terapeuta toma una cierta postura para acelerar el proceso de cambio. Esta postura también puede ser útil para aumentar la motivación de los clientes a tomar medidas para que puedan acercarse a la terminación. El pesimismo también puede utilizarse cuando los clientes vuelven a reportar mejoras cero o que las cosas han empeorado (especialmente cuando el terapeuta sugiere una tarea en particular).

Las intervenciones principales

Surgen como consecuencia de los cinco intentos básicos de solución antes mencionados y son las siguientes (Fisch, Weakland y Segal, 1982):

a) El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo: Se busca intervenir el intento del paciente para superar el problema. Ya sea provocando el síntoma, definiéndolo como beneficioso o incorporándolo a un ritual aversivo.

b) El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo: Estas dolencias son también autorreferenciales y suelen haber quejas de estados de terror o de ansiedad (fobias, timidez, etc.). La estrategia de intervención requiere que se den directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, pero con una ausencia de dominio o un dominio incompleto de ella.

c) Para el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición: Aquí se busca que quien solicite ayuda se coloque en una postura de debilidad y establecer consecuencias concretas. Apelando a la necesidad de asumir posturas y establecer consecuencias imprevisibles (sabotaje benévolo) para el otro, o diciéndole que se encuentra en superioridad respecto al otro.

d) Para el intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación: Esta solución es una imagen del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación y refleja una aversión o dificultad para pedirle a otro individuo algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio. Es como si se viese a ese individuo como alguien frágil, incapaz de determinar su propio nivel de docilidad. La estrategia global de intervención para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente.

e) Para la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa: En esta clase de problemas, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, beber, delincuencia, etc. Lo usual es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B y que éste responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa, la cual suele confirmar las sospechas de A, quien continúa con sus acusaciones. B refuerza su defensa y así sucesivamente. La intervención debe ir encaminada a terminar con el juego intentando que una de las partes abandone su papel repetitivo y a veces se puede lograr entrevistándose a solas con el defensor. También puede finalizar con una intervención llamada "interferencia", la cual está diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.

Las intervenciones Generales

Sirven para comunicarle al cliente alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una posterior intervención más específica y son las siguientes (Fisch, Weakland y Segal, 1982):

a) No apresurarse: Esta táctica es de utilidad porque describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie.

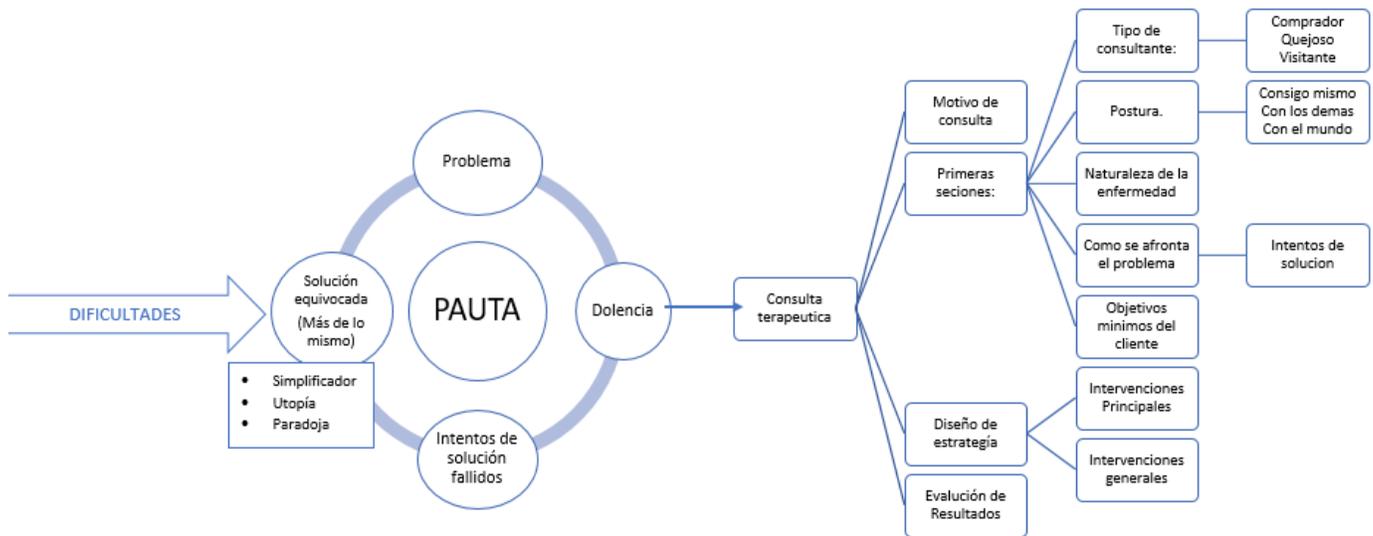
b) Los peligros de una mejoría: Consiste en hacer que al consultante explicita las desventajas de solucionar su problema. Lo anterior puede hacer que se provoque un cambio significativo e incluso llega a ser todo lo que se necesita para solucionar la dolencia actual, en especial cuando se trata de problemas de ansiedad.

c) Un cambio de dirección: Esto quiere decir que el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, ofrece al cliente una explicación del cambio.

d) Cómo empeorar el problema: Cuando un cliente se ha resistido a anteriores sugerencias o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo, es cuando se sugiere utilizar esta intervención.

A partir de los principios básicos del modelo MRI se puede trazar un mapa de la intervención que se genera en el modelo:

Figura 3. Principios básicos para la intervención del Modelo MRI



El esquema es creado a partir de la revisión teórica del modelo (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

Alcances y limitaciones

A partir de lo revisado teóricamente, se debe entender que el modelo de Terapia Breve MRI implicó un progreso, rompiendo paradigmas y de epistemologías ya posicionadas.

El principal rompimiento de paradigma fue que trata de dirigirse a las personas no sólo a nivel individual, como se visualizaba en las primeras formas de terapia, sino también como personas en las relaciones, tratando con las interacciones y dinámicas interaccionales (no es exclusivo del Modelo de Terapia breve MRI, sino es parte de las bases de la terapia sistémica).

Se debe entender que el Modelo de Terapia Breve MRI se basaban en la cibernética y retoma la crítica posmoderna, la idea de que uno podía controlar los sistemas o decir objetivamente "lo

que es" fue cada vez más cuestionada. Basándose principalmente en el trabajo del antropólogo Gregory Bateson. Esto dio lugar a un cambio hacia lo que se conoce como "Cibernética de Segundo Orden", que reconoce la influencia del observador subjetivo en cualquier estudio, aplicando esencialmente los principios de la cibernética a la cibernética.

El enfoque busca que el cliente redefina el problema y sus intentos de solución en términos claros y concretos, permitiendo una evaluación clara conductualmente y observable del problema. Lo que permite que el cliente defina los objetivos claros que desea alcanzar y que se especifiquen los indicadores al lograrlo.

Lo que genera una crítica al solucionar problemas muy concretos y operativos en términos conductuales. Creyéndose que las emociones no son abordadas por el modelo, entrevista con Wendel Ray "El tema de que el modelo no trabaja con las emociones es un mito no una mistificación. La pregunta que uno debe realizarse es cómo un terapeuta "breve" maneja las emociones en la sesión. No, si las toma en cuenta, porque indefectiblemente se incluyen en el trabajo terapéutico" (Ceberio, Serebrinsky y Schlanger, 2001).

La aplicación de Modelo de Terapia Breve amerita un cambio en el psicólogo que lo emplea, para poder entender las bases teóricas y así lograr aplicar la principal ventaja del modelo, que es solucionar problemas específicos de forma rápida. En este sentido, el modelo logra la motivación del consultante en la terapia ya que prioriza el malestar que está definido por el mismo consultante. En caso de que no suceda el modelo contempla la posibilidad de iniciar otro proceso para resolver aquellos problemas.

El modelo se centra en la solución, buscando un cambio mínimo que será potencializado, indagando en una solución que se distancie radicalmente de los intentos de solución de los cuales no han tenido resultado. La postura del consultante es tomada en cuenta. Lo que favorece que las intervenciones sean aceptadas y evita que se activen las resistencias, generando énfasis en la capacidad de maniobra del terapeuta y poder mantenerla durante el proceso. Además, visualiza los posibles obstáculos (lo más comunes) que pueden presentar el proceso y la forma de enfrentarlos.

Finalmente, el hacer un cambio de epistemología y de conceptualizar, la psicoterapia es una necesidad para el cambio de vida de la sociedad. Donde las distancias, la economía, y el avance

continuo de esta, amerita que se realice un cambio a corto plazo y con objetivos alcanzables para los consultantes, y esto es lo que brinda el Modelo de Terapia Breve del MRI.

Modelo de Milán

Tiene sus orígenes en Milán con la creación del primer centro italiano para la terapia familiar, dicha creación fue gracias a Mara Selvini Palazzoli después de visitar algunos centros en Estados Unidos. El Centro de Estudios de la Familia estaba compuesto por el grupo Milán la fundadora y Luigi Boscolo, Giuliana Parata y Gianfranco Cecchi. Posteriormente existió una división, donde cada uno siguió con sus postulados (Ochoa, 1995). A continuación, se presentan las características generales del grupo de Milán:

Tabla 10. Características del Modelo de Milán	
Precursor/ Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Watzlawick (modelo breve MRI) • Bateson
Representantes	<ul style="list-style-type: none"> • Creadora: Mara Selvini Palazzoli (Prescripción Invariable/Teoría General de los Juegos Psicóticos) • Giuliana Prata (prescripción invariable) • Luigi Boscolo (Hipótesis específicas) • Gianfranco Cecchin (Hipótesis específicas)
Principios básicos	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora del juego: Modo de relaciones humanas • Reglas: resultados de una negociación entre los juegos • Juego familiar son las relaciones y creencias del sistema familiar • Procesos en el juego psicótico: • Embrollo: Se privilegia a un hijo de forma encubierta para atacar a su conyugue • Instigación: Provocación disimulada mediante un patrón recursivo o uno instiga a otro, implícita la participación de al menos tres personas
Metas terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> • No se definen objetivos concretos o metas terapéuticas • Es importante descubrir el juego familiar que se relaciona con el síntoma • Técnicas de intervención: Se dirigen a alternar y modificar el juego familiar, cambiando las reglas del juego familiar por otras más flexibles y complejas donde el síntoma no sea necesario
Estrategias/ técnicas	<p>Principios de la conducción de la entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas circulares • Hipotetizar: Por parte del terapeuta • Circularidad: Entrevista en base a la retroalimentación • Neutralidad: Alianzas con todos, pero con ninguno al mismo tiempo
El terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas terapéuticas del método paradójico: Connotación positiva del comportamiento de cada integrante de la familia • Serie invariable de prescripciones: Se les prescribe a los padres, desapariciones sin previo aviso ni contar nada

	• Revelación del juego familiar
Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A (1999). <i>Los juegos psicóticos en la familia</i> . Barcelona. Paidós.	

El interés en la investigación tipo longitudinal, también su énfasis en el juego familiar y su investigación para apoyar sus hipótesis sistémicas. Genera solo una visión interaccional y pierde de vista al individuo, son características que presenta el Modelo de Milán a diferencia de los otros modelos. Otra característica que define al modelo es el cambio de dejar de ver al paciente como víctima y ha llegado a considerar que el síntoma es una “movida” del juego familiar, tomando una postura empática y ética sin que implique justificar u omitir responsabilidad.

Se puede definir como limitante de los estudios e investigaciones que tienen los autores, especializarse en cierto tipo de familia: pacientes psicóticos y anoréxicas; sus técnicas, métodos y resultados pudieron ser ampliados y justificados con diversas problemáticas. Pero también puede considerarse una ventaja al tener una especialización ante las problemáticas, considerando que la relación de los juegos psicóticos puede ser utilizada y adaptada de acuerdo con el terapeuta.

La característica diacrónica de los juegos y considerar al pasado retomando tres generaciones para dar cuenta del juego familiar, posibilita que las familias puedan cambiar y modificar el juego familiar al encontrar una explicación sobre lo que sucedió con ellos y sus padres, pueden ser empáticos con la historia familiar de sus padres con sus abuelos, favoreciendo que en ellos no en las siguientes generaciones se repita.

CUESTIONAMIENTO CIRCULAR.

Una de las formas de intervención más reconocidas en la terapia familiar sistémica es el cuestionamiento circular. Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata (1980), son quienes introducen este método en la terapia. Este método ha tenido diferentes modificaciones (Deissler, 1987; Fleuridas, Nelson y Rosenthal, 1986; Penn, 1982; 1985; Tomm, 1985). Las preguntas circulares son aquellas ideadas para revelar las relaciones (diferentes) y las diferencias entre relaciones (Bateson, 1972). Son preguntas triádicas: Uno de los miembros es participante de una conversación para describir la relación entre otros dos miembros, o también se pregunta cómo un miembro de la familia reacciona ante el problema y cómo reaccionan los otros miembros. Las preguntas circulares favorecen la construcción de un nuevo sistema de creencias, en donde las conductas están

conectadas y se retroalimentan, dejan de ser vistas como simples consecuencias unas de otras. Existen diferentes clasificaciones (Deissler, 1987; Fleuridas, Nelson y Rosenthal, 1986; Penn, 1982; 1985; Tomm, 1985, 1987):

Tabla 11. Clasificación de preguntas circulares.	
Preguntas triádicas	Ubican a un tercero como testigo de la relación entre otros dos, obligándoles a escuchar cómo se les percibe. Es interesante observar la conducta no verbal de los no interpelados.
Preguntas sobre alianzas	Instituyen quién está más cerca de quién, favoreciendo conocer las alianzas familiares.
Preguntas para clasificar	Ayudan a trazar un mapa de relaciones y establecer un orden en relación con una cualidad.
Preguntas explicativas	Buscan información acerca del sistema de creencias o posibles secretos.
Preguntas hipotéticas	Prueban cuál puede ser la reacción de grupo ante algo bueno o malo, permitiendo que reflexionen posibilidades alternativas de significado y de acción.

Selvini, et al. (1980), cuestiono si este tipo de entrevista es una herramienta terapéutica tan potente que favorece toda intervención posterior, existiendo un potencial de cambio en las preguntas circulares. Recientemente Cecchin (1987), argumenta que "las preguntas circulares socavan el sistema de creencias de la familia" y haciendo esto, "crea oportunidades para nuevas historias" (p. 412), pone énfasis en una actitud de curiosidad más que en el tipo de preguntas. La postura de curiosidad "está basada en el concepto de que cada sistema tiene una lógica para su interacción. Esta lógica no es ni buena ni mala, ni correcta ni errónea" (Cecchin, 1987, p. 408).

ENFOQUES TERAPÉUTICOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO

Las dificultades de cada época, sus características y necesidades hacen que surjan las terapias como soluciones ante dichas dificultades, para enfrentarlas nacen distintos aspectos para hacerle frente con particulares muy distintas. Lo cual hace que aparezcan distintos enfoques: Reflexivo, el Colaborativo, el Narrativo y el Centrado en Soluciones (Tarragona, 2006).

Para sentar las bases del posmodernismo se hace un contraste con el modernismo. Las terapias posmodernas se basan en un diagnóstico patologizante que determina el tratamiento a seguir, así como sus objetivos. El proceso terapéutico está basado en el terapeuta quien determina la meta,

pasos, etapas, intervención, estrategias y evaluación del tratamiento, dando de “alta” al paciente cuando lo considere pertinente.

TarrAgona (2006), menciona algunas características comunes de las terapias posmodernas:

- Inspiración interdisciplinaria.
- Una visión social/interpersonal del conocimiento y la identidad.
- Atención al contexto.
- El lenguaje como eje central de la terapia.
- La terapia como colaboración o «sociedad».
- La multiplicidad de perspectivas o «voces».
- Valorar el «conocimiento local».
- El cliente como experto.
- Ser «públicos» o «transparentes».
- Interés por lo que sí funciona.
- La agencia personal.
- Flexibilidad en la duración de la terapia.

A pesar de que los enfoques posmodernos comparten características, cada uno lleva su práctica con una peculiaridad especial, haciendo una diferencia notoria al enfatizar aspectos distintos en el proceso terapéutico.

MODELO ORIENTADO A SOLUCIONES

El modelo se centra en las soluciones que a su vez sostienen los recursos y posibilidades de los clientes. Una diferencia importante entre el MRI y el Enfoque Orientado a Soluciones es el rechazo de la resistencia en los clientes. O’Hanlon y Weiner-Davis (1990), presentan las principales premisas:

Tabla 12. Características del Modelo Orientado en Soluciones	
Precursor/ Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de terapia breve MRI. • Karl Tom: Preguntas reflexivas.
Representantes	<ul style="list-style-type: none"> • Creador: Steve de Shazer • O’Hanlon. • Weiner- Davis.
Principios básicos	<ul style="list-style-type: none"> • Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, concentrarse en las excepciones y progresos. • El cambio es constante. • Generalmente no es necesario saber mucho sobre la queja (causa/función) para resolverla • Solo es necesario un cambio pequeño en una parte del sistema
Metas terapéuticas	<p>El objetivo de la terapia es identificar y ampliar el cambio. El cliente es quien establece metas y objetivos del tratamiento.</p>

	<p>Las intervenciones y posibles cambios comienzan a desarrollarse desde la primera sesión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática. 2. Cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática 3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.
Estrategias/ técnicas	<p>No indaga antecedentes, ni busca explicaciones. Preguntas presuposicionales. No se identifican excepciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas orientadas hacia el futuro. • Pregunta del milagro. • Preguntas de avance rápido. <p>Intervenciones generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secuencia sintomática. • El patrón del contexto. • Tareas de formula.
El terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar soluciones. • Inventar nombres o rótulos. • Formular explicaciones. • Rever el pasado. • Deshacer las conexiones con otros problemas. • Sacar a relucir los recursos de los consultantes. • Reconocer la pericia del consultante. • Compartir experiencias personales. • Generar soluciones creativas. • Crear una visión positiva del futuro. • Repartir los méritos. • Considerar al problema como un amigo.
<p>O'hanlon, W. H., Weiner-Davis, M., Beyebach, M. y García, M. L. (1990). <i>En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia</i>. Paidós.</p> <p>Ochoa de Alda, I. (1995). <i>Enfoques en terapia familiar sistémica</i>. Barcelona: Herder.</p>	

El término de la terapia se establece cuando se ha cumplido las metas establecidas por el cliente o cuando el cliente lo determine. En ambos casos se pide al cliente resuma lo que ha aprendido, identificando las estrategias y/o recursos que el cliente empleo para la recuperación de su problema y como puede seguir aplicándolas en el futuro (Ochoa, 1995).

Se asume una postura de mucho respeto hacia los clientes, ya que son ellos quienes determinan los objetivos y temas relevantes a tratarse durante la entrevista, siendo una de las principales ventajas. Presenta una novedad y creatividad, en el centro de atención son los recursos de los clientes y no del pasado, incluso pone énfasis en el futuro.

El modelo es considerado de breve, por ello no se centra en antecedentes o explicaciones del problema, pero no determina un número de sesiones como máximo. Las intervenciones y los

posibles cambios comienzan a desarrollarse desde la primera sesión. El foco de atención del terapeuta y del proceso pone énfasis en las fortalezas, excepciones al problema y aspectos positivos de la vida del cliente, dejando de lado la patología.

ENFOQUE NARRATIVO

La terapia tradicional se concentra en los estados mentales del individuo. Por lo tanto, la meta del terapeuta sea psicoanalítico, rogeriano, o constructivista cognoscitivo, es transformar la mente individual. Por el contrario, en los diálogos emergentes sobre la construcción social del conocimiento se ha dado un cambio, donde el significado que "cada uno tiene dentro de su cabeza" se ha convertido en el significado "entre personas". Pensemos en la terapia como un proceso de "transformación discursiva". Así, si el significado se genera principalmente dentro del proceso lingüístico, es necesario centrar la atención en estos procesos" (Gergen y Warhus, 2001).

El contexto del pensamiento postestructuralista permite el surgimiento de la terapia narrativa, que también retomó aspectos del construccionismo social. La palabra narrativa hace referencia a los relatos que las personas se cuentan de sí mismas y a los demás, como resultado de su experiencia, siendo parte de dicho relato las personas y comunidades a las que pertenecen (Payne, 2002).

Las narraciones se presentan básicamente dentro de un contexto temporal, dentro de un hoy, o en un hoy contando un pasado, o un hoy narrando un esperado futuro, pero lo que se narra son vivencias que se vuelven a vivir cada vez que las contamos. Si las narraciones están dentro del campo relacional, el construccionismo social abre la posibilidad de reflexionar de qué manera las narraciones son procesos que pueden pasar bien sea por la alegría, entrando a la nostalgia, tocando el sufrimiento y así la diversidad de historias, se nos posibilita el poder construir nuestras narraciones para poder dar un cambio significativo dentro de nuestros círculos cercanos (Gergen y Whatus, 2001).

La narración y el texto son bases de los trabajos sobre el posmodernismo y el enfoque narrativo, enfatizando las perspectivas dialogales y múltiples, el autodescubrimiento, las configuraciones laterales; dejando de lado las jerarquías. El enfoque conceptualiza a la familia como sistemas sociales compuesto de sistemas generadores de significado y, contempla que los problemas existen en un lenguaje (Lax, 1996).

Tabla 13. Características del Enfoque Narrativo

Precursor/ Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento postestructuralista. • Construccinismo social. NO SE UBICA COMO CONSTRUCCIONISTA SOCIAL • Foucault. • Bruner.
Representantes	<ul style="list-style-type: none"> • Michel White. HAY OTROS REPRESENTANTES • David Epton.
Principios básicos	Plantea la discusión en torno al conocimiento como poder, según la cual el conocimiento y las prácticas discursivas tienen un efecto mediador sobre la experiencia y las prácticas cotidianas, al cual no es posible sustraerse. Da cuenta de un esfuerzo evidente por separarse de la retórica habitual, objetiva y distante, que caracteriza los textos científicos positivistas, y pone en práctica de manera rigurosa un modo alternativo de intervención a través de géneros literarios como la metáfora y la narrativa, planteando así una nueva y distinta posibilidad de desarrollar conocimiento en el ámbito de la terapia familiar.
Forma de entender la terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Externalización del problema con base a un creativo repertorio de medios para la conversación con consultantes y familiares en el contexto terapéutico. • Cambiar la narrativa limitante o saturada del problema hacia una narrativa que permita reconstruir la identidad de la persona (pareja o familia). • Establecer una analogía entre el texto y la terapia, según la cual las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y, al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones.
Estrategias/ técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Nombrar el problema: Deconstrucción. • Bautizar al problema. • La externalización. • Construcción e internalización. <p>Tipo de conversaciones desarrolladas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conversaciones externalizantes. 2. Conversaciones de re-autoría. 3. Conversaciones de remembranza. 4. Ceremonias de definición <p>Texto participante</p>
El terapeuta	Establece una relación más igualitaria entre terapeuta y consultante, reconociendo y usando como válidas las descripciones que éstos hacen sobre sus circunstancias, e introduciendo de manera muy novedosa las posibilidades de cambio.
<p>White, M. y Epton, D. (1993). <i>Medios narrativos para fines terapéuticos</i> (pp. 53-87). Barcelona: Paidós.</p> <p>White, M. y Tirota, V. (2002). <i>Reescribir la vida: entrevistas y ensayos</i>. Barcelona: Gedisa.</p> <p>White, M. (2002). <i>El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas</i>. Barcelona: Gedisa.</p>	

El paso hacia el discurso les ha abierto la puerta a muchas innovaciones terapéuticas. La mayoría de ellas encaja perfectamente con el interés de las ciencias sociales por la narrativa, que consiste esencialmente en construir el self y el mundo a través de historias. Somos testigos, pues, de un movimiento narrativo posmoderno en terapia. Este movimiento que ha ido creciendo de más en más, privilegia la forma en que el self y el mundo se construyen a través del lenguaje y lo que

estas construcciones implican con respecto al bienestar del cliente. El consenso establece que los sucesos vitales no determinan nuestra forma de conocer, sino que más bien son las convenciones lingüísticas las que determinan lo que cuenta en la vida y cómo se le debe evaluar. Lo que genera utilidad de la aplicación del enfoque en distintas problemáticas, dejando la etiqueta patologizante para poder reconstruir su identidad. Este enfoque tiene implicaciones en la sociedad y cultura, ya que se cuestionan los discursos dominantes los cuales favorecen la exclusión de las personas acerca de quiénes son normales o sanos. En el modelo narrativo los terapeutas y consultantes construyen nuevas realidades para sí mismos y para quienes los rodean.

ENFOQUE COLABORATIVO

El enfoque se considera posmoderno y construccionista al poner énfasis en el lenguaje y la narrativa. Para el constructivismo social, el lenguaje es un espacio social de constitución de relaciones sociales (Reyes y Mendoza, 1999). El problema no es de número, sino de colectividad que implica relacionalidad.

En relación con la afectividad son importantes los vínculos cercanos, siendo el lenguaje el vehículo de cambio. Por lo que se hace primordial la evolución del concepto de lenguaje postmoderno considerado como una acción. El lenguaje, más que decir frases o palabras, nos mueve a hacer cosas o a realizar actos dentro del mundo relacional. El lenguaje es el espacio social de constitución de las relaciones sociales. Por ende, es en los discursos o narraciones donde allí anida el lenguaje, donde se da el proceso de construcción o de-construcciones en la Terapia Familiar, dándose el cambio significativo en la expresión de la emoción (Reyes y Mendoza, 1999).

Resaltan dentro del trabajo clínico con familias tres elementos relevantes, los cuales son: la función de las narraciones como la máxima expresión social, el análisis del discurso y los modos sociales que define, modifican y resignifican la misma experiencia social y es desde esta forma metodológica donde encontramos la manifestación de máxima productividad comunicacional. Por tanto, en base a Reyes y Mendoza y en el construccionismo social, se coloca el énfasis en la comunicación coordinada colaborativa como base del dialogo terapéutico. Se entiende por esto expresiones comunicacionales de parte de la familia dentro de la terapia, las que son altamente escuchadas y no pretendiendo dar consejos o recomendaciones directivas. Esto implica permitir el surgimiento de un abanico de discursos, dando paso a nuevas interpretaciones y nuevos suplementos en el intercambio comunicacional.

En la Terapia Familiar, es importante la forma particular y única como la familia expresa, describe o verbaliza la experiencia de la realidad desde las representaciones que se dan en las relaciones, lo que implica acceder al problema a partir de la comunicación para coordinarse socialmente dentro del dialogo terapéutico y pueda darse el cambio o suplemento como expresión de la comunicación coordinada colaborativa. Dentro de la comunicación coordinada colaborativa, cualquier forma de descripción del mundo que se haga válida es y será siempre una acción social, lo que implica que cuando se habla de temas concretos, aparecen consigo construcciones sociales específicas, las cuales son creaciones de una realidad particular que por medio del lenguaje se accede a determinado contexto cultural específico. Básicamente, desde el construccionismo social se permite des-configurar con la relevancia que le damos a la comunicación, al lenguaje y al suplemento, se posibilita una terapia como un encuentro desde la construcción de nuevos significados a partir del suplemento se da se da en la comunicación colaborativa.

La comunicación coordinada colaborativa posibilita dialogar los acontecimientos que producen alarma o el problema dentro de la familia y que no son idénticos a la forma como los distintos miembros de la misma familia narran y los expresa en la terapia. Más aún, se modifica la forma de la narración de dicho acontecimiento o dificultad se ésta se realiza a diferentes personas en diversos roles. El construccionismo social accede a un universo social múltiple (Fruggeri, 1996). Por tal motivo, el terapeuta por medio de la entrevista tendrá la finalidad de cooperar a re-construir a realidad, permitiendo la aparición del suplemento y de nuevos significados.

Tabla 14. Características del Enfoque	
Precursor/ Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento posmoderno. • Pensamiento constructivista. • Construcción social. • Dialogo. • Gergen y Shotter.
Representantes	<ul style="list-style-type: none"> • Harlene Anderson. • Harold Goolishian.
Principios básicos	Aspectos fundamentales: <ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje. • Conversación. • Relación. Realidades narrativas construidas socialmente.
Metas terapéuticas NO SON ESTAS LAS METAS. LO QUE ESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Los problemas se construyen en el lenguaje y en el dialogo, es en la conversación terapéutica que se disuelven. • El cambio en el relato y en la auto narración, es una consecuencia inherente del dialogo terapéutico.

PONIENDO AQUÍ SON LAS PREMISAS	<ul style="list-style-type: none"> No busca dar dirección a la terapia, confía en el proceso de la conversación. El cambio se da como consecuencia de la conversación de los sistemas del lenguaje colaborativo y del dialogo.
Postura	<ul style="list-style-type: none"> Conversación terapéutica. La pregunta terapéutica o conversacional: Es permitir al cliente cuestionar la gama de comprensión del terapeuta. (ESTO NO SE DE DONDE LO RETOMAS?) Ignorancia o postura del no saber. HABLAMOS HAST EL CONSANCIO QUE NO SE PUEDE TRADUCIR COMO IGNORANCIA!!!!
El terapeuta	<p>La tarea del terapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Generar las preguntas, reorganizar el dialogo para seguir al cliente en su proceso de exploración. Mantenerse atento al desarrollo del lenguaje del cliente. Ayudar en el proceso de creación de nuevos significados. Incrementar la comprensión del cliente acerca de las maneras en que tácitamente participa en la organización de sus experiencias.
<p>Anderson, H. y Colapinto, J. (1999). <i>Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia</i>. Amorrotu Editores.</p> <p>Anderson, H., y Goolishian, H. (1992). <i>The client is the expert: A not-knowing approach to therapy</i>. <i>Therapy as social construction</i>, 25-39.</p> <p>Goolishian, H.A, y Anderson, H. (1987). Sistemas de lenguaje y terapia: una idea en evolución. <i>Psicoterapia: Teoría, Investigación, Práctica, Entrenamiento</i>, 24 (3S), 529.</p>	

Los temas abordados en las sesiones son relevantes y no se desestiman, ya que quien entabla la importancia de estos es el cliente. Por ello, una de las principales características del enfoque es respetar a la persona sin imponer una agenda o los intereses del terapeuta. Cada entrevista se visualiza como si fuera la última lo que hace que cada sesión tenga un inicio y cierre. Así se genera la posibilidad de que el cliente concluya el proceso cuando lo decida.

Similitudes y diferencias: entre el enfoque narrativo y el colaborativo

- Ambos enfoques reconocen al lenguaje y sus significados como resultado de una construcción social.
- El contexto es relacional.
- No cuenta con verdades absolutas, sino una construcción local a partir de una multiplicidad de voces.
- El problema y su solución o disolución están en el lenguaje.
- El terapeuta es experto en conversar, mientras que el cliente es experto en su vida y lo que acontece.

EQUIPO REFLEXIVO

La influencia del pensamiento Batesoniano en el equipo reflexivo, se basa en las ideas del constructivismo y el construccionismo social, teniendo como foco los contextos y los significados que le dan a la situación. Las conversaciones son una fuente llena de significados. El tipo de conversación de los equipos reflexivos se basan en las preguntas, más que en los consejos o las interpretaciones, abriendo la posibilidad hacer más preguntas y más alternativas (Andersen, 1991).

Parte del proceso del equipo reflexivo, comprende desplazamientos entre hablar y escuchar, una “conversación exterior” mientras se escucha hablar a otros, se mantiene una “conversación interior” al escuchar (Andersen, 2005).

La composición del equipo reflexivo puede estar conformado por una persona (solamente el entrevistador) o hasta cuatro o incluso cinco. Existe una parte del equipo que escucha la conversación del sistema de entrevista y que luego conversa con el mismo escuchándolo es lo que se llama el equipo reflexivo (ER). Las partes del equipo deben mirarse a la cara mientras hablan y no observar a los miembros del sistema fijo (los clientes y terapeuta o entrevistador). Ya que, si alguno de los miembros mirara, los incitaría a tomar parte de la discusión reflexiva (Andersen, 1994).

Tabla 15. Características del Equipo Reflexivo.	
Precursor/ Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Creado en década 70's. • Norte de Noruega. • Pensamiento Batesoniano. • Construccionismo y construccionismo social.
Representantes	<ul style="list-style-type: none"> • Creador: Tom Anderson. • Magnus Hald. • Eirind Eckhoff. • Trygre Nissen.
Principios básicos SON MAS	<ul style="list-style-type: none"> • Conversaciones: Es importante detectar que es más importante para seguir hablando. • Multiversos.
Metas terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> • Que un proceso estancado se ponga nuevamente en movimiento. • Abrir la posibilidad de escuchar nuevas y diversas voces que abran la puerta a diversos caminos, o que, incluso generen nuevas alternativas que llevaran al desengaño de la situación.
Estrategias/ Técnicas JAMAS HABLARIA DE ESTRATEGIAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preguntas sobre descripciones. 2. Preguntas para sondear explicaciones. 3. Preguntas sobre las distintas conversaciones. <ul style="list-style-type: none"> • Desplazamientos entre hablar y escuchar: El hablar a otro puede describirse como una “conversación exterior”. • Mientras escuchamos hablar a otros, mantenemos con nosotros mismos “una conversación interior”.
El terapeuta	La conversación en los equipos reflexivo: Es más importante utilizar preguntas más que los consejos o interpretaciones.

TAMPOCO ESTO HABLA DE LO QUE EL TERA	
Fuente: Andersen, T. (2005). Procesos de reflexión: actos, informativos y formativo. En Friedman, S. (2005). <i>Terapia familiar con equipo de reflexión una práctica de colaboración</i> . Buenos Aires: Amorrortu. Andersen, T. (1994). <i>El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos</i> . España: Gedisa.	

Una importante aportación del equipo reflexivo es la utilización en contextos clínicos y no clínicos, como: supervisión, reuniones en diferentes contextos, funcionarios administrativos e investigación cualitativa (Andersen, 2005).

El equipo reflexivo es de gran utilidad, al adaptarse y servir en diferentes contextos y circunstancias, presentando la flexibilidad para realizar variaciones y adaptaciones para cada situación particular. Una desventaja puede ser el costo que requiere el reunir un grupo de personas, pero el mismo enfoque se adapta a reducir el número de participantes.

2.4 Análisis y discusión de los temas que guían los casos clínicos

En este apartado se presentan los tópicos que sustentan el trabajo realizado en los casos clínicos (capítulo 3). Dichos tópicos se seleccionaron de acuerdo con las características de los consultantes. En la realización de un abordaje de terapia de pareja, de acuerdo con el Modelo de Terapia Breve MRI (Palo Alto) o Terapia Breve Centrado en el Problema, se presentan los siguientes tópicos:

- La pareja
- Diferencia entre pareja y matrimonio
- Ciclo de la pareja
- Interacción en la relación de pareja
- Conflicto en la pareja
 - o Comunicación y resolución de problemas
 - o Impasse en la pareja
 - o Sexualidad
 - o Violencia
 - o Desencadenantes de conflicto
- Terapia de pareja: intervenciones sistémicas.
 - o Características del terapeuta
 - o Contraindicaciones de la terapia de pareja

La pareja

La institución matrimonio y familia han tenido modificaciones a lo largo de la historia por las necesidades de la sociedad y de los individuos, desde cómo se forman, necesidades y los conflictos

que presentan Willi (1985), identifica que las parejas formadas en un contexto histórico y cultural dentro de la modernidad están sumergidas en la “tradicción”, las expectativas, con dependencia, perdiendo la individualidad y diferenciación, teniendo una carga sobre la institucionalización de la familia. Por ello no es de extrañar que gran número de parejas en la actualidad manifiesten otros elementos, tabúes y necesidades.

La relación de dos personas pertenece a una entidad en nuestro sistema social. Por ello se comporta como una unidad y es reconocida, donde se producen relaciones diádicas. Por lo anteriormente descrito se pondría a pensar que es una estructura simple, por el menor número de los integrantes, pero es una organización humana y diferente por los individuos que la conforman. Caillé (1992), define a la pareja como compleja y paradójica, debido a que es mayor (o diferente) que la suma de sus integrantes, siendo una organización estable, pero cambiante. De acuerdo con Cid (2011), las relaciones de pareja se componen de elementos biológicos y culturales sustentando los siguientes pilares: compromiso, intimidad romance y amor.

La pareja presume una estructura diferente a la familia con hijos, ya que las dinámicas tienen otras características. Minuchin (1986), menciona que la familia es una entidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo que difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero que poseen raíces universales. La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, tales como: El subsistema conyugal (papá y mamá), el subsistema paterno-filial (padres e hijos) y el subsistema fraternal (hermanos).

Diferencia entre pareja y matrimonio

Se debe de trazar una delimitación entre matrimonio y pareja. El matrimonio es una unión avalada socialmente, en el marco de un sistema de creencias que incluye un ritual. Los elementos que definen al matrimonio pueden ser compartidos con el de pareja (De la Espriella, 2008):

- Cohabitación doméstica.
- Reconocimiento de la comunidad.
- Reglas de conducta habituales.
- Alguna forma de ceremonia de establecimiento.
- Alguna extensión en el tiempo.

Existen otras características que aporta Halsall (1996):

- Reconocimiento legal
- Relación de amor
- Existencia de hijos
- Monogamia
- Permanencia

En México “de acuerdo con el artículo 146 del Código Civil para la Ciudad de México, la institución del matrimonio es la unión de un hombre y una mujer con el propósito de realizar comunidad de vida, con respeto entre ambos, igualdad y ayuda mutua, con la posibilidad de procrear hijos” (Mejía, 2002).

Ciclo en la pareja

La pareja puede presentar un proceso evolutivo, implicando etapas o periodos que conlleva el enfrentamiento y resolución de crisis, con la posibilidad de la disolución de la pareja misma (Framo, 1985). Ríos (2003), plasma una adaptación del ciclo de pareja a partir de los trabajos realizados del ciclo vital de la familia reconstruida:

Tabla 16. Ciclo de la pareja

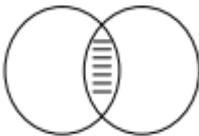
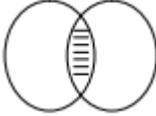
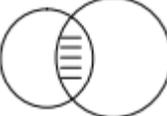


Fuente: Ríos, J. (2003). *Vocabulario básico de orientación y terapia familiar*. España: Ed. CCS.

El ciclo vital de la pareja es un referente, más no quiere decir que todas las parejas atraviesen por cada etapa. La descripción de Ríos (2003), plantea la disolución de la pareja (los casos atendidos presentan una similitud con el ciclo descrito). La terapia de pareja puede favorecer la mejora en la relación y puede hacer que el proceso de separación sea más llevadero. Por tanto, el tipo de consulta será diferente según la etapa del ciclo vital de la pareja.

Interacción en la relación de pareja

La pareja está inmersa en una relación, “mantenida en equilibrio por circunstancias tan universales como la manera en que fluye y refluye la dependencia, las luchas por el poder”, las cuales se pueden dar en las siguientes situaciones (Framo, 1985):

Tabla 17. Tipo de relación en la pareja.	
La pareja genera una interdependencia (área rayada) y existe una convivencia permanente.	
La interdependencia (área rayada) es desproporcionadamente grande en comparación con la individualidad. Cada uno depende exclusivamente del otro.	
La interdependencia es muy pequeña y la relación afectiva distanciada.	
No existe verdadera interdependencia, sino dependencia de uno de los miembros hacia el otro. El crecimiento emocional, intelectual, económico y social del otro miembro dependiente es muy pequeño, e incluso es visto como no necesario o peligroso para la estabilidad de la pareja.	
Fuente: Framo, J. (1985). <i>Terapia de Pareja</i> . En: Andolfi, M., & Zwerling, I. (1985). <i>Dimensiones de la terapia familiar</i> . Buenos Aires: Paidós.	

La teoría sistémica, identifica dos tipos de parejas (relaciones) en función de la interacción (Perrone y Nannini, 1997):

- Simétrica: Existe una igualdad en cuanto al ejercicio de poder, existiendo la negociación y la posibilidad de acuerdos, sin tener una posición desigual. Los conflictos

que en las parejas simétricas son en escalada: como no existe un miembro más poderoso que el otro, las discusiones generan una competición.

- Complementaria: Se genera ante una distribución desigual en el poder dentro de la pareja, uno de los miembros adquiere mayor protagonismo en las decisiones. Los problemas en la relación se presentan cuando la parte más débil quiere recuperar una posición de poder. En este tipo de relación las problemáticas son de sometimiento, explotación, malestar y violencia.

Conflicto en la pareja

La diversidad de situaciones o áreas de conflictos puede ser tan extensa como todo lo que abarque la relación en sí. Existiendo áreas donde aparecen con mayor frecuencia discusiones o diferencias: una de ellas es la percepción de desigualdad en la distribución de trabajo. Se puede entablar una diferenciación en los conflictos que dificultan la relación y los que atacan la propia construcción de la relación de pareja que pueden culminar en el término de la relación (Finchman y Beach, 1999):

- Conflictos que dificultan la relación: Percepción de desigualdad.
- Conflicto que pueden disolver a la pareja: Infidelidad, economía, consumo de alcohol y drogas.

La clasificación de los conflictos puede ser diversas, de acuerdo con Rankin y Burnett (1991), presentan una clasificación de acuerdo con los aspectos que estructuran a la pareja:

- Intimidad: No solo se refiere al contexto sexual sino aquello que promueve la cercanía, fortalece el vínculo y la historia de la pareja, implicando la confianza, complicidad e intimidad.
- Compromiso: La decisión que toma cada miembro de la pareja de permanencia y pertenencia. Existiendo una inversión afectiva, instrumental y económica.
- Dominancia: Está compuesto por el poder y el control en la pareja como en la toma de decisiones (ejemplo: dinero, distribución del trabajo en casa, actividades recreativas, etc.). Se debe de considerar que el poder y el ejercicio de la dominancia es reforzante en sí mismo.

Comunicación y resolución de problemas

La comunicación es un elemento fundamental para la pareja, ya que favorece el reconocimiento y evaluación de los objetivos y necesidades de cada miembro. Es necesario diferenciar que las competencias de comunicación que se necesitan para tomar una decisión son distintas a las que se requieren para desarrollar la intimidad. Ya que puede existir una buena comunicación para tomar decisiones, pero no para compartir sentimientos o emociones.

Cuando los conflictos emergen en cualquier área, se disparan los mecanismos en la pareja para resolverlos: las habilidades de comunicación, de resolución de problemas y estructuras de poder. En caso de no conseguir resolver el problema se presentan pautas de interacción que perpetúan o incluso lo agravan al pasar el tiempo sin encontrar solución. La pareja puede olvidar el origen de las dificultades, pareciendo que no existen elementos desencadenantes de la situación, atribuyendo que es la propia convivencia la que se convierte en problemática. En consecuencia, los problemas de comunicación y la ausencia o falta de habilidades para resolver los problemas se vinculan a otra situación (García, 2002).

Los conflictos que presentan las parejas no son exclusivos de alguna categoría. La pareja puede presentar diversidad de conflictos en aspectos que afectan simultáneamente la intimidad y dominancia

Impasse en la pareja

Scheinkman, y Dekovenfishbane (2004), abordaron el impasse, que en realidad es “L’ impasse”, un término francés que refiere a un callejón sin salida. Ya que en la pareja existe una relación interaccional donde se presentan pautas en procesos específicos que mantienen una lucha y enmarañamiento, dentro de un proceso y niveles de significados dentro de un contexto sociocultural. Al acudir a terapia pueden presentar las siguientes características:

- La pareja se encuentra polarizada en lucha de poder y reactividad que los hace sentir desconectados, estando atrapados en un impasse que no les permite realizar un cambio y el terapeuta es invitado a la intimidad de sus luchas, esperando una nueva dirección que posibilite el cambio.
- La pareja se encuentra en un callejón sin salida, al tener una reactividad constante y una lucha de poder donde no encuentran alternativas. Acuden a terapia para acusar el uno del otro con el terapeuta esperando que sea un juez, aquí invitan al terapeuta a ser parte del impasse del sistema.

Según Duncan y Miller (2000), aquellos enfoques que ayudan a los terapeutas acoger en forma personalizada las metas de los clientes, que incorporan la visión de mundo del cliente a la terapia, que capitalizan los eventos que ocurren fuera de la terapia o usan el ambiente social en el cual se desenvuelve el cliente, tienen más éxito en la resolución de los impasses en el proceso.

Sexualidad

En apartados anteriores se menciona que uno de los pilares de la pareja es la intimidad y no debe ser generalizado al contexto social, también se debe de indicar que las relaciones de intimidad pueden presentarse en distintos tipos de vínculos. La intimidad en las relaciones de pareja es en las que más se ha invertido investigación, especialmente entre parejas heterosexuales (Frank, Clough y Seidman, 2013).

De acuerdo con Lamas (2001), existen diversidad de modelos en la sexualidad humana:

- Modelo psicoanalítico
- Modelo de la secuencia de la conducta sexual
- Modelo interactivo
- Modelo sociológico
- Modelo sistémico

El modelo sistémico. Se basa en la TGS donde todos los sistemas están formados por elementos en interacción: elementos que a su vez son sistemas, cada uno de ellos son llamados holones por Koestler en 1980. Rubio en 1994 aplica los conceptos de holones para el estudio de la sexualidad humana (Lamas, 2001):

- Holón de la reproducción humana: La reproducción puede ser resultado de la sexualidad. En el ser humano existe la potencialidad, a veces, ésta no conlleva reproducción, bien por enfermedad, por decisión personal o porque no es congruente con el estilo de vida que desarrollamos, pero la potencialidad sigue existiendo.
- Holón del género: La especie humana es sexualmente dimorfa, tiene dos formas: mujeres y hombres. La concepción de ser hombre o mujer no solo tiene que ver con factores biológicos, sino que también está muy influida por la cultura y el modo de vida del contexto en el que nos desenvolvamos.
- Holón del erotismo: Se relaciona con la capacidad de experimentar placer sexual. La represión, la visión negativa de la sexualidad puede llevar a que aparezcan problemas o disfunciones sexuales. Por otro lado, también pueden aparecer disfunciones sexuales si existen interferencias de tipo biológico con los mecanismos fisiológicos del erotismo o si existen conflictos psicológicos o de relación de pareja. Incluso las inseguridades que genera la falta de información y educación sexual pueden desencadenar problemas
- Holón de la vinculación afectiva interpersonal: Se refiere solo al amor tipo de vínculo afectivo que favorece la plenitud de vida tanto del amante como del ser amado. Los amores tormentosos, a los que están llenos de rabia, de resentimiento y de dolor, prefiere llamarles “vinculaciones afectivas infortunadas”.

Violencia

Perrone y Nannini (2006), definen al acto violento como, “todo atentado a la integridad física y psíquica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y de peligro.” El acto violento no representa una forma de desorden, sino que es parte de un orden prioritario resultado de las secuencias circulares, de interacciones y de mensajes repetitivos intercambiados entre varios protagonistas implicados.

La violencia siempre ha existido, pero se afronta como un problema privado, donde las instituciones y sociedades se mantienen al límite. Se genera un cambio cuando se abre la posibilidad de un debate público y se señala como parte de la conflictividad social. Los cambios y transformaciones sociales influyen en las instituciones políticas y sociales que permiten emerger reglas de distribución del poder en las relaciones interpersonales.

La violencia es un fenómeno que no forma parte de la esencia de los participantes, sino que tiene una base relacional. Cuatro premisas se contemplan ya sea en el estudio o en la intervención de las diferentes formas en que la violencia se puede expresar (Perrone y Nannini, 2006):

- La violencia no es un fenómeno individual, sino la manifestación de un fenómeno interaccional, un proceso donde predomina un tipo de comunicación entre dos o más personas.
- Todos los que participan en una interacción se hallan implicados y son, por lo tanto, responsables.
- Todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo, es el garante de su propia seguridad.
- Cualquier individuo puede llegar a ser violento con diferentes modalidades o manifestaciones. Violencia y no violencia corresponden a una situación de equilibrio inestable en un mismo individuo.

Todos somos capaces de actuar hasta con violencia extrema, según las circunstancias en las que creamos estar expuestos. No obstante, cuando la violencia es la modalidad relacional que se privilegia, se hace necesario intervenir sobre ella.

Hay diversos tipos de violencia (Perrone y Nannini, 2006):

- Física: Agresiones en el cuerpo (pegar, empujar, cortar, ejercida con un objeto o con partes del cuerpo). Va desde daños leves a daños graves.
- Verbal: Amenazas, insultos, burlas, frases dañinas.
- Para verbal: Gestos o señas que tienen intención de insultar o dañar.

- Psicológica: A veces pasa desapercibida. Consiste en juegos psicológicos, chantajes, “reírse de”, sembrar rumores, aislar, rechazar, despreciar, criticar, amenazar con el abandono, etc.
- Sexual: Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.
- Abandono físico: Se presenta cuando las necesidades físicas como abrigo, alimentación, higiene y protección de un niño, un enfermo, un anciano o una persona con discapacidad, o son atendidas en forma temporaria o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con esa persona.

Ramos (2002), realiza una recapitulación sobre estudios de violencia. Identificando que algunos actos puede que sean esporádicos y más o menos simétricos, pero otros son frecuentes, severos y marcadas por la desigualdad. En particular, esta última forma de violencia no suele ser reconocida con facilidad, debido a que, por la misma tolerancia sociocultural, se “normalizan” por medio de diversos mecanismos de distorsión cognoscitiva (Ferraro y Johnson, 1983).

Lenore Walker (1991), estudia el ciclo de violencia y su relación con el desarrollo de lo que Martin Seligman denominó inhabilidad aprendida (IA) (*Learned Helplessness*):

Fase 1: de Calma

Sin discusiones entre las partes. Si la víctima ha vivido ya el ciclo completo, puede tener la sensación de que esta fase existe, porque según el agresor todo está bien.

Fase 2: Acumulación de Tensión

La tensión entre las partes va en aumento, existiendo diferencias entre ellas:

- El agresor comienza a ejercer un maltrato psicológico.
- El agresor quiere controlar a la víctima.
- La víctima intente complacer al agresor, para que la tensión entre ellos no vaya en aumento.
- La víctima tiende a minimizar el problema y a justificar la conducta del agresor.

Fase 3: de Explosión

El agresor descarga toda la tensión de la fase anterior. Se caracteriza porque en ella, se producen las agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales más importantes.

Fase 4: de Luna de Miel

En esta etapa, el agresor muestra arrepentimiento por lo sucedido e inicia conductas compensatorias, para demostrar a la víctima que siente lo ocurrido y que no volverá a pasar nunca. Esta fase, hace que la víctima, pueda observar el lado positivo de la relación con el agresor.

El ciclo de violencia puede tomar diferentes patrones y no necesariamente muestra un orden secuencial. Con el tiempo suelen hacerse más frecuentes los brotes de violencia, acortándose o desapareciendo el perdón y la reconciliación.

Para Walker (1991), existe una constelación particular de efectos psicológicos a los que denominó Síndrome de la Mujer Maltratada, que concibe como una respuesta normal de un ser humano aterrorizado ante una situación anormal. Ramos (2002), reconoce algunas críticas que han existido a la propuesta de Lenore Walters. Se ha cuestionado que el ciclo de violencia y el modelo de inhabilidad aprendida pueda aplicarse a todas las situaciones de maltrato de mujeres por parte de su pareja, y se considera que el modelo ha favorecido la imagen de mujeres victimizadas y pasivas.

Por su parte Ravazzola (1997), sugiere una propuesta esquemática para entender y operar las relaciones de abuso, propuesta que parte de analizar las condiciones que posibilitan la repetición de tales conductas.

Tabla 18. Esquema original del circuito de abuso familiar			
Actores	Persona abusadora (A1)	Persona abusada (A2)	Persona testigo Contexto (A3)
Ideas	La persona abusadora no puede controlarse. La persona abusada es inferior. La familia debe mantenerse unida a cualquier costo. En cuestiones familiares no deben intervenir los de afuera.		
Acciones	Las provocaciones y los malos tratos son elementos frecuentes y “naturales” en las conversaciones.		
Estructuras	Están redificadas. Se consideran por encima de las personas. Mantienen una organización con jerarquías fijas naturalizadas o especializadas.		
Fuente: Ravazzola, M. C. (1997). <i>Historias infames: Los maltratos en las relaciones</i> . Paidós.			

Con el tiempo aparecieron otras variables como: las emociones experimentadas por los actores en juego, así como la posibilidad de ponerlos con sus características, distintas según los diversos contextos en los que participan. Lo que daba a la multiplicidad de los protagonistas.

En contraste con el modelo de Walker, el Modelo de Apego o Vínculo Traumáticos de Dutton y Painter (1981), propone que los rasgos centrales de las relaciones abusivas de larga duración son el desequilibrio de poder y la intermitencia del abuso. Estos rasgos son los que parecen incrementar el apego a un otro abusivo, en este caso a la pareja varón. El desequilibrio de poder crea una dinámica en la que tanto el subordinado como el dominante se vuelven cada vez más dependientes uno del otro. En el maltrato a la mujer, el abuso físico y emocional sirve para crear y mantener ese desequilibrio.

Desencadenantes de conflicto

Las parejas llegan a establecer un “*statu quo*” que permiten una convivencia, aunque no es necesariamente estable, puede que sea dura y aversiva. Los cambios son constantes en la pareja, permitiendo que está pueda ir adecuándose a las necesidades, pero pueden existir cambios más notorios en los que es más probable que se desencadenen los conflictos graves (García, 2002).

A mayores discusiones en las parejas existe un aumento de interacciones problemáticas que llegan a dificultar la salida de la pauta que los mantiene en el problema. En los estudios realizado por Cáceres (1996), se identifican algunos elementos que mantienen la pauta del conflicto en las parejas:

- La reciprocidad negativa: Se presenta en una comunicación donde existen respuestas negativas de ambas partes, estableciéndose una escalada de violencia. En las parejas más estables, ante la presencia de una interacción negativa es seguida con mayor frecuencia de una respuesta positiva o ninguna respuesta.
- El incremento de hostilidad ante una respuesta de retirada: Esto sucede en las parejas cuando la pauta presentada genera que uno de los miembros se retira o no contesta y hace que se incremente la hostilidad inicial. En las parejas armoniosas se da también esta pauta, pero termina al generarse una retirada de ambos.
- Empleo de la metacomunicación: Reflexionar sobre la forma en que se está dando la comunicación para generar una respuesta, pero generalmente se acompaña de un elemento agresivo, incrementando las discusiones lo que genera un círculo vicioso. En las parejas más saludables generalmente contestan a la metacomunicación y no al componente agresivo (componente emocional).
- Pauta de comunicación problemática: Gottman (1998), señala que existen cuatro jinetes del Apocalipsis que pueden dirigir a la pareja a la separación: la crítica, la actitud defensiva, el desprecio y hablar mucho para que el otro no pueda dar su opinión. Se menciona que con frecuencia la crítica comienza a desencadenar los otros jinetes.

De acuerdo con lo reportado por Matthew, Bramlett y William (2001), las personas que viven en pareja tienen mejor salud física y mental que las que no viven en pareja, los cuales poseen:

- Una mortalidad menor
- Realizan menos conductas de riesgo
- Controlan mejor su salud
- Cumplen mejor las prescripciones médicas
- Mayor frecuencia en su conducta sexual y es más satisfactoria

Las ventajas anteriormente descritas son ciertas, siempre y cuando no existan conflictos continuos en la pareja, ya que esto provocaría un efecto adverso provocando estrés. Por ende, la solución de conflictos dentro de la pareja toma relevancia a nivel individual, pareja, familiar y social. Ya que, se pueden presentar dificultades en los ámbitos señalados si no se tiene una relación de pareja estable que permita el autodesarrollo de sus miembros como la propia pareja (Finchman, y Osborne, 1993).

Terapia de pareja: intervenciones sistémicas

Existe diversidad de escuelas y enfoques para la terapia de pareja con multiplicidad de presupuestos, técnicas y definiciones. La mayoría hace énfasis en la importancia de la comunicación y la necesidad de desarrollar estrategias de resolución de conflictos (de la Espriella, 2008). En el caso de la Terapia Sistémica, hace énfasis en las bases epistemológicas mencionadas en los *Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica*, pero existen objetivos generales que deben ser tomados en cuenta:

- Favorecer un cambio que promueva la metacomunicación y que respete los valores y creencias de las personas que forman la pareja.
- Tomar en cuenta el motivo de consulta que manifiesta la pareja y los integrantes de esta (en muchas ocasiones requiere mayor exploración).
- Evitar interacciones rígidas para permitir las redefiniciones.
- De no ser viable mantener la unión, procurar una separación con el menor grado de traumatismo.

Todo proceso terapéutico debe ser considerado un proceso creativo, estético y único, no se debe de reducir a la aplicación de técnicas. Las intervenciones del terapeuta serán sobre un grupo natural formado, previamente establecido y estructurado, que cuenta con reglas explícitas o implícitas,

definiciones e interacciones. La terapia puede mostrar el reflejo de las interacciones observables de la pareja y no solo las que refieran (Caillé, 1992).

La terapia de pareja posee características singulares respecto a la terapia individual, ya que es necesaria la presencia de los miembros de la pareja, presentando diversos motivos (de la Espriella Guerrero, 2008):

- Para mejorar la situación actual.
- Por la superación de obstáculos aparentemente irresolubles.
- Trabajar la separación.

Características del terapeuta

El terapeuta que lleve una terapia de pareja debe de tener cierto tipo de habilidades, no solo es cuestión de aplicar una serie de técnicas (Cecchin, Lane y Ray, 2002):

- Los prejuicios del terapeuta deben ser reconocidos y trabajados, ante los diferentes modos de convivencia los cuales pueden chocar con sus ideas preconcebidas. La postura de respeto debe de existir ante los valores, creencias, así como motivo de consulta.
- El terapeuta debe tener la capacidad de manejar el tiempo en las sesiones, así como generar un espacio de seguridad para que los dos miembros se sientan escuchados y no excluidos.
- Ser colaborador ante el proceso que lleva la pareja, apoyando todo aquello que favorezca un cambio y/o aprendizaje.
- Creatividad para poder adaptar la intervención al estilo, nivel socio-cultural y contexto actual de cada pareja.

Para fracasar como terapeuta Haley (1980) indica:

- Ser pasivo.
- Ser ambiguo (vago).
- Imponer valores y creencias.
- Buscar las causas.
- Centrarse en lo intangible.
- Restarles importancia a los cambios.
- Centrarse solo en la técnica.

Contraindicaciones de la terapia de pareja

La pareja al solicitar un proceso terapéutico debe responder a una necesidad de ambos, ya que eso podría favorecer cambios y resultados. Pero existen casos referidos por instituciones, por ello se debe intentar construir un conjunto de expectativas realistas de trabajo.

De la Espriella (2008), señala las siguientes contraindicaciones de la terapia de pareja que es necesario tomar como terapeuta:

- No hay intención de cambio por parte de la pareja al ser referida por instancias y no se consigue establecer una necesidad real de la terapia.
- Cuando existe una “agenda oculta” por parte de uno o ambos miembros.
- El terapeuta es invitado a participar en “secretos” para obtener la alianza de uno de los miembros.
- Existe una psicopatología que requiere intervención multidisciplinaria y pone en riesgo al sistema terapeuta o algún miembro de la pareja.
- Existen contexto de violencia o riesgo para algún miembro de la pareja o terapeuta. Se debe de poner énfasis ante situaciones donde la terapia mantenga una situación de violencia sin cambio que hace evidente abusos y maltratos. Para lo cual puede existir un cambio de foco para la protección contra la violencia.

Capítulo 3. Casos clínicos

El presente capítulo contiene la integración de dos procesos terapéuticos realizados durante la residencia en Terapia Familiar en la generación XVI del periodo 2017-1 al 2018-2, bajo supervisión en distintas modalidades.

Ambos casos comparten la característica del modelo terapéutico de *Terapia Breve Centrado en los Problemas (MRI)* el cual fue guía teórica metodológica para el desarrollo de los mismo. También los casos son en la modalidad de Terapia de Pareja con diferentes motivos de consulta y características en cuanto a integrantes, ciclo de vida, contexto socio-cultural y económico.

La selección de casos corresponde a diversos motivos: en la residencia el trabajo realizado con parejas fue limitado por la cantidad de consultantes que llegaban (se observaba que generaba una limitante el poder coordinar horarios o poca disponibilidad por un miembro de la pareja), se identificó mayor consulta a nivel individual. Por ello las habilidades empleadas por el terapeuta varían de pendiendo del tipo de terapia que se lleve a cabo, en general se considera un reto el poder trabajar con parejas por el tipo de maniobras que debe realizar el terapeuta y las problemáticas presentadas.

La variedad de parejas posibilita la diversidad en la terapia. Aun teniendo el mismo de modelo terapéutico y tipo de terapia no se puede aplicar el mismo proceso terapéutico, ya que cada pareja

tiene sus características particulares. Lo que hace posible que el terapeuta sea más que un solo aplicador de técnicas.

Finalmente, se realiza una modificación a la información de las parejas a fin de resguardar su identidad y la confidencialidad de los datos proporcionados. Cada persona atendida firma aviso de privacidad, aviso de conformidad respecto a la forma de trabajo por parte de las sedes y se les explica conforme a los establecimientos del “Código Ético del Psicólogo” (2011).

Caso I. Mario y Carolina

El caso presentado se llevó a cabo en el *Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”*, bajo la supervisión de la Dra. Noemí Díaz Marroquín en modalidad de Cámara de Gesell con sistema de video-grabación, en coterapia con la terapeuta Ana Karen Beltrán Castillo y se tuvieron dos quipos:

- Equipo terapéutico: Psicólogos que observaban el trabajo mediante la cámara de Gesell y ofrecen un visión alterna para aportación de las terapeutas en: la presión, pausa de la sesión y pos-sesión.
- Equipo observador: Participan presencialmente en la presión, pausa de la sesión y pos-sesión. Aportan una visión descriptiva del proceso en la pos-sesión.

La pareja acude al Centro debido a que Carolina presenta sonambulismo, manifiesta complicaciones desde marzo del 2017. En el 2015 empieza el sonambulismo, relatando experiencias sexuales de su juventud mientras ella duerme. Mario su pareja, se despierta y escuchaba dichos relatos (los cuales ya conocía). En el 2016 el sonambulismo se presenta con conductas sexuales (masturbación) y en marzo del 2017 se manifiesta con insultos a Mario durante los episodios.

La pareja al no encontrar una explicación médica intenta una solución en el ámbito psicológico. Se indaga la relación que mantenía la pareja y la interacción de esta. Se decide explorar en diferentes ámbitos relacionales y se descubre la manifestación de conductas agresivas de Carolina hacia Miguel, el cual actúa de forma pasiva.

Durante el proceso terapéutico se presenta un terremoto en la Ciudad de México el 19 de septiembre del 2017, generando un cambio en el foco terapéutico por la necesidad de la pareja y familia, los cuales perdieron su hogar por los daños estructurales de su vivienda. Se externalizan emociones de miedo, angustia, así como ansiedad y dificultades en la relación familiar por las

pérdidas y cambios emergentes, se decide pausar el proceso de pareja y se inicia un proceso familiar de contención.

Se logra una estabilidad familiar y se les ofrece la posibilidad de un proceso para sus hijos debido a los temas emergentes que se presentaban eran propios del ciclo de vida de cada uno. Lo cual la pareja acepta y deciden retomar la terapia de pareja.

Al continuar el proceso de pareja se retomó el conflicto de las agresiones en la pareja y se logró definir explícitamente la posición de cada miembro y ver la posibilidad de mantener una estabilidad en pareja, lo que favorece la disminución paulatina de los episodios de sonambulismo. Debido a lo manifestado durante las sesiones, se decide que cada uno retome un proceso individual y se logra un contrato de no agresión en la pareja el cual cumplen y se mantiene.

Se realiza un seguimiento a los 6 meses, manifestando que cada uno está por iniciar el proceso individual, que el contrato de no agresión sigue vigente y han logrado expresar sus necesidades y llegar a acuerdos. Lo que genera que los episodios de sonambulismo se presenten más esporádicamente.

Datos generales

Tabla 19. Datos Generales					
Supervisora:	<i>Noemí Díaz Marroquín</i>				
Tipo de supervisión:	<i>Cámara Gesell</i>				
Modalidad:	<i>Pareja</i>	Modelo:	<i>Terapia Breve Centrado en los Problemas (MRI)</i>	Sesiones:	<i>12</i>
Terapeutas:	<i>Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo</i>				
Equipo terapéutico:	<i>Yael Alejandra Castillo Flores, Cynthia Lissette Franco García, Juana Ivette Catana Ramírez, César Alejandro Pliego Rosas, Salma Ledón Chávez, Alejandra Martínez San Juan, Lilia Montalvo Ocampo, Adriana Nájera Martínez, Jesús Enrique Vázquez Quiroz</i>				
Equipo observador:	<i>Jesús Rene Escobedo Ruiz, Beatriz Valdivia Torres, Nancy Ramírez Rivas, Rosa María Navarro Orta, Roberto Caballero Gutiérrez, Erika Ivonne Castillo Sierra, César Octavio Hernández Hernández, Ana Carolina Neria Ortega</i>				
Cede:	<i>Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"</i>				

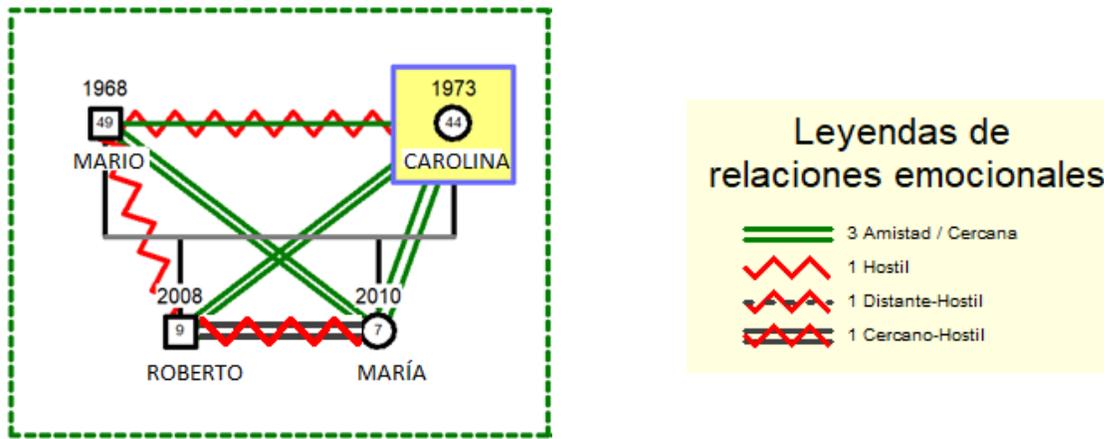
Datos de los consultantes

Los datos presentados son de agosto del 2017. Se muestran los datos de toda la familia debido a que son parte del contexto de la pareja y pueden ser mencionados durante el caso.

Tabla 20. Dato de los consultantes					
Parentesco	Seudónimo	Edad	Nacimiento	Escolaridad	Ocupación
Esposo	Mario	49	1968	Licenciatura	Empleado administrativo de gobierno
Esposa	Carolina	44	1973	Maestra en educación preescolar	Supervisora escolar
Hijo	Roberto	9	2008	3° de primaria	Estudiante
Hija	María	7	2010	2° de primaria	Estudiante

Familiograma

Figura 4. Familiograma al inicio del Caso I



La relación que presenta la pareja es agresiva-pasiva, generalmente quien insulta es Carolina sobre la masculinidad de Mario, ante la pasividad de él en diversos ámbitos: social, económico y la crianza de los hijos. Mario evita el conflicto ante la posibilidad de lastimar a su pareja y se describe como un hombre tranquilo. La relación presenta dificultades por la poca expresión de necesidades y la falta de acuerdos. En el ámbito sexual, Carolina ya no desea tener relaciones sexuales y Mario desea seguir manteniendo relaciones sexuales, lo que ha ocasionado que la pareja mantenga periodos sin actividad sexual.

La relación que presenta Mario con sus hijos es distante a diferencia de Carolina, ya que no comparte tiempo con ellos y es percibido como el miembro con menos paciencia de la familia.

Tiene una preferencia con María al no regañarla tanto como a Roberto, a quien le exige más por el hecho de ser varón.

Carolina es el miembro que más participación tiene en el sistema debido a que presenta una responsabilidad económica mayor y tiene mayor participación en la crianza de los hijos. Es percibida como una mamá amorosa, con una relación cercana con sus hijos. Roberto y María son cercanos y cariñosos, presentan interacciones hostiles al pelearse o llegar a ser muy bruscos los juegos en ocasiones han llegado a lastimarse.

Bitácora de sesiones

Las sesiones con la pareja fueron planteadas cada 15 días con una duración de 1 hora 30 minutos. La pareja asistió todas sus sesiones, llegando tarde en la mayoría de las sesiones. Se realiza el encuadre frecuentemente y no se alargaba la sesión más de lo establecido. Para promover que la pareja fuera consciente que la sesión sería menos tiempo ante sus retardos.

#	Fecha de sesión	Terapeuta	Modalidad	Asistentes
1	08. Agosto. 2017	Personal del Centro	Entrevista Inicial	
2	16. Agosto. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia de pareja	Mario/Carolina
3	30. Agosto. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia de pareja	Mario/Carolina
4	13. Septiembre. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia de pareja	Mario/Carolina
5	11. Octubre. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia familiar	Mario/Carolina Roberto/María
6	18. Octubre. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia familiar	Mario/Carolina Roberto/María
7	25. Octubre. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia familiar	Mario/Carolina Roberto/María
8	08. Noviembre. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia de pareja	Mario/Carolina
9	15. Noviembre. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia de pareja Sesión individual	Mario
10	22. Noviembre. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia de pareja Sesión individual	Carolina
11	29. Noviembre. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia familiar	Roberto/María
12	06. Diciembre. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Ana Karen Beltrán Castillo	Terapia de pareja	Mario/Carolina

Motivo de consulta

La pareja refiere sonambulismo por parte de Carolina y Mario manifiesta falta de relaciones sexuales. Ante el sonambulismo, Carolina desea que los episodios se detengan ya que con el tiempo aumentan y llega a despertar a sus hijos. Mario desea que su calidad de sueño mejore, debido a que se despierta en las noches ante los episodios de sonambulismo de Carolina.

Antecedentes y condiciones generales en las que se presenta el problema

Mario comenta que él tiene problemas para dormir presentando dificultades para encontrar una posición adecuada que le haga conciliar el sueño. Él es una persona con discapacidad (en la espalda tiene 6 tornillos y 3 cajas espaciadoras), lo que lo obliga a usar bastón todo el día. Aunado a esto ante ruidos o movimientos se despierta rápido y le cuesta volver a conciliar el sueño. Los episodios de sonambulismo de Carolina hacen que se despierte y llega a presentar insomnio.

Para Carolina implica que desde hace dos años sabe de la situación de acuerdo con el relato de Mario ya que ella no recuerda nada, indicando que habla de experiencias que vivió en su juventud (fiestas, amigos cariñosos, y los pendientes que tenía). Al inicio se presentaba solo de 10 a 15 minutos, pero poco a poco el tiempo se fue incrementando. Actualmente dura una hora aproximadamente, pero ahora no solo relata sino también canta, baila o abre ventanas. Comenta que la preocupación de Mario es que en algún momento abra la puerta y se salga de casa. Desde hace un año Mario le refiere a Carolina que tiene actividad sexual y desde hace 6 meses lo empieza a insultar.

Desarrollo del caso

Mario y Carolina, asistieron a una entrevista inicial en el CCCP con el personal que refirió el caso a la residencia de terapia familiar, dicha información recabada fue entregada al equipo terapéutico para conocer la condición general del caso. En la sesión se les realizaron sugerencias médicas para que ellos pudieran revisar aspectos importantes de salud que pudieran estar relacionados con el motivo de consulta.

El proceso inicio con dudas de la pareja ante indicaciones de la psicóloga que los vio en la entrevista inicial, relatan recomendaciones de la terapeuta: quitar la televisión o celular antes de dormir, dormir en un horario establecido y poner velas para que Carolina pudiera relajarse. Estas recomendaciones no se siguieron debido que ellos ven que es difícil incorporarlos ya que tienen dos hijos.

La pareja relata algunas dificultades médicas que han tenido como:

- Mario tuvo dos operaciones en la columna: la primera por una hernia, le sacaron dos discos (1992). Posteriormente tuvo otra operación (2013), debido a que el espacio de los discos ya estaba desgastado.
- Después de tener su segunda hija se decidió que Mario se haga la vasectomía. Él comenta que debido a la poca actividad sexual le salieron varicoceles, pero como antecedente tiende a hacer fibrosis (2012). Se cuestiona si al no tener relaciones sexuales y, por no masturbarse para eyacular, es que tiene varicoceles. Lo que indica que a Carolina no le agrada que él se masturbe y él no lo hace.
- Carolina para evitar la preclamsia tomó Metformina durante su embarazo y para controlar su sobrepeso, ya que tenía 30 kilos de más desde hace 10 años (toma una pastilla en la mañana y una en la noche. 8 meses la dejó de tomar y hace 3 meses su médico del ISSTE se la volvió a recetar).
- Cuando tiene su segunda hija, Carolina relata “yo me congestiono porque no me saque la leche” (sic) en ese momento le solicita a Mario que se haga cargo de los niños y a él le dió un shock nervioso. Por lo que recurren al hermano de Carolina para que los auxiliara. Esto es un tema de discusión entre ellos. Ya que Carolina no se sintió apoyada “la pareja de apoyo” (sic). Ella piensa que, si en algún momento en el futuro ella llegara a faltar, él tiene que mantener la calma para poder apoyar a sus hijos.

Respecto a su relación de pareja Carolina señala que son “como muy amiguitos, no es importante tener relaciones sexuales” (sic) pero para Mario sí, ya que busca contacto sexual con su pareja y a falta de este se encuentra ansioso. Carolina comenta que se siente apenada y avergonzada por insultar a su pareja en estos episodios nocturnos, ya que él le menciona que lo hace sentir triste. Ella considera a su pareja excepcional.

Ante los episodios de sonambulismo Carolina se explica lo siguiente: “a veces hay cosas que me enojan en lo consiente y le digo a él, a lo mejor no te las digo, porque trato de ser muy mesurada por mis hijos y si en mi trabajo me porto condescendiente con otra gente, como no me voy a portar condescendiente con mi familia” (sic).

Respecto a su vida sexual, la pareja comenta que nunca tuvieron relaciones coitales hasta que se casaron. Lo cual implicó que se manejara con mucho misticismo por parte de la ginecóloga que les asesoró, ya que les dio lubricantes y óvulos generando temor por posible dolor durante el coito. Indican que en su noche de boda intentaron mantener relaciones sexuales, lo cual no lograron.

Señalan que en un inicio tenían entre 7 y 8 relaciones sexuales al mes, después existió una adaptación donde disminuyeron las relaciones debido a intereses individuales. Posteriormente, después de su primer hijo la frecuencia de las relaciones sexuales fue de una a dos veces por mes.

Existió una frecuencia mayor para poder lograr su segundo embarazo (mencionan que durante los dos embarazos no tuvieron relaciones sexuales).

Se le cuestionó a Mario ¿Qué hace con el deseo sexual?, ya que él sí tiene el deseo y para ella le es indiferente tener relaciones sexuales. Mario responde que espera a que Carolina quiera tener relaciones sexuales. Mario tampoco ha intentado masturbarse a modo de satisfacer su deseo sin que esté presente su pareja, influye que su pareja le molesta que él se masturbe.

Identifican que cuando llegan a tener relaciones sexuales Carolina puede pasar una semana sin episodios de sonambulismo. Los episodios nocturnos de Carolina tienen una temática del 85% es de índole sexual y el 25% es de temas de la vida cotidiana.

Ante lo relatado en la primera sesión, se decide investigar cual es el rol y dinámica de la pareja Y, observar cuáles son los temas que generan conflicto en la pareja, la pauta de los episodios de sonambulismo:

- Mario comenta que lo que más le molesta de Carolina es el control que tiene de las cosas “ella quiere manejar las cosas como a ella le gusta” (sic). Y, a Carolina le molesta que si ya tienen más de 16 años de casados no sabe dónde están las cosas de la casa (esos han sido los problemas más fuertes)
- Mario menciona tener un nivel máximo de coraje, pero logra controlarlo tanto que nunca ha actuado agresivo con Carolina. Por otra parte, Carolina si ha dado manotazos (en tres ocasiones, una de ellas sus hijos lo presenciaron) y le dice groserías a Mario cuando se enoja y explota. Ella es la que siempre busca la forma de platicar y buscar una solución, ella pide disculpas sin embargo se siente desesperada por la discusión de ese momento.
- Carolina cambia la palabra incomoda por molestia acerca de sus relaciones sexuales, después de tener al primer bebé o bien cuando eran novios no usaban preservativos y él retenía la eyaculación para que no quedaran embarazados. Ahora Carolina cree que es por eso que ya no eyacula tan rápido (tarda de 20-30 minutos en eyacular). Ella siente que está gozando intensamente, a punto del “éxtasis”, esta “concentrada” y el hace algo que le quita la excitación. Y él, no eyacula en el momento que ella desea como si también quisiera controlar demasiado en las relaciones sexuales.
- Carolina refiere que, cuando está en su ciclo menstrual les avisa a sus hijos y a su esposo ya que eso la hace sentir molesta desesperada y tiende a explotar por cualquier cosa. Entonces les pide que la traten de tal manera que no la hagan explotar.

Se le cuestiona a la pareja las implicaciones que tiene el reprimir las emociones:

- Carolina dice que tiene muchos efectos porque explota, lo que tiene como consecuencia lastimar a Mario verbal y físicamente. Al mismo tiempo se siente culpable por la imagen “bonita” que tienen sus hijos de ellos como padres. Lo que le haría sentir mejor es no

guardarse las cosas que le molestan como le pasa en su trabajo siempre debe mantenerse ecuánime y educada debido a las exigencias del contexto escolar.

- Mario dice que no es tan bueno ser tan pasivo, pero tampoco llegar a agredir a Carolina. Para él es muy difícil explotar o enojarse, algunas veces ha puesto límites a otras personas como a los vecinos (aproximadamente 5 veces en su vida ha explotado). Él piensa que es posible que este mal el no expresar su enojo a mayor escala, lo cual puede ser una buena alternativa, manteniendo el respeto, ya que cuando explota es una “discusión tajante, con dos o tres groserías” (sic) únicamente.

La pareja mencionó cómo es que deciden qué cosas son importantes en el sistema conyugal y que cosas no son importantes:

- Carolina mencionó que está en una contradicción, diciendo que para ella el tener relaciones sexuales no es importante y sería feliz sin hacerlo. Y, por otro lado, piensa que si lo está manifestando en los sueños sexuales es porque existe la posibilidad de que quiere hacerlo. Pero no mantienen relaciones sexuales por falta de tiempo. Y algo prioritario es encontrar nuevamente el gusto, el tiempo y el espacio, para poder mostrar afectiva y corporalmente el amor. Lo mencionado por Carolina es algo muy importante en esta parte de la terapia ya que ella se da una explicación y solución a los episodios de sonambulismo.
- Mario desea una comunicación y una estabilidad para llegar a un acuerdo cuando están en contradicción y así poder llegar a un punto en común, y darse el tiempo después de tantas actividades y con sus hijos, les quita tiempo y espacio para la relación de pareja. Mario piensa que en las relaciones sexuales se ha vuelto monótono en cuanto a lugares y momento específicos, les gustaría tener mayor creatividad.

Se identificó que la pareja tiene una confusión y poca separación en el sistema conyugal y fraterno, expresando necesidades como padres como parte de las necesidades conyugales.

Para modificar la interacción que se mantenía y producir un cambio en la rutina se decide dejar una tarea: Tener una noche romántica sin tener relaciones sexuales. Lo tarea no se realizó por la pareja, se les cuestiona ¿Qué les dice de ustedes y de su relación, el que no hayan realizado la tarea?

- “No nos damos el espacio para hacerlo” (sic).
- “Si quiere hacer uno las cosas, hay maneras de hacerlas y no nos coordinamos bien” (sic).

Se indagan las posibilidades de reivindicar el concepto de pareja desplazando la normatividad de lo que debe ser la pareja y abriendo las alternativas para la etapa en la que se encuentra la pareja.

Para Carolina la afectividad expresada en “un beso todas las mañanas y en las noches antes de dormir [...] o un abrazo al despertar o al despedirnos o cuando llegas [...] nos damos dos o tres abrazos en el día o dos o tres besos en el día, a mí eso me llena. El que él me tape, me sirva la

leche, a mí eso me hace sentir bien. Yo le puedo expresar afectividad a él también, dándole una palmada, tomarle la mano eso a mí me llena” (sic). Para Mario, le hace falta los momentos pasionales “como cuando eran novios” (sic). Mario expresó que el desarrollo de su sexualidad sin su pareja no es una opción, ya que implica un vínculo emocional más que fisiológico. Es decir, la masturbación tampoco es una opción para él, con el fin de satisfacer su deseo sexual y tampoco es apoyado por su pareja.

Se cuestionó a la pareja ¿Qué hace cuando se encuentra ante estas diferencias? Para Carolina, Mario es el culpable de que ella se sienta mal por no satisfacerlo sexualmente y que a lo mejor está siendo egoísta porque para su pareja eso importante. Mario ha optado por ya no insistirle en tener relaciones sexuales ya que se molesta por la insistencia.

Ante tantos desacuerdos o diferencias que existe en esta pareja, se les cuestionó sobre aspectos en la que ellos se han podido poner de acuerdo. Mario menciona que el casarse o el tener hijos ha sido aspecto en los que llegan a un acuerdo, pero la pareja no logra hacer una descripción de cómo lo lograron. En la actualidad Carolina expresa que la pareja tiene muchas diferencias, ya que ni en la educación de sus hijos logran coincidir.

Se valida la idea de Carolina al no tener interés sexual y, que los sueños son una forma de acceder a su sexualidad que tendrá que asumir las consecuencias (cansancio por no dormir) y encontrar un equilibrio. Mario tiene que buscar propuestas para que logre desarrollar su sexualidad, ya que también se valida la idea de lo importante que es para él, la sexualidad en la pareja.

Respecto a los intentos de solución para el sonambulismo, se descubre que Carolina ha ido a buscar a Mario cuando se duerme en otra habitación (Mario se va a otra habitación ya que él no puede dormir cuando Carolina tiene los episodios). Se hace referencia a que posiblemente se encuentre en el lugar del sacrificio, donde él la protege y ella se siente protegida tanto que puede hacer lo que ella desee en sus sueños.

Se les indica que las siguientes sesiones serán con un solo miembro de la pareja. Y se les solicita que ellos decidan quien asistirá la siguiente sesión (5) a modo de ver cómo es que llegan a un acuerdo o si solo es una instrucción por parte de Carolina. Las sesiones individuales se proponen para indagar la postura de cada uno de ellos y explorar las agresiones que se presentan

Vía telefónica se hace un contacto con la pareja para saber cómo se encuentra la familia después del terremoto en la Ciudad de México el 19 de septiembre de 2017 con una magnitud de 7.1. En la cual comentan que la familia se vuelve parte de los damnificados por el sismo perdiendo su patrimonio (casa). Al haber daño estructural en el edificio, Protección Civil desaloja a todos los que habitan dicho inmueble. Se les propone una sesión en familia para abordar lo sucedido.

Durante la sesión se decide hacer una dinámica poner en palabras/dibujos/figuras en diferentes hojas sentimientos y emociones que experimentaron en el sismo y después del sismo.

Cada integrante de la familia y uno por uno arroja al suelo el papel con una palabra, mientras van expresando su opinión y lo que piensan con dicha palabra (sentimiento o emoción):

- ✓ Tristeza - Roberto y María (por haber perdido su casa y por su perro que estaba en casa, pero que afortunadamente salvaron).
- ✓ Fortaleza - Carolina (para poder recuperar su casa).
- ✓ Decisión - Mario (si entrar o no a la casa, tomar roles distintos al momento de decidir).
- ✓ Sensibilidad - Carolina (a partir de la actividad Carolina no deja de llorar).
- ✓ Compartir - Mario (al encontrar apoyo de los amigos, vecinos, familia).
- ✓ Amar - María (se aman todos los miembros de la familia).
- ✓ Honradez - Roberto (la descripción era el valor del Altruismo, cuando los vecinos y amigos los han apoyado al prestarse algo para poder vivir, agradecidos con los demás).
- ✓ Alegría - María (en el momento se sintió triste pero ahora ya se siente feliz porque su familia está unida).
- ✓ Emocionar - María (se emocionó al ver a su papá que traía a su perro).
- ✓ Adaptación - Carolina (al tener nueva casa, con nuevos integrantes, nuevas actividades).
- ✓ Furia - María (todos en algún momento en casa discuten, se piden disculpas).

Se normalizan los sentimientos, ante las situaciones de vida no se deben de encasillar como sentimientos buenos o malos, sino que son válidos y pueden ser compartidos con alguien más. Expresaron recursos que son validos

La dinámica que se realizó en la terapia fue con el objetivo de que la familia resalte y reflexione sobre sus propios recursos, exprese sus sentimientos, fortalezas y debilidades con la experiencia del sismo. La familia concluye: “Descubrimos que el hogar no es lo material o donde vivimos, el hogar somos nosotros como familia” (sic). Lo que se realizó durante la dinámica es presuponer que ya tenían recursos y fortalezas, solo que en este momento de su vida los han ocupado en beneficio de su integridad y salud emocional, mental y física.

La sesión anterior se le ofrece al sistema familiar que podría acudir nuevamente, pero que ellos lo determinarían e indicarían que es lo que les gustaría trabajar en las sesiones. Acuden dos sesiones posteriores como familia (6 y 7). Ya no se presenta un tema de emergencia como lo fue la sesión anterior, la familia desea abordar los conflictos que se presentan en la dinámica familiar.

En la sesión se propuso a la familia que hicieran una escultura familiar, para ver de qué manera cada miembro se está posicionando en el sistema familia.

Se puede observar que Carolina empieza a proponer posiciones para que las adopte María, la cual no acepta y al proponérselas a Roberto lo abraza y este acepta la sugerencia de su mamá. Mario por su parte se queda periférico y no participa, solo se mantiene observando y hablando sin adoptar una posición hasta que los demás se acomodan. Después de tomar la foto de la escultura familiar se indaga porque cada miembro de la familia se puso en la posición que adoptó. Esto, debido a que en la escultura que hicieron, implica que a Roberto lo estuvieran cargando y no se podría mantener así todo el tiempo. Se les pidió que se pudieran de una forma representativa y María intenta adoptar el lugar de Roberto, lo cual Mario evita acercándola hacia él.

Ante la actividad realizada y lo conversado durante las sesiones, se observa:

- Existe una preocupación normal de los padres sobre que deben de hacer en cuestiones de límites y reglas, así como del comportamiento de sus hijos. En este caso Carolina manifiesto su preocupación por la utilización de videojuegos. Y por parte de Mario, manifiesto preocupación por la conducta repetitiva de ver películas, lo que focalizan únicamente hacia Roberto.
- La pareja está posicionando a Roberto como el paciente identificado quien porta una conducta problemática. Sin percatarse que, existe una interacción que influye en todos los miembros de la familia y la conducta que estigmatizan en Roberto también se presenta en otros miembros de la familia.
- Existe una capacidad de los padres de observar la dinámica que se da en la familia, pero no logran desvincularla de la focalización de la conducta de Roberto.
- Preexiste una alianza entre Carolina y Roberto, así como de Mario y María. Parece ser que en el trabajo familiar se debe de distinguir entre los subsistemas parental y fraterno.
- Al realizar la escultura familiar, es simbólico cada lugar que ocupan los miembros de la familia: Roberto es cargado por Carolina y María poniéndolo al centro identificándolo como paciente. María intenta jalar a Roberto simbolizando que ella quiere ocupar su lugar y estar más cercana de Carolina. Por su parte Mario permanece muy periférico ante los demás miembros del equipo, lo cual se relaciona con la poca expresión de afectos que muestra.

En la sesiónES familiares posteriorES, se descubrió que la pareja está relacionando temas familiares con su propia historia personal. Por lo que se decidió dar un cierre a las sesiones familiares y se les ofrece la posibilidad de que sus hijos acudan a sesiones terapéuticas para que solucionen los conflictos del propio ciclo de vida. Se le propuso retomar el proceso de pareja lo cual ellos aceptan.

Al retomar las sesiones en pareja, Carolina reportó que el sonambulismo desapareció durante semanas después del sismo y el reaparecer fue con menos frecuencia. Carolina mencionó que se siente egoísta al no intentar tener contacto sexual con Mario, pero también reconoce que existe su postura de no querer mantener relaciones sexuales al no presentar deseo sexual.

Mario expresa que ante las diferencias que puedan presentar en la relación él las acepta y ella solo dice “yo soy así y así me conociste” (sic). Se observa que Carolina se molesta y exige que Mario le dé ejemplos sobre lo dicho anteriormente, él decide desistir y dejar de hablar del tema.

Carolina amenaza a Mario en relación con los episodios de sonambulismo, si dice algo en la terapia sobre la relación que mantienen, a lo que Mario indica que para él lo que desea es dormir tranquilamente. Se les confronta que ellos no han realizado las alternativas presentadas en el espacio terapéutico, y lo que se trabajará en el espacio terapéutico es la forma en que la pareja se está relacionando.

Se observa las interacciones de la pauta:

- Carolina no quiere adoptar las sugerencias terapéuticas de dormir separados ya que para ella le ha funcionado el seguir durmiendo juntos y no está dispuesta a cambiar eso, ya que considera que es parte de su relación.
- Mario desea dormir en habitaciones separadas para poder conciliar el sueño y no ser despertado por Carolina durante los episodios de sonambulismo. Pero decide mantenerse callado y aceptar la necesidad de Carolina de dormir juntos.
- Mario expresa lo que le molesta de Carolina acerca de su forma de reaccionar, donde ella reconoce cuales son las actitudes agresivas de Mario.

Se les indicó que la pareja puede presentar diferencias o similitudes. Pero debe de existir un acuerdo en que los dos se encuentren de la mejor manera en la relación y es algo que esta pareja no se ha llegado:

- La pareja muestra diferencias, donde el papel de Carolina es más dominante ante Mario y el acepta las condiciones que va poniendo en la relación para evitar el conflicto llamándolo “Miedo”. Se logró hacer explícito como es que cada uno toma una postura generando en la pareja desacuerdos o que exista una parte del sistema que se encuentre inconforme.

Durante las sesiones la pareja hace referencia a su historia personal o la relación que mantiene con miembros de su familia de origen:

Se le solicitó a la pareja una sesión individual, como se había mencionado antes del suceso del sismo. Aceptan acudir a la sesión individual y quien acude primero es Mario, expresando que ante los temas que había mencionado en sesiones anteriores el propuso que fuera el primero en acudir.

Mario refiere al inicio de la sesión que está acostumbrado a ceder y es mal interpretado porque piensan que es débil y que lo pueden manipular, pero tampoco le gusta ser el “malo”.

Se describe parte de la pauta y las consecuencias de ceder:

Mario quiere poner un límite debido a la injusticia que siente en la relación, pero <u>prefiere ceder y se queda con el coraje.</u>	En ocasiones, <u>pone límites</u> Le contesta mal Carolina y a los niños.	<u>Se siente mal</u> porque debió haber sido más tolerante. Se arrepiente y se queda con remordimiento.	<u>Amenazas</u> “si no me tratas con cariño... un día vas a llegar y a tener todas tus cosas afuera” y explosiones de Carolina	<u>Miedo</u> a las reacciones de Carolina	<u>Vuelve a ceder</u> llevando la fiesta en paz siendo más tolerante a costa de él y no importa si abusan de él diciéndole lo que sea para que la escalada simétrica ya no aumente, pero se queda nuevamente con el coraje.	<u>Luna de miel</u> Ella se da cuenta de que hizo mal y pide perdón, Mario la perdona y ella vuelve hacer los mismo en otro momento.
---	---	---	--	---	---	--

Mario en este momento de su vida llega a la conclusión de que ya no desea ceder ante sus necesidades y actuar para el sentirse más cómodo. Reconoció que no se atreve a confrontar a Carolina y decirle “ya no estoy cómodo” o “ya no me gusta esta situación”. Se le cuestiona: ¿Qué otra cosa podrías hacer para estar mejor? Mencionó que debe primero reconocer que aspectos le generan felicidad y cuales inconformidad. Mario reflexiona y se pregunta ¿Por qué yo tengo que estar haciendo feliz a los demás? Se percata que ha dejado de lado sus prioridades, autocuidado y su felicidad.

Se le cuestionó por acciones que él pueda identificar en la relación de pareja para estar mejor: menciona que ya no está disponible para su pareja todo el tiempo, ahora puede expresar que está

ocupado y no anteponer las urgencias de Carolina a su propio tiempo o necesidades. Alguna vez le dijo a Carolina “es que tú me tienes con una seguridad, me truenas los dedos y ahí estoy” (sic) .

Por otra parte, Mario se nota frustrado, ante las agresiones de Carolina hacia él y como no puede actuar, tal vez porque el miedo lo paraliza.

- ✓ Se hace una escala kinestésica para indagar las cosas que si ha hecho y las que le faltaría por hacer para acercarse al bienestar. La puerta del consultorio es el número 10 (bienestar con las cosas que ha hecho para la relación) y 0 (no he hecho nada como él lo menciona anteriormente).

El piensa que si ha habido un cambio ya que ha llegado a hasta la mitad si ha logrado hacer (5). Se elogia nuevamente de estos cambios que ha llevado a cabo:

- Lograr actividades para el mismo.
- No ceder ante todas las peticiones de Carolina.
- Poder expresar inconformidad e incomodidad en la relación
- Empezar a explorar alternativas ante su deseo sexual.

El menciona que no está preparado para avanzar un poco más y que, aunque de un pequeño movimiento de 0.5 este muy valioso. Expresa que el 10 no significa el divorcio o la separación con Carolina sino más bien es estar bien y posicionarse de otra manera en la relación de pareja.

Posteriormente, se tiene la sesión con Carolina, con el objetivo de definir la postura que tiene en la relación con Mario y averiguar si existe un cambio que pueda favorecer la desaparición del síntoma.

Se indagó sobre las expectativas que tiene Carolina sobre la relación y si han sido cubiertas. Reconoce que su pareja es muy gentil y caballeroso a ella le gustaría que el fuera más decisivo y firme en su trato. Las expectativas que ella tenía hacia su pareja era que él fuera el jefe de familia y que aportara más ingresos que ella, que él tomara las decisiones relevantes. Ante el hecho de que sus expectativas no han sido cubiertas le ha generado angustia y fastidio al ser ella quien aporta más económicamente y toma la mayoría de las decisiones en el hogar.

El tema económico es un tema que surgió con fuerza. Tema que no se había abordado en sesiones anteriores, ante la impotencia que expresaba Carolina por ser el sustento económico de la familia y sentir una carga, así como enojo hacia su pareja por no tener una participación más activa.

Para ella el mantenerse en la relación es por el amor que se tienen y la convivencia que han llevado a lo largo de los años, sobrellevando las situaciones del día a día. Reconociendo que, en los últimos 3 años, al menos 3 veces al año si se ha planteado la posibilidad de terminar la relación en momentos donde ella se siente enojada y fastidiada; llegándole a decir “yo, no necesitaría de ti, porque yo puedo resolver la vida por mí misma y con mis hijos” (sic).

Carolina puede reconocer que es una mujer fuerte, y que ha vivido momentos difíciles y dolorosos (el fallecimiento de una amiga y la muerte de sus papás) que ha logrado superar. Lo que considera que es un recurso que podría ocupar si pasara el peor escenario, incluso el vivir el terremoto del 16 de septiembre 2017.

Se le planteó que lo que ella relata puede verse desde dos niveles distintos:

- En la relación de pareja ella ya se siente cansada, por el no cumplimiento de sus expectativas. Pero reconoce que existe cariño entre ellos, pero genera enojo y desesperación por la falta de reacción de Mario
- En el plano sexual ella no se siente satisfecha, y para ella no existe el deseo de masturbarse.

Se considera que existe un factor en común, Carolina necesita un espacio para ella misma, donde se permita dejar de contralar muchos aspectos de su vida y pueda encontrar una comodidad. Se le dejó a Carolina buscar un momento de placer para ella, que pudiera realizarlo sin estar dormida. Ya terminada la sesión Carolina comenta que María está afectada por el sismo. Ha notado cambios en su actitud, ya que llora buscando mucho a su mamá y no quiera hablar del temblor. Se decide retomar una sesión únicamente con los niños y también establecer un cierre con ellos ante las sesiones previas que se tuvieron.

En la sesión con Roberto y María, se establece indagar la problemática y los efectos después del sismo, en el aspecto emocional. María presenta conductas que muestran miedo (referido por los padres). Se realizan las siguientes intervenciones:

- Conocimientos del sismo, con el cuento ¿Por qué tiembla el planeta Tierra?
- Se expresa como cada uno vive el miedo y que pasa en su cuerpo.
- Se valida el miedo, pero también se señala que es muy importante estar preparados y protegerse ante los sismos.
- Se busca un objeto (peluches), una actividad (jugar patineta), o recuerdos (como estar en la playa) para tranquilizarse cuando el miedo los atrapa y están solos.

- Se exploran la forma en que resuelven sus conflictos, ya que los padres refieren que últimamente ambos se golpean mucho, se agreden y se lastiman.
- Verbalización del conflicto fraternal y acuerdos enfocados a la solución.

Se realizó un cierre ante la externalización LO QUE COMENTARON O EXTERNARON PARA QUE NO SE CONFUNDA CON UNA EXTERNALIZACION DE LO NARRATIVO de María y Roberto sobre lo que les gusto de las sesiones y que han aprendido, así como los cambios que notaron, mencionaron:

- Aprendieron como se provocan los sismos y que las personas se pueden proteger.
- La familia se mantendrá unida sin importar el lugar que se encuentren.
- Los hermanos pueden pelear, pero se pueden pedir disculpas y estar unidos.

La sesión posterior fue con la pareja. Se planteó el cierre, el cual ya había sido anticipado para que pudiera ir contemplando el final de proceso terapéutico. Se trabajaron los alcances del proceso, los recursos personales y los recursos de la pareja, los cambios observados y las metas alcanzadas.

La pareja reconoció que el proceso para ellos es totalmente novedoso, ya que logran sentir un espacio de confianza y equidad que permite que se verbalizaran temas no abordados de la relación. Cada uno reconoció que se responsabiliza de la posición que tiene en la relación e inicio un compromiso para cambiar los aspectos que no les agradan de ellos mismo para sentirse mejor en la relación:

La pareja

- Se reconoce como miembro de dos relaciones (sistemas), en la relación de pareja y en la relación como padres, favoreciendo una solución ante los conflictos que pueda generar cambios al no entrelazar los problemas.
- Manifiestan una necesidad respecto a un autocuidado personal y tiempo para ellos de forma individual que beneficiaría su calidad de vida. Sin representar un peligro de distanciamiento en la relación
- Reconocen que son una pareja que esta permeada por los lineamientos de las relaciones tradicionales las cuales les fueron inculcadas, pero ellos pueden establecer su propio estándar de pareja, lo que les genera felicidad y estabilidad.
- Se hace explicito el circulo de violencia en el que participan y las agresiones en cascada que presentan. Generando una responsabilidad de sus acciones y un compromiso ante un contrato de no agresión.

Carolina:

- Reconoce que no desea tener relaciones sexuales, pero que debe ser abierta ante la posibilidad de que Mario pueda masturbarse ya que él desea seguir teniendo placer sexual.

- Expresa e identifica cuáles son sus necesidades, afectivas, económicas, de apoyo, familiares y de pareja, para poder externalizarlas y recibir ayuda de ser necesario por parte de Mario y ser comprendida para no tener una sobrecarga.
- Genera una flexibilidad ante las diferencias que presenta con Mario. Abriéndose a la posibilidad de aceptar alternativas a las que ella contempla.
- Reconoce que tiene actitudes agresivas con Mario, logrando identificar cual es el motivo y de qué manera agrede a su pareja. Se responsabiliza de las acciones y de evitar dichas acciones y, logra mediante la verbalización expresar los aspectos en los que se encuentra inconforme que generalmente detonan las agresiones.
- Identifica los recursos de fortaleza, valentía, capacidad de buscar alternativas y poder lograr las metas que se propone como resultado de la experiencia de vida y los aprendizajes. Lo que resume que ante la adversidad tiene la capacidad de reponerse.
- El sonambulismo disminuye notablemente sin desaparecer, reconociendo que su pareja no debe padecer ante los síntomas que ella tiene decidiendo acceder a las alternativas propuestas durante el proceso.
- Desea continuar con un proceso individual.

Mario:

- Descubre que el tener una posición aparentemente pasiva genera una reacción ante el acumulo de las emociones, en otros ámbitos de su vida como lo es con sus hijos.
- Identifica que el ser una persona condescendiente no es sinónimo de debilidad y es capaz de manifestar su punto de vista y necesidad.
- Al ser explicito con sus necesidades es capaz de encontrar alternativas para satisfacerlas o poder negociarlas con su pareja.
- Reconoce el derecho de seguir disfrutando del placer sexual y se responsabiliza de buscar alternativas para tener placer sexual sin necesidad de tener relaciones sexuales, debido a que su pareja no desea mantener relaciones sexuales. La pareja no desea tener una relación abierta en la que se pueda experimentar con personas fuera de la relación, lo cual ellos mismos lo definieron.
- Manifiesta que él se sentía responsable del sonambulismo de Carolina y por ello cedía a no realizar un cambio en la rutina al momento de dormir, lo que repercutía en su calidad de sueño. Ahora está dispuesto a realizar cambios que beneficien su sueño.
- El autocuidado es un factor que se reconoce descuidado y para poder recuperarlo se decide plantear actividades que a él lo reconforten, teniendo tiempo para el mismo.
- Desea trabajar en mejorar su autoestima, poder seguir trabajando en el autocuidado y se plantea la posibilidad de seguir un proceso individual.

Se realiza un seguimiento a los 6 meses, manifestando que cada uno está por iniciar el proceso individual, que el contrato de no agresión sigue vigente y han logrado expresar sus necesidades y llegar a acuerdos, lo que generó que los episodios de sonambulismo se presentaran más esporádicamente.

Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica

Meta terapéutica pactada con los consultantes

- Lograr llegar a acuerdos en la relación, tomando en cuenta los puntos de vista de ambas partes
- Lograr que los efectos del sonambulismo no afecten el descanso de la pareja
- Definir las prioridades en la relación

Definición del problema

Carolina presenta episodios de sonambulismo que interfieren con el sueño de su pareja, ya que despierta a Mario y se genera una mala calidad de sueño al ser interrumpido y en ocasiones no logra conciliar el sueño.

La pareja no logra tener acuerdos en la relación. Carolina manifiesta que Mario es una persona pasiva y que no toma la iniciativa. Cuando Mario intenta realizar acciones que denoten liderazgo es reprendido por Carolina por hacer las cosas como a ella no le gustan.

Intentos de solución

La pareja afronta equivocadamente el problema, ya que existe la creencia que, al resolver el problema de sonambulismo, la relación de pareja será perfecta y vivirán una vida idealizada encontrándose en el *síndrome utópico*. También se mantienen en una *Paradoja*, ya que Carolina le pide a Mario que tome más participación en la relación, pero no cede ante la postura de poder que mantiene (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

Formas de crear un problema

La pareja decide que está en un problema ante el malestar que provoca el sonambulismo y los constantes desacuerdos en la relación. Los problemas son interaccionales y ocurren como resultado del intento de solución a los desacuerdos y sonambulismo. La pareja ha convertido en problema ante las siguientes condiciones (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974):

-La pareja No ha tomado acciones específicas de conducta ante la necesidad de que el sonambulismo de Carolina desaparezca o disminuya.

-La relación sigue manteniendo la pauta de desigualdad debido a que No se toman acciones para cambiar la interacción.

Mantenimiento de Problemas

La pareja ha mantenido el problema al repetir los intentos de solución que no tuvieron éxito y son parte de la integración en la relación de pareja. La pareja sigue sin realizar cambios en su rutina de sueño, tienen una comunicación confusa y paradójica que contribuyen a la formación y el mantenimiento del bucle de retroalimentación positiva (Fish, Weakland & Segal 1982).

-*El síndrome utópico*, la pareja idealiza que sus problemas son por el sonambulismo y que, a partir de solucionar los episodios, las diferencias, desacuerdos y peleas desaparecerá.

-*Las paradojas*: la pareja se encuentra dentro de un error de tipo lógico y crear un “juego sin fin” que surge cuando Carolina intentan un cambio en una situación que tan solo puede cambiarse a partir de un nivel lógico superior (cambio dos). El cambio dos sucede cuando el sistema se convierte en otro distinto al modificarse las premisas (las reglas) que rigen al sistema total. Lo que favorecería que pudieran llegar a acuerdos.

Tipos de consultantes

La pareja se puede identificar en el siguiente tipo de consultante (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

- En inicio del proceso se percibe que la pareja podría ser *visitante*. Ya que acuden como última instancia con la esperanza que se genere un cambio en los episodios de sonambulismo; son referidos por conocidos como una posible solución, sin esperanza al cambio.

-Posteriormente se logra que se conviertan en clientes, ya que muestran interés por el cambio y solicitan ayuda para resolver sus problemas considerándose como parte del problema responsabilizándose de su posición y las acciones que ellos pueden tener favorecerá la mejoría.

Proceso

Recopilar información sobre la queja. Durante la primera sesión se logra la escucha ante la explicación del problema. Lo que proporciona una imagen de la relación que tiene el motivo

manifiesto (sonambulismo) con las interacciones ante los desacuerdos en la relación. Se descubre que la pareja pasa por un momento de intensidad de los episodios, lo que genera la búsqueda de terapia.

Intentos hechos por la pareja para resolver la situación por su cuenta:

- Buscar el agotamiento con ejercicio y saturación de actividades para que Carolina duerma toda la noche y no presente sonambulismo. Les llegó a funcionar un par de ocasiones.

- Mario graba a Carolina en la noche para poderse enseñar y que “inconscientemente” provocara un cambio al sentirse avergonzada de su conducta. En ocasiones durante el episodio de sonambulismo, Carolina reaccionaba ante la grabación de forma molesta y agresiva.

-Intentaron en una ocasión que Mario durmiera en la sala para que descansara. Lo cual le generó dolor físico a Mario por su estado de salud y generó molestia en Carolina por dormir separados. El intento de solución solo se aplicó una ocasión, ya que ellos describen que trajo más problemas y no solucionó el sonambulismo.

-Realizar ejercicios de respiración y relajación para que Carolina durmiera tranquila y no se presentara el sonambulismo, lo cual se intentan en varias ocasiones sin generar éxito.

-Ante los desacuerdos, Mario intenta ceder a las peticiones de Carolina para no generar malestar y peleas. Dejando de prestar atención sus necesidades y llegando a sentirse insatisfecho.

-Carolina le exige verbalmente a Mario que sea una persona más participativa ante la toma de decisiones y apoyo económico. Las acciones que realiza Mario para ser más participativo son criticadas por Carolina.

-Mario desea seguir manteniendo relaciones sexuales con Carolina, ella no tiene deseo sexual. Mario decide dejar de insistirle ya que en cada intento su pareja se molesta, Carolina refiere sentir culpa por no acceder a tener relaciones sexuales.

Cambios mínimos que se necesita para que se denote progreso:

- Carolina desea que se reduzca la frecuencia de los episodios de sonambulismo (la variación de los episodios es intermitente, aproximadamente llega a tener 15 episodios al mes).

- Mario desea poder dormir interrumpidamente en la noche (posteriormente que ese sueño sea reparador y que no presente molestias en la espalda por la mala calidad de sueño).

- Ante los desacuerdos un cambio mínimo es la expresión oral de las necesidades individuales

Programación terapéutica y estrategias de cambio (Nardone y Watzlawick, 1990):

- En las sesiones se busca una similitud con las palabras que los consultantes referían, y la forma en que mencionaban su contexto sin hacer referencia a palabras técnicas: Aprender a hablar el lenguaje del paciente. Esta premisa proviene del modelo desarrollado por Milton Erikson, Bandeler y Grinder (en Nardone y Watzlawick, 1990).

- Se usó la reestructuración de la conceptualización de pareja, debido a una presión contante de cubrir las demandas de la normalización de las parejas en donde se es indispensable tener relaciones sexuales y el hombre debe ser el proveedor económico con mayor participación. Se modificó la estructura de una la pareja sin cambiar su significado, no se cuestiona la idea presentada, sino que se presentan diferentes puntos de vista sobre ella:

- En algunas parejas no necesariamente las relaciones sexuales cubren la satisfacción sexual, puede ser mediante la masturbación o estimulación.
- En el aspecto económico, puede ser mayor la aportación de la mujer, pero no es sinónimo de que se responsabilizara de todas las áreas en la pareja y en la familia ya que puede existir una sobrecarga. Se pueden delegar responsabilidades y negociar que aspectos pueden ser equilibrados, para que no existe una sola persona con todo el trabajo en la relación y en la familia

Las intervenciones principales

Surgen como consecuencia de los intentos básicos de soluciones antes mencionadas (Fisch, Weakland, & Segal, 1982):

- a) El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Se buscó que Carolina describiera las situaciones que anteceden al episodio de sonambulismo para lograr provocarse un episodio. Lo cual ella no aceptó.

b) El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación: Carolina deseaba conseguir espontaneidad mediante la premeditación. Ya que deseaba que Mario fuera más participativo, pero ante los intentos de lograrlo era rechazado por Carolina. Por lo tanto, se le pidió a Carolina que fuera más directa con las acciones que indiquen que Mario está siendo más participativo, en la relación.

*En esta intervención no se logró observar las conductas de violencia que presentaba la pareja. Por ello se entiende que la pareja no adopta la intervención, ya que Mario estaba en una postura de protegerse.

Las intervenciones Generales

Sirvieron para comunicarle a la pareja alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una posterior intervención más específica (Fisch, Weakland, & Segal, 1982):

a) No apresurarse: Se escuchó a la pareja ante las soluciones intentadas y el equipo terapéutico tomo la decisión de no cambiar la pauta a partir de la modificación de la forma en que dormían. Ya que no se pretende obligar al paciente a que cambie.

Lo que se hizo en sesiones posteriores fue hacer explícita que las alternativas que podrían traer una mejoría (el dormir separados) y que estaban siendo rechazadas como una posible resistencia. El hecho de dormir separados es más una necesidad de Mario, a la cual no accedía para no causar un conflicto. Mario deseaba poder dormir ininterrumpidamente, lo cual se lograría al dormir separados. A nivel relacional Mario no percibía un distanciamiento con dicha acción sino comprensión y cuidado por parte de Carolina. Por su parte Carolina percibía un rechazo al separarse al momento de dormir y no logra reconocer las necesidades de su pareja anteponiendo las suyas.

b) Los peligros de una mejoría: Se le solicitó a la pareja que hicieran explícitas las desventajas de solucionar sus problemas, a lo que ellos mencionaron:

- Las discusiones podrían incrementarse al no tener un tema como el sonambulismo, donde pueden “unir fuerzas” (sic) para luchar contra él.

- El tema de la sexualidad no se retomaría. Ya que antes de eso, cada uno toma el rol de no hablar del tema y ceder ante la negativa de poder tener placer sexual.

c) Un cambio de dirección: En un inicio las sesiones se enfocaron al sonambulismo como tema eje; ya que la pareja así manifestó su malestar y se negoció en las primeras sesiones. En cuanto fue avanzando el proceso se decide que los aspectos relacionales deben de tener un foco más relevante y se fue monitoreo el sonambulismo.

Dicha decisión se toma al observar los desacuerdos que tienen como pareja. La falta de soluciones ante las peticiones que cada uno realiza, las peleas que surgen por las diferencias en perspectiva de cómo se deberían de hacer las cosas en la relación y que indirectamente tienen relación en los efectos del sonambulismo y la mejoría de la calidad de sueño de Mario.

d) Cómo empeorar el problema: Esta intervención se realizó en las últimas sesiones del proceso con la pareja. Se les solicito que verbalizaran con que conductas de su pareja están siendo agredidos y que conductas realizaban que agredían a su pareja:

Carolina:

- Reconoce que empieza a gritar y que no deja hablar a Mario cuando están en una discusión.
- Cuando se desespera empieza a insultar a Mario desvalorizándolo por: el poco ingreso económico que aporta, la falta de toma de decisiones en ocasiones importantes, la poca participación en la crianza con sus hijos y, las situaciones de salud que presenta.
- Menciona que es un acto egoísta y agresivo el no permitirle que a su pareja masturbarse, ya que las personas tienen el derecho de tener placer sexual.
- Se percata que ante las explosiones que tiene se genera un aumento en la intensidad, llegando a agredir a Mario físicamente.

Mario:

- Manifiesta sentirse agredido por Carolina al ser señalado por hacer mal las cosas.

-Declara que Carolina puede ser muy explosiva y en varias ocasiones lo ha agredido físicamente.

-Expresa que las emociones que llega a reprimir se ve reflejado con la poca tolerancia a sus hijos.

Pareja:

En la terapia se les muestra el ciclo de violencia que presentan ante las agresiones que ellos identificaron, y como las agresiones pueden seguir en cascada, hasta llegar a otros miembros de la familia. Se les señala que la violencia es un fenómeno que no forma parte de la esencia de los participantes, sino que tiene una base relacional (Perrone y Nannini, 2006):

Por ende, se le explica a Mario la premisa que él tenía sobre:

-El silencio, logra ser sinónimo de agresión por parte de Mario a Carolina, ya que puede ser interpretado como una forma de ignorar a la persona.

Se les explicó que, ante las situaciones de violencia, Mario tomó una posición donde logra reducir o evitar las agresiones de Carolina, sino respondía era más probable que Carolina dejara de agredirlo.

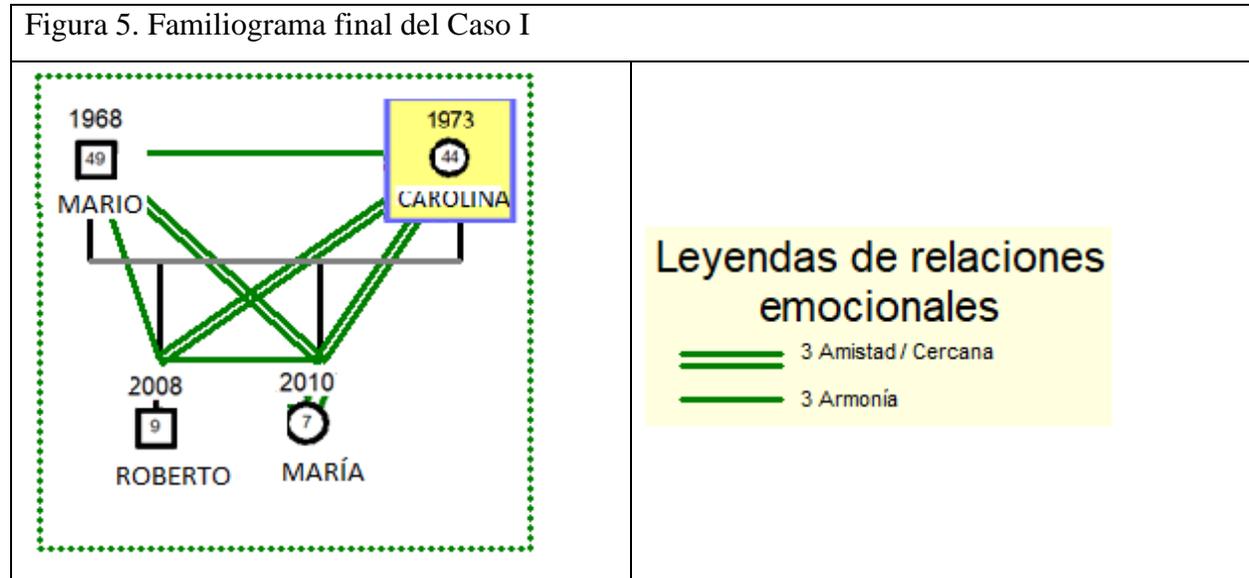
En esta intervención se les pide que expresaran que sucedería si continúan con las mismas agresiones. La pareja conmovida, expresan su responsabilidad en las acciones que han hecho y las acciones de protección que pueden realizar:

- La pareja decide que cuando se presente un desacuerdo y empiece una agresión, dejaran de hablar del tema y podrán retomarlo más adelante cuando se encuentre calmados
- Mario expresará en el momento que se sienta agredido
- Los conflictos en la relación de pareja no tendrán que repercutir en la relación como padres y menos con sus hijos. Se tendrá que llegar a acuerdos para que pueda beneficiar a todos.

Ante la intervención de “Cómo empeorar el problema”, se puede manifestar la postura de cada miembro de la pareja, que se responsabilizan de sus acciones, que observaran los efectos de sus conductas y pueden describir conductualmente las alternativas.

Resolución de problemas

La pareja tuvo un alcance en los cambios mínimos observables para indicar una mejoría. Posibilita el cambio de patrón de intentos fallidos de solución, logrando romper el ciclo de retroalimentación positiva (ciclo). Además, la mejoría ocurrió ante la percepción de la pareja sobre el problema y los cambios que se pueden realizar provocando una disminución del estado de angustia.



El Familiograma se realizó al finalizar el proceso y denota la mejoría de las relaciones que presentaba la familia, pero principalmente la pareja. Los objetivos alcanzados pueden seguir propiciando los cambios necesarios para que la pareja pueda mejorar o mantener los cambios presentados.

Análisis del sistema terapéutico total

La experiencia con el caso tiene una gran importancia en mi formación como terapeuta. En un inicio era la segunda pareja con la que llevaba un proceso, lo cual me hizo sentir más cómoda y menos ajena al interactuar dos consultantes y los consultantes.

En un inicio, trabajar con parejas involucra estar pendiente de cómo te relacionas con ellos, para evitar una alianza constante con uno de los miembros, excluyendo al otro. Observar las interacciones para no coludirse con el sistema en situaciones de violencia y finalmente poder lograr un objetivo que sea funcional para la pareja y no solo para un miembro. Por otra parte, como

terapeuta al ser un tema sobre sexualidad me invita a cuestionarme sobre ¿Cómo abordo la sexualidad? ¿Qué efecto tiene en mí el tema de la sexualidad dentro de un espacio terapéutico?

Por mucha o poca experiencia que uno pueda tener, es importante recalcar que cada pareja tiene su propia historia, sus características y sus problemas. No existe una receta que se pueda seguir, a pesar de las críticas que puedan surgir al modelo ante las intervenciones estructuradas.

El caso presentado es un ejemplo ante la flexibilidad que debe de tener el terapeuta para poder acomodarse a las necesidades de los consultantes. Un evento que marco el proceso fue el terremoto del 2017, trastocando la experiencia personal como terapeuta ya que también estaba teniendo efectos personales por dicho evento.

Existía una necesidad de contención a lo que se dio prioridad y como terapeuta se pudo generar una empatía no solo a nivel sistema terapéutico, sino a nivel institucional. Los consultantes perdieron su patrimonio y se abogó para que las sesiones no se cobraran debido a la situación que se vivía, el Centro accedió ante la emergencia que se vivía.

La relación con la pareja se estableció desde un inicio con mucha empatía, generando una apertura ante el dialogo que se presenta durante las sesiones. En un inicio parecía existir pudor por los temas relacionados con la sexualidad. Se logró crear un espacio de confianza y apertura donde ellos se pudieran expresar. La relación que existía con la coterapeuta favoreció que entre nosotras se pudiera mostrar un dialogo sin pudor y directo invitando a la pareja a sentirse cómodos.

La coterapia es un proceso con el cual me sentí cómoda, porque se pudo establecer una relación de respeto, empatía, escucha activa y confianza. Dicha relación logró beneficiar el proceso terapéutico, al ser claras con las intervenciones realizadas, sin generar confusión en la pareja y consiguiendo expresarnos asertivamente. En ocasiones se llegaban a tener puntos de vista diferente, los cuales eran expresados con normalidad durante las sesiones y se realizaba con la intención de que la pareja tuviera una respuesta ante ello.

En el inicio del proceso terapéutico me encontraba en un proceso de asimilación e integración, donde los choques de los diferentes modelos epistemológicos y el encuentro con la posmodernidad implicaron inseguridad ante las intervenciones tan directas que son parte del Modelo MRI. El equipo terapéutico y la supervisión fueron de apoyo para acompañarme en dicha transición.

La supervisión fue un acompañamiento ante el proceso terapéutico de la pareja. No se tuvo una visión rígida ni evaluadora, lo que generó confianza para poder intervenir desde nuestro propio estilo terapéutico que fuimos desarrollando durante el proceso de la maestría.

Finalmente, el equipo de observación fue una nueva modalidad en la supervisión. Para mí represento una novedad que conllevaba ser observada por personas con las que no tenía una relación de confianza como era el Equipo terapéutico. Pero no impidió que me sintiera cómoda y enriquecida por las descripciones que daban, ya que, eran aportaciones que hacían reflexionar sobre la experiencia dentro de la sesión.

Caso II. Jorge y Victoria

El caso presentado, se atendió en el “Centro Comunitario San Lorenzo” como parte de las prácticas supervisadas de la Residencia Maestría en Terapia Familiar, dicha supervisión se encontró a cargo de la Mtra. Martha López. Se trabajó en coterapia junto con la terapeuta Salma Ledón Chávez

Los consultorios en los que se atienden no cuentan con cámara de Gesell, debido a esto las modalidades de supervisión son dos: directa o grabación de audio

En el proceso del Centro para recibir terapia de pareja, los consultantes acuden a la recepción y se les indica que en la primera sesión se les verá de manera separada y posteriormente el equipo terapéutico les informará si las sesiones serán individuales o en conjunto. Se determinó que, ante las experiencias en atención con parejas en un contexto de violencia familiar, que se han presentado en el Centro, la atención sería individual. La finalidad de atenderlos individualmente es poder atender de una manera oportuna, ética y no perpetuar pautas de violencia. Así como poder resguardar la seguridad de los miembros de la pareja, esto es apoyado por lo revisado en la bibliografía (Araujo, Guzmán, & Mauro, 2000; Bernal, 2005; Cárdenas, 1999; Curi, & Gianella, 2003; Moreno, 1999; Penn, 1999; Perrone, & Nannini, 1997; Ravazzola, 2003).

En las sesiones individuales la pareja relata que presentó episodios de violencia, infidelidad y separación desde que iniciaron la relación. Se descarta que alguno de ellos se encuentre en riesgo. En el caso presentado se decidió mediante la supervisión y el quipo terapéutico que la pareja

continuara las sesiones en conjunto y se indagó el motivo de consulta. Durante el proceso se monitoreaba que no se presentara algún hecho de violencia o agresión.

Los consultantes manifestaron como motivo de su consulta: No tener acuerdos como padres, lo que está afectando a sus hijas, al ser una familia reconstruida se manifiestan disputas en la dinámica familiar. Consideraban que la relación que tienen como pareja es el motivo de los desacuerdos constantes.

Se descubre que existe un conflicto de pareja que se traspa al conflicto en la relación de padres. El proceso de comunicación se vincula con la pauta, desencadenando conflictos dentro de la pareja. Se decide que la pareja debe hacer explícitas sus necesidades para tener la posibilidad de negociarlas para llegar a acuerdos.

Se logra que la pareja pueda identificar la pauta que los atrapa en el conflicto y verbalicen necesidades y alternativas.

El proceso se concluye con el alcance de la meta terapéutica. La pareja desea continuar asistiendo a terapia con la posibilidad de iniciar un nuevo proceso con distintas metas terapéuticas. Los consultantes manifestaron tener un proceso legal donde se podría solicitar participación de las psicólogas, por policías del Centro y de la UNAM se decidió detener la intervención y que ellos tuvieran la posibilidad de retomar cuando concluyeran el proceso legal.

El seguimiento se realiza 3 meses después, refieren mantener los cambios y que dichos cambios han alcanzado a mejorar áreas familiares importantes, consideran que se encentran bien. Mencionan que no han concluido con el proceso legal, aunado a la falta de tiempo por los horarios laborales que les impide acudir nuevamente, como ellos deseaban.

Datos generales

Tabla 23. Datos Generales					
Supervisora:	<i>Martha López Zamudio</i>				
Tipo de supervisión:	<i>Directa Grabación de audio</i>				
Modalidad:	<i>Pareja</i>	Modelo:	<i>Terapia Breve Centrado en los Problemas (MRI)</i>	Sesiones:	<i>9</i>
Terapeutas:	<i>Julia Valeria Gutiérrez Nava Salma Ledón Chávez</i>				
Cede:	<i>Centro Comunitario "San Lorenzo"</i>				

Bitácora de sesiones

Las sesiones con la pareja fueron planteadas cada 15 días con una duración de 1 hora. Asistieron a todas sus sesiones con puntualidad.

Tabla 25. Asistencia a sesiones					
#	Fecha de sesión	Terapeuta	Modalidad	Asistentes	Supervisión
1	09. Febrero. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Salma Ledón Chávez	Sesión individual	Jorge	Directa
		Lozada Guzmán María De La Luz	Sesión individual	Victoria	Grabación
2	16. Febrero. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Salma Ledón Chávez	Pareja	Jorge Victoria	Directa
3	23. Febrero. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Salma Ledón Chávez	Pareja	Jorge Victoria	Directa
4	02. Marzo. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Salma Ledón Chávez	Pareja	Jorge Victoria	Directa
5	16. Marzo. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Salma Ledón Chávez	Pareja	Jorge Victoria	Directa
6	23. Marzo. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava Salma Ledón Chávez	Pareja	Jorge Victoria	Directa
7	30. Marzo. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava	Pareja	Jorge Victoria	Grabación
8	06. Abril. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava	Pareja	Jorge Victoria	Grabación
13. abril. 2017. Día de asueto.					
9	20. abril. 2017	Julia Valeria Gutiérrez Nava	Pareja	Jorge Victoria	Directa

Motivo de consulta

Mejorar la dinámica familiar a partir de la relación de pareja, ya que existe diferencia en acuerdos de las decisiones que se toman para la familia. Esto ha influenciado en discusiones constantes y contemplar tomar la decisión de separarse.

Para Jorge el acudir a terapia de pareja es poder encontrar solución de los problemas que los atrapan en discusiones que están puestas en el pasado y, para poder avanzar a acuerdos y esto sea beneficioso para sus hijas encontrando soluciones y no repetir la historia. Desde el punto de vista de Victoria, han tenido dificultades que sobrellevaron al lograr acuerdos, ella considera el platicar ha ayudado a mejorar la relación (antes existían agresiones y ahora pueden hablarlo). Desea poder mantener una estabilidad en su relación de pareja que favorezca la convivencia como familia

Antecedentes y condiciones generales en las que se presenta el problema

La familia es reconstruida, Victoria tiene una hija de otra pareja de 13 años, y del matrimonio tienen dos hijas una de 10 años y una de 4 años. Esto ha sido también motivo de problemas en la pareja por la forma de educar a las hijas y las distinciones que se pueden hacer. Así como, las opiniones de la familia nuclear sobre dichas distinciones (preferencias sobre los regalos que se les dan, los regañones, maneras de educar y tipo de relación).

Jorge atribuye la problemática a que en el 2011 él salía de los roles que corresponden al matrimonio considerando su vida todavía como soltero (salía de fiesta y no llegaba a su casa). Lo que provoca reproches constantes por parte de Victoria y, a partir de agosto del 2015 ella decidió hacer lo mismo: Tener una vida de soltera (salía de fiesta con sus amigas y descuidaba a sus hijas). Lo que generó discusiones y reproches constantes por parte de los dos respecto a las conductas de cada uno, aumento la frecuencia de estas discusiones que son presenciadas por sus hijas.

Un evento determinante para la pareja fue una agresión de violencia física en el 2010 por parte de Victoria hacia Jorge. Él decidió grabar dicho hecho y acudir al Ministerio Público, debido a que Victoria le pegó en dos costillas. Esto sucedió en su casa cuando se encontraban sus hijas y al empezar los reclamos sobre las salidas constantes a fiestas de Victoria. A partir de ese momento Victoria decidió irse de la casa con sus hijas a la casa de su madre, lo que molestó a Jorge por no esperar al proceso legal (regresaron en el 2011).

La pareja tiene periodos de estabilidad, hasta que en el 2014 se presenta una infidelidad por parte de Victoria en el 2014. En febrero del 2016, inician un proceso de divorcio que decidieron poner en pausa. A partir de entonces ha mejorado la forma de dividirse las tareas del hogar y económicas.

La pareja considera que el tema que más ha provocado sus discusiones es la falta de confianza. Victoria lo llama “respeto” (es decir, la falta de este), ya que Jorge está en contacto con sus exnovias y las conductas de “solteros” son de ambos. Para Jorge, la toma de decisiones es un aspecto relevante para poder llegar a acuerdos, ya que parece que cada uno quiere hacer las cosas a su modo siendo una lucha de poder lo cual no es un problema para Victoria.

Desarrollo del caso

Se decidió junto con la pareja que el tema a trabajar en la terapia sería el respeto/confianza. Como primera meta sin dejar de lado el tema de la lucha de poder que expuso Jorge, sería retomado más adelante.

Ante los sucesos de violencia se exploró si existe en la actualidad alguna posibilidad de riesgo para algún miembro de la pareja o familia. Se expuso a la pareja la postura ética ante la violencia y, que no se permitiría que alguien esté en riesgo. Si se presentará algún acontecimiento violento durante el proceso, tendríamos que intervenir.

Para Jorge la desconfianza inicia en el momento que ellos deciden irse a vivir juntos y él continúa asistiendo a fiestas, no llegando a casa. Saliendo con sus amigos mientras que su pareja se quedaba en casa. Para Victoria el punto de quiebre es una pelea que existió cuando Jorge acudió a un evento con una exnovia y terminaron peleando por ella su primo, su cuñado y compañeros de trabajo. Al estar mucho tiempo bailando con Jorge, Victoria le solicitó que ya no tuviera contacto con ella, lo que acepto Jorge. Pero realmente no sucedió así. Lo que desencadeno en una separación de dos años.

Para el caso revisado en la supervisión clínica, se empleó el Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas (MRI). Donde, en base en estrategias planeadas, bajo objetivos específicos y fundamentadas en la postura del paciente, ante la terapia, el problema y el terapeuta, lo cual refleja la influencia del trabajo de Erickson (Ochoa, 1995). Fue importante retomar los axiomas de la Teoría de la Comunicación Humana.

La terapia para el caso, estuvo enfocada para intervenir en la respuesta que daba la pareja al momento de hablar de infidelidades o desacuerdos para solucionar el problema sin éxito. Ya que para uno de ellos no tenía relevancia el tema y para el otro sí. Al respecto Szprachman de Hubscher (2003), refieren que los intentos de solución es lo que hace que el problema se mantenga.

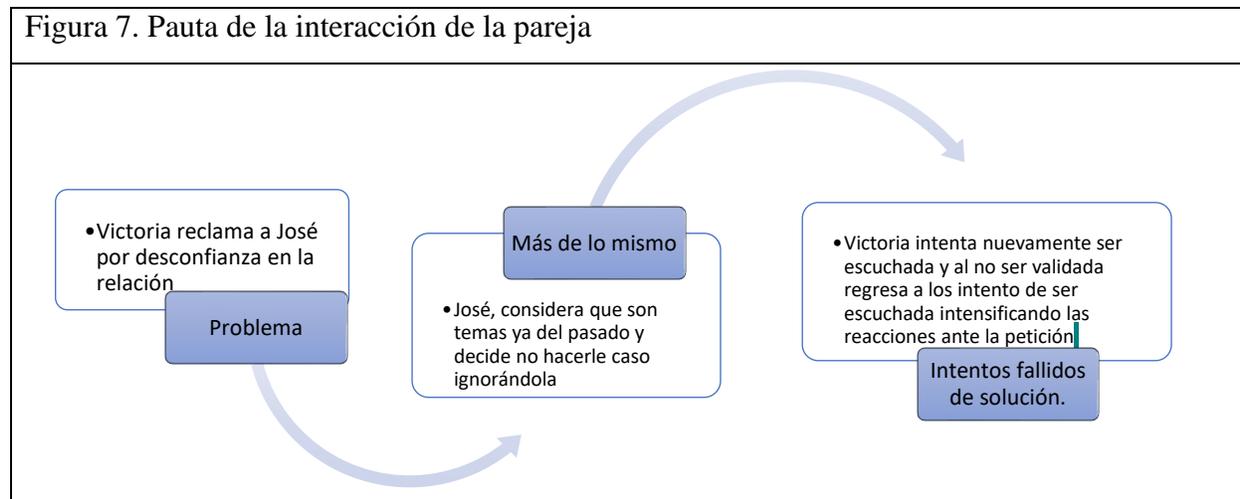
Por tal motivo se rastreó cómo se presentaba la pauta en los intentos de solución de la pareja. Primero se definiendo qué entienden por respeto y desconfianza y qué de esto mantiene al problema. Al conocer la postura de los consultantes se puede incrementar al máximo la disponibilidad y evitar resistencias.

Jorge sostiene que para él las cosas pueden cambiar y mejorar. Que un aspecto a cambiar lo identifica en las actitudes que tiene Victoria, y considera a la terapia un facilitador para que la

relación mejor. Victoria tiene una postura al cambio sesgada por las peticiones que le ha realizado a Jorge y considera que él no cambia. Se entabla una conversación sobre el cambio y la postura de ella. Ya que ante una visión rígida del no cambio, podría repercutir en el proceso, ya que el cambio es una premisa fundamental. Victoria decide que sí es posible el cambio y que la terapia puede facilitar la mejora en aspectos que ellos ya han trabajado

Se estableció que Jorge es un comprador debido a que es quien solicita la terapia. Al inicio se muestra como quejoso indicando que es Victoria quien debe de cambiar, pero finalmente se mantiene como un comprador y se considera parte del problema. Por su parte Victoria al inicio del proceso terapéutico es considerada una visitante, ya que relata muchas mejoras en la pareja, pero no se encuentra una queja específica. Al indagar más podemos concretar una meta terapéutica y la consideramos una compradora. Esto puede vislumbrar un pronóstico favorable a la permanencia en el proceso terapéutico de la pareja, alcanzando cambios significativos que favorezcan la relación y por tanto el alcance de la meta terapéutica.

Se busca la PAUTA, que permita identificar qué es lo que mantiene el problema. Se puede observar que existe una forma de relacionarse como pareja:



Jorge hace simplificaciones del problema negando que exista alguno. Por su parte Victoria actúa de acuerdo con el síndrome de la utopía, pues pide que la relación funcione de acuerdo con sus expectativas y es renuente a que cambien en otro sentido.

Se pueden distinguir dos soluciones intentadas que los mantienen en un cambio tipo 1: Victoria es quien suele tomar la iniciativa para platicar con Jorge sobre las cosas que disminuyen el respeto/confianza entre ellos, Victoria es quien toma la iniciativa para un acercamiento con Jorge para hablar de los problemas de respeto/confianza.

Una vez conocida la Pauta y haciendo una valoración de las interacciones, se enfocó la intervención en la modificación en la interacción de los axiomas de la comunicación, produciendo una reacción en cadena, es decir, realizar un cambio de tipo 2. Los cambios mínimos que la pareja desea obtener es poder comunicar lo que le molesta a cada uno y tener la escucha del otro.

El proceso terapéutico y las intervenciones en el caso iniciaron con un proceso de inversión, por medio de un cambio mínimo, para disminuir los intentos de solución que sostienen la pauta problemática. De modo que se reduzca la magnitud del problema y con esto, hagan menos uso de los intentos de solución problemáticos y así sucesivamente.

Las intervenciones principales, definidas teóricamente como el intento de conseguir sumisión. Esto es, mediante un acto de libre aceptación, donde al existir un sermón por parte de Victoria sobre el deber de Jorge para escucharla en sus exigencias, con respecto a conductas de acercamiento de la pareja. Jorge decide que no es un problema la solicitud que le pide Victoria, haciendo caso omiso para poder negociar ante las necesidades de Victoria

- Se les pidió que determinen explícitamente las necesidades de cada uno y así poder hablar de acuerdos.
- Ser escuchado por el otro, aunque para Jorge no sea un tema relevante escuchar los argumentos de Victoria y dar su punto de vista.
- Durante las sesiones se descubrió que lo que detona una pelea es que llega la posibilidad de charlar ya cuando la pareja se encuentra en un punto crítico.

De acuerdo con el modelo del MRI el proceso terapéutico termina cuando el problema ha sido resuelto. En el caso de la pareja, se toma esta decisión debido a que se cumplió la meta acordada en un inicio. También se tomó esta decisión debido a que ellos continuaban en un proceso legal y solicitaban que se pudiera utilizar lo trabajado en las sesiones como evidencia legal. De acuerdo a los estatutos del Centro y de la Facultad de Psicología de la UNAM, no podría ser posible y se acuerda pausar el proceso hasta que ellos tuvieran resuelto dicho proceso.

El seguimiento se realiza 3 meses después. Refieren mantener los cambios y que dichos cambios han alcanzado a mejorar áreas familiares importantes, consideran que se encuentran bien.

Mencionaron que no han concluido con el proceso legal, aunado a la falta de tiempo por los horarios laborales que les impide acudir nuevamente, como ellos deseaban.

Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica

Meta terapéutica pactada con los consultantes

- No poner en riesgo la relación ante la infidelidad.
- Alcanzar confianza en la pareja sobre la fidelidad.
- Ser valorado ante las aportaciones que se hacen a la relación.
- Mantener una relación de respeto.
- Mantener conversaciones donde se logre ser explícitas las peticiones y ser escuchado.
- Lograr hablar de las necesidades que tienen para poder negociar un acuerdo.

Definición del problema

La pareja ha pasado por problemas de infidelidad y separación. Lo que ha repercutido en la confianza y acusaciones de infidelidad que provoca discusiones constantes.

En la pareja, Victoria realiza una aportación económica mayor a la de Jorge, generando discusiones por la forma de gastar y deudas que mantiene Jorge. Victoria señala que Jorge no valora el aporte económico que realiza. Jorge realiza una aportación de cuidado y labores del hogar, indicando que no es reconocido por su pareja y es señalado por no tener un sueldo más elevado.

Cuando la pareja se encuentra en discusiones se demerita el esfuerzo de su pareja, generando reproches de las expectativas que no han sido cubiertas. Victoria manifiesta que en ocasiones cuando discuten de temas que no son relevantes para Jorge este se retira del lugar y la deja hablando sola. Acción que le genera molestia e intensifica sus acciones para ser escuchada.

Intentos de solución

La pareja presenta un síntoma de discusiones frecuentes y esto necesita un cambio en la vida de la pareja. Dicha dificultad requiere un nuevo tipo de respuesta, ya que se ha llegado a convertir en un problema al resolverlo de manera equivocada, haciendo “más de lo mismo” que no funciona.

La solución de intensificación y evitación es lo que genera el problema. Después de fracasar con dichas soluciones, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz. La pareja describe que parece ser un callejón sin salida. Lo que en el lenguaje cibernético es una retroalimentación negativa por la cual se recupera el sistema y mantiene su estabilidad interna (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

Formas de crear un problema

La pareja decide que está en un problema ante el malestar que provoca las peleas constantes y desacuerdos en la relación. Los problemas son interaccionales y ocurren como resultado del intento de solución a los desacuerdos y peleas. Las dificultades de la pareja no se explican a partir de patologías o defectos ubicados en Victoria y Jorge, sino a partir de ciertos elementos que mantienen y refuerzan la presencia del problema. La pareja los ha convertido en un problema ante las siguientes condiciones (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974):

- Jorge No toma acción ante las peticiones realizadas por Victoria, lo que se presenta como un problema, ya que ella describe sentirse ignorada o no valorada.

- Victoria intenta afirmar su premisa ante las infidelidades de Jorge, tomando acciones persecutorias cuando No se necesita tomar ninguna acción ya que no se presenta la infidelidad.

- Ante la confianza y ser reconocido dentro de la relación de pareja se han realizado cambios de tipo I. La pareja ha modificado aspectos de su vida, sin tener cambios drásticos, pero las premisas que dieron origen a la desconfianza y reconocimiento no se han modificado. Se requiere pasar a un nivel inmediatamente superior. Es decir, que la pareja no lograra un cambio solo modificando los elementos del grupo, implicando una transformación del sistema.

Mantenimiento de Problemas

La pareja ha mantenido el problema al repetir los intentos de solución que no tuvieron éxito y son parte de la integración en la relación de pareja. La pareja sigue sin realizar cambios en los axiomas de la comunicación y en la pauta de interacción. Tienen una comunicación confusa y paradójica que contribuyen a la formación y el mantenimiento del bucle de retroalimentación positiva. Cuando las dificultades intentan resolverse de este modo, la pareja puede ser ubicada en las siguientes formas de crear un problema (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974):

Terribles simplificadores. Jorge niega los problemas y responde defensivamente ante los reclamos de Victoria. Así, él se rehúsa a ver la complejidad de la situación, distorsionando la realidad, buscando aferrarse a ignorar a Victoria como una solución simple que al inicio de la relación funciono con lo que el problema se complica. En este sentido, “es preciso actuar, pero no se emprende tal acción”.

Síndrome de utopía: La creencia de la pareja “utópica” es que, en la relación siempre hay que ser escuchados, se debe compartir todo, que debe existir una aceptación ante todas las solicitudes y no es posible que sean de otro modo. Por lo que buscan resolver problemas inmodificables o inexistentes. La utopía es: esperanzada, al creer que sus problemas desaparecerán cuando lleguen a cierto punto en su vida.

Paradojas: En esta forma la pareja enfoca mal las dificultades “la acción es emprendida a un nivel equivocado”, creando callejones sin salida para las dificultades.

Tipos de consultantes

La pareja se puede identificar en el siguiente tipo de consultante (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974):

- En la terapia de pareja, se genera que cada persona tenga una postura ante la terapia.
- Victoria se presenta como “visitante”, al no estar segura de lograr cambios ya que en la relación se han intentado y no han tenido resultados, estando ella a la expectativa y a la defensiva. Esta postura se desarrolla por un miedo a ser juzgada y ser señalada como la causa de los problemas o que se le indicara que ella estaba mal ante las acciones que realizaba.
- Jorge por su parte se muestra como “quejoso”, ya que él acude a terapia para que le indicaran que él tenía la razón y “cambiaran” a Victoria.

Después de la primera sesión se identificó que la pareja sería “clientes”, ya que mostraron un interés al cambio y los dos se visualizaban como participantes del problema y solicitan ayuda para resolver su problema.

Proceso

Recopilar información sobre la queja. Durante la primera sesión se realizó una modificación al tener sesiones individuales con los miembros de la pareja. Se tuvo el mismo objetivo: Recoger toda la información relativa al problema, al definirlo en términos conductuales, situándolo en el presente, y privilegiando una “formulación clara y breve. Aunado a ello, se indagó sobre situaciones de violencia y de riesgo. Se identificó que se presentaron con anterioridad situaciones de violencia, pero la pareja ha logrado estar en una etapa de estabilidad, pero manteniendo problemas para la resolución de conflictos.

Intentos de la pareja para resolver la situación por su cuenta:

- Jorge expresó que Victoria reclama frecuentemente las infidelidades que él tuvo en el pasado. Su solución ha sido el explicarle a Victoria que eso ya se encuentra en el pasado y que debe de olvidarlo. Ante la insistencia de Victoria sobre el tema, él decide ignorarla esperando que ella en algún momento olvide lo sucedido.

- Victoria reconoció que existe un reproche constante hacia Jorge, porque las experiencias pasadas de infidelidad son la causa de dolor y desconfianza que hoy en día producen dichos acontecimientos. En el momento que Jorge la ignora, ella intensifica sus intentos de ser escuchada, ya sea alzando la voz o continúa hablando del tema.

- Jorge reconoce que habla con otras mujeres e interactúa en redes sociales con amigas. Lo que genera la desconfianza de Victoria, asumiendo que tiene una relación de infidelidad con estas personas. Por lo que decidió ocultarle información sobre sus amistades a su pareja para evitar un conflicto.

-Victoria busca evidencia de infidelidad por parte de Jorge y descubre que le oculta información, lo que refuerza la premisa sobre la desconfianza e infidelidad. Al descubrir la información ocultada, Victoria reprocha y se genera una discusión esperando que ante los reproches Jorge cambie su conducta.

- Jorge y Victoria buscan el reconocimiento de su pareja. Por su parte Jorge desea ser reconocido en las acciones que realiza en el hogar y con la crianza de sus hijas, pero recibe reclamos por parte de Victoria por el poco aporte económico, así como los gastos y deudas que tiene. Victoria realiza reproches con la finalidad que Jorge se responsabilice de sus gastos y deudas y busque un ingreso económico extra para pagar y no sea ella quien cubra dichas deudas.

Cambio mínimo que se necesita que denote progreso:

- Poder entablar una conversación en donde los dos participen y no sean ignorados.
- No ocultar acciones que pueden ser mal interpretadas.
- Lograr que las conversaciones no sean sobre temas del pasado.

Programación terapéutica y estrategias de cambio (Nardone y Watzlawick. 1990):

Las formas de actuar durante los procesos son parte de las estrategias, junto con las intervenciones focalizadas que propician el cambio. Existen dos categorías de estrategias (Nardone & Watzlawick, 1990): las acciones/comunicación terapéutica y las prescripciones de conducta. En el primer grupo se encuentran las siguientes:

- Durante las primeras sesiones se tuvo acceso a las palabras y frases utilizadas por la pareja y se utilizaron para que el lenguaje empleado fuera similar al cliente.
- Se evitó la utilización de enunciados negativos para no propiciar la resistencia

Las prescripciones de conducta se utilizaron durante el proceso, indicando a la pareja que realice conductas que sirvan como experiencias concretas de cambio. Fueron conductas directas, al poner en práctica un modo de resolver el problema. Indirectas, con el fin de obtener algo diferente a lo solicitado, o paradójicas, cuando la consigna fue una ejecución voluntaria del síntoma, que termina por anularlo.

Intervenciones Generales

Fueron posturas generales que prepararon el terreno para el uso de las intervenciones principales, aunque pueden ser suficientes para solucionar el problema.

No apresurarse. Ante la demanda de los clientes para una solución urgente y debido a las soluciones intentadas fueron con el objetivo de esforzarse demasiado. Se les indico que es mejor no ir de prisa en la solución y mostrando preocupación ante la excesiva rapidez.

Los peligros de una mejoría. Se utiliza ante la resistencia de la pareja. Se les pide reflexionar ante los inconvenientes de resolver el problema:

- Se mencionó que ante la mejoría deben de buscar alternativas de convivencia. Ya que hace mucho que no generan un periodo de calma y no realizan actividades para su satisfacción personal o como pareja. Describen que pareciera que no saben estar juntos sino están discutiendo.

- Dicha intervención propicia el aumento de su motivación y les devolvió la responsabilidad del cambio a la pareja.

Cómo empeorar el problema. Ante las interacciones y pautas que manifestó la pareja, se les cuestiono que pasaría si siguen teniendo la misma forma de solucionar sus problemas:

-Mencionaron que los problemas seguirían aumentando y las peleas se intensificarían como ya ha sucedido en alguna etapa de su relación y podrían llegar a los eventos de violencia.

Ante las situaciones de violencia que presento la pareja en una etapa previa, el equipo terapéutico decide que se les explicara el ciclo de violencia y se invitara a la responsabilidad, fomentando la protección para evitar que se presentaran nuevamente dichos sucesos.

- Pueden distinguir los efectos de la pauta si continuaban con las acciones que están realizando, ya que la experiencia les indicaba que también podrían llegar a separarse.

- La pareja pudo identificar que los problemas que tienen traspasan la relación en el sistema conyugal, teniendo efectos en el sistema parental. Lo que afectaba directamente a sus hijas. Por lo cual tuvieron que distinguir la relación que mantienen como padres, la cual iba continuar a pesar de que ellos se separaran.

Intervenciones Principales

Se derivan de los cinco intentos básicos de solución que perpetúan los problemas.

Tratar de lograr un acuerdo mediante la oposición. En la pareja parece existir una necesidad de reconocimiento ante la solución de ser reconocidos de forma superior. Se bloqueó la solución convenciendo a los miembros de la pareja de tomar una posición contraria de inferioridad o debilidad. Esto es, con el objetivo de lograr que la pareja realizara peticiones concretas y específicas, con lo cual se interviene en la pauta del problema. Se logró mediante el uso de los axiomas de comunicación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967):

- Es imposible no comunicar: Se le pidió a Victoria que expresará como interpreta la evitación de Jorge. Menciona: “me hace creer que mis sentimientos le son indiferentes. Que no le importa lo que le estoy expresando, que me está agrediendo por irse cuando estoy hablando” (sic). Se le

hace notar a Jorge que es imposible no comunicar y con su silencio le está comunicando a Victoria la indiferencia.

- Toda comunicación tiene dos aspectos, el de contenido o mensaje y el relacional: Se le explicó a la pareja las interacciones que está teniendo, como forman la pauta que perpetuaba los problemas. Indicándoles que toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Una comunicación no sólo transmite información, sino que, al mismo tiempo, impone conductas.

- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre las personas: La pareja estaba generando una interacción a partir del significado que le atribuyen a la conducta de su pareja, lo que genera una respuesta en función de la puntuación que le atribuyen.

- La comunicación es tanto digital/verbal como analógica/no verbal: La forma en la que se expresa la pareja no solo depende de lo expresado verbalmente. Parecía, que mucho de los problemas presentados son en función de lo que están expresando conductualmente. Se les invitó a responsabilizarse de sus palabras, así como de sus acciones.

- Los intercambios en la comunicación pueden ser o simétricos o complementarios: En diversas etapas de la relación se tuvo una relación complementaria. Donde la posición de poder lo podría tener uno de los dos miembros sin estar exclusivamente en un miembro, dependía de la etapa en la que se encontraban. En el momento del proceso terapéutico se encontraban en una interacción simétrica por la igualdad y por la diferencia mínima.

Se le solicito a la pareja que efectué peticiones concretas y específicas al otro:

Tabla 26. Petición de a la pareja	
Jorge	Victoria
<ul style="list-style-type: none"> - Establecer un horario y día para entablar conversaciones que puedan generar un conflicto, evitando que estén sus hijas. - Poder entablar relaciones de amistad sin que sean relacionadas con la infidelidad. - En las discusiones no se deberá de retomar aspectos del pasado. -La conversación debe ser interrumpida cuando exista un aumento en el tono de voz o se esté demeritando a la otra persona. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poder conversar sin que la otra persona se retire. -La conversación terminara cuando los dos miembros así lo acuerden. -Se participará verbalmente en las conversaciones y no solo se escuchará. -Pueden existir relaciones de amistad, siempre y cuando no se oculte información.

Ante las peticiones que se establecieron, son aceptadas por ambos miembros de la pareja y se llevaron a cabo dichas peticiones.

Intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación. Victoria espera que Jorge sea espontáneamente romántico. Pero, existe aversión de pedírselo ya que podría disgustarlo, o representarle esfuerzo o sacrificio. Se le pide a la pareja que definan el romanticismo y que enlistaran las acciones que son indicadores de romanticismo.

Tabla 27. Definición y conducta de romanticismo	
Definición de la pareja de romanticismo: Son acciones que generan placer y cercanía en la pareja.	
Jorge	Victoria
<ul style="list-style-type: none"> -Poder ver algún programa de televisión juntos. -Poder tener una salida solos al cine, fiesta, café, etc., por lo menos al mes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conversar de su día en la noche cuando sus hijas se han dormido. -Compartir fotografías o mensajes en las redes sociales. -Tener una velada romántica donde él cocine por lo menos una vez al mes. -Mandar por lo menos un mensaje a lo largo del día para saber cómo se encuentra la otra persona.

La pareja acordó que la lista de las peticiones de romanticismo seria realizada y que estaban de acuerdo.

Confirmar las sospechas del acusador mediante un intento de defensa propia. Como parte de las intervenciones terapéuticas, se le solicitó a Jorge que realice acciones premeditadamente durante una semana; que pudieran dar a entender que se estaría ocultando información sobre las amistades que mantenía. Posteriormente se le solicito a Victoria que descubriera en que momentos Jorge le ocultaba información. Ambos debían de realizar un registro y lo presentarían en la siguiente sesión. Al prescribir dicha tarea hizo imposible para Victoria distinguir si le están o no diciendo la verdad. Lo que propició que ella deje de perseguir a Jorge en búsqueda de evidencia sobre infidelidad

Resolución del problema

Para considerar si el tratamiento alcanzó la meta terapéutica, es primordial que se elimine o se reduzca en un grado suficiente la dolencia del cliente. De tal forma que él decida que ya no es necesario someterse al tratamiento y emplear estas herramientas que se han descubierto en posibles dificultades futuras.

La pareja expresó que hacer cambios en la pauta ha mejorado la forma de relacionarse y hubo disminución de los conflictos. Se les propuso hacer una escala de diferentes aspectos de la relación para determinar cómo se encuentran. Estas son sus respuestas, donde 10 es un puntaje alto y positivo y, 0 es un puntaje bajo y negativo:

Tabla 28. Aspectos evaluados en la relación en la pareja		
Aspecto evaluado	Dónde se encuentra cada uno	
	Jorge	Victoria
Confianza sobre su pareja: no le es infiel y no pone en riesgo la relación.	10	8
Sentimiento de ser valorado(a) por la pareja		
• Físico/sexual	9	10
• Emocional/sentirse amado (a)	9	9
• Intereses: lo que yo quiero le importa y lo cuida	9	8
Respeto: Cuando tenemos algún conflicto, aunque no esté de acuerdo conmigo, no me ataca, trata de encontrar una solución.	8.5	9
Claridad en sus peticiones y de su pareja: Nos decimos lo que queremos, no queda lugar a dudas	9	9
Atención: Procuramos atender las necesidades de la pareja. Si sabemos que algo es importante para él/ella, nos esforzamos por hacerlo.	8.9	10

A pesar de que la pareja muestra puntajes diferentes, ambos dijeron estar a gusto con ese puntaje. Y, se conversa sobre las formas en que podrían seguir trabajando.

Logros alcanzados:

- La pareja pudo hacer explícitos los aspectos que componen su relación y determinan con qué aspectos se sienten cómodos y cuáles deben de mejorar.
- La pareja identificó que ellos pueden evitar llegar al conflicto si expresan antes lo

La coterapia se vió favorecida por la supervisión, al tener un espacio para conversar sobre cómo nos sentíamos en el espacio terapéutico y encontrar alternativas ante las dificultades. En un inicio me sentí abrumada al hecho de estar 3 terapeutas y una pareja en el mismo espacio ante las circunstancias del contexto terapéutico. Entendí que los miedos presentados por parte del terapeuta pueden influir en el proceso. Ya que, en un inicio se les plantea como una forma de trabajar que favorecería a la terapia de pareja, lo cual la pareja lo aceptó. Pero yo seguía pensando en las dificultades o tropiezos que me podría causar en mi desempeño. Al finalizar la primera sesión y ver lo beneficioso de las intervenciones, me resultó más reconfortante y cómodo el estar 3 terapeutas en pro del beneficio de la pareja.

Considero que el Modelo es muy favorable para los terapeutas que iniciamos en los procesos terapéuticos. Ya que tiene una directriz muy estandarizada que sirve de guía para las intervenciones, sin dejar de establecer la particularidad de cada caso y sin caer en “recetas” ya establecidas.

Una de las críticas que se han establecido al modelo, es que se trata de un enfoque terapéutico frío, que no toma en cuenta la expresión emocional. Lo que se ha convertido parte de los estereotipos, ya que durante el proceso no solo se abordó las emociones, sino que, se trabajó como parte del proceso terapéutico. Ya que la vida de las personas no puede separarse de sus emociones ni sus significados.

Finalmente, durante el caso, pude observar y aprender que los terapeutas podemos elegir el modelo para la intervención de acuerdo a las demandas. Así como elegir nuestro propio estilo terapéutico. Ya que, el enfoque demanda convicción y determinación para tomar la responsabilidad sobre el cambio, así como lograr resultados en corto tiempo.

Capítulo 4. Consideraciones finales

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

Los estudios de posgrado en México inician su consolidación alrededor del año 1940. Ante la necesidad de contar con especialistas, para la docencia y la investigación, principalmente en la UNAM (primera institución que incluyó en su currículo los estudios de posgrado) y el recién creado de esa época el Instituto Politécnico Nacional (UNAM, 1994).

En la actualidad, la Maestría en Psicología Profesional vincula la experiencia generada por los programas que se ofrecían anteriormente en el posgrado en un solo programa de formación profesional. El cual certifica la obtención de competencias de alta calidad en múltiples áreas de la psicología, con el desarrollo de habilidades para realizar investigación aplicada y el conocimiento profesional de la disciplina (UNAM, 2013).

El programa de posgrado atiende las necesidades de profesionales especializados en diversas áreas de la aplicación de la psicología con certificación profesional de acuerdo a los estándares internacionales de la profesión. Brindando la garantía de que la formación profesional de los estudiantes incluye un importante número de horas de práctica profesional supervisada en los escenarios en donde se realiza el ejercicio de la profesión.

El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología establece su (UNAM, 2013):

MISIÓN

Preparar para la investigación, la docencia y la práctica profesional de alto nivel a hombres y mujeres que desarrollen capacidades de pensamiento complejo y crítico, para la creación y recreación de conocimiento. Así como formar profesionales en psicología con sentido ético y compromiso con la realidad social, que contribuyan al desarrollo de la psicología como ciencia, y coadyuven en la identificación y solución de problemas nacionales.

VISIÓN:

Mantener el mejor sistema de posgrado en psicología del país en términos de su calidad, diversidad y en respuesta a los requerimientos de la investigación, la educación superior y los sectores productivo, social y gubernamental. Esta visión también implica formar psicólogos especializados capaces de generar métodos, técnicas y procedimientos para la evaluación, diagnóstico, intervención y

prevención en las áreas aplicadas, e innovar mediante su participación directa en proyectos de investigación y de la intervención *in situ*.

El Programa de Maestría en Psicología establece su (UNAM 2013):

MISIÓN:

Formar psicólogos, especializados, capaces de diagnosticar, evaluar e intervenir para resolver problemas y necesidades psicológicas de individuos o grupos. Para lograrlo, los alumnos se insertan en la práctica profesional supervisada en escenarios reales, además, deben familiarizarse con la metodología de la investigación, con las teorías y técnicas de intervenciones psicológicas, y atender las recomendaciones éticas de organismos internacionales que regulan el ejercicio profesional de la psicología.

VISIÓN:

En los escenarios institucionales, públicos y privados, en los que se atienden problemas de relevancia social (en México y en otros países donde se empleen graduados del programa) habrá psicólogos formados sólidamente, que aborden los aspectos de dichos problemas que tienen al comportamiento humano como ingrediente medular.

El programa de la Maestría en Psicología es uno solo y se divide en 3 áreas de las cuales se establecen las diversas residencias:

- Psicología Aplicada a la Educación y Desarrollo
- Psicología Aplicada a los Procesos Sociales, Organizacionales y Ambientales
- Psicología Aplicada a la Salud, en el cual se encuentra la Residencia de Terapia Familiar

La Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista, tiene como objetivo general (UNAM, 2013):

Capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. Esta especialidad, con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el Construccionismo

Social y los modelos que se derivan de esta perspectiva, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados. Los estudiantes conocerán y aplicarán las modalidades de intervención de los modelos de terapia, así como su evolución histórica, desde los enfoques centrados en estructura, en proceso, y en la construcción del significado. Conocerán también los fundamentos teóricos y filosóficos que los sustentan.

La residencia tiene una duración de 4 semestres, en los cuales se fomenta una serie de aprendizajes y competencias, específicas de un terapeuta sistémico-construccionista, dentro de un marco de respeto al código ético y de compromiso social (UNAM, 2013):

Tabla 29. Aprendizajes adquiridos planteados en el plan de estudios de la maestría en Terapia Familiar	
I. Habilidades Teórico-Conceptuales:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conceptualizar los aspectos teóricos de los diferentes modelos expuestos en el programa. 2. Analizar y discutir la viabilidad de los modelos teóricos, proponer hipótesis explicativas. 3. Identificar la especificidad de los modelos y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos que intervienen.
II. Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación y Tratamiento:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad de observación del proceso terapéutico. 2. Establecer un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio. 3. Entrevistar, generar una relación de colaboración. 4. Técnicas de enganche y de alianza terapéutica. 5. Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas. 6. Evaluar el tipo de problema y opciones de solución. 7. Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios. 8. Identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas. 9. Generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios. 10. Formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones. 11. Evaluar los resultados y terminar el tratamiento. 12. Crear e instrumentar herramientas o procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, incluyendo el proceso de intervención y su seguimiento. 13. Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario, con los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven todos, para su evaluación. 14. Seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones. 15. Diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos. 16. Acordar con el usuario el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades y coestablecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico. 17. Elaborar reportes del tratamiento.
III. Habilidades de Investigación y Enseñanza:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios. 2. Difundir conocimientos. 3. Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.

	4. Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario. 5. Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos. 6. Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicada en los diferentes espacios profesionales. 7. Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.
IV. Habilidades de Prevención.	1. Elaborar programas y proyectos de salud comunitaria. 2. Identificar procesos que ayuden a resolver o prevenir problemas familiares y grupales. 3. Diseñar programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario. 4. Aplicar estos programas, en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.
V. Ética y Compromiso Social.	1. Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social. 2. Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios. 3. Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales. 4. Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional. 5. Analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional. 6. Actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante. 7. Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si el tutor lo considera necesario.

El adquirir las habilidades y competencia favoreció el desarrollo de los aspectos teóricos y metodológicos de los siguientes modelos:

- Estructural.
- Estratégico.
- Terapia Breve Centrado en el Problema.
- Terapia Breve Centrado en Soluciones.
- Milán.
- Milán de la Nueva Escuela de los Estudios de la Familia.
- Modelos Posmodernos (Narrativa, Colaborativo).

Parte del resultado de las habilidades de investigación y enseñanza fue la elaboración de:

Nombre de Instrumento de medición y evaluación	Método	Autores
Asesor: Dra. Lucy María Reídl Martínez		Fecha: noviembre 2016
“Micromachismos Utilitarios”.	Intervalos aparentemente iguales.	Castillo Flores Yael Alejandra Gutiérrez Nava Julia Valeria Ledón Chávez Salma Vázquez Quiroz Jesús Enrique
“Actitud de exclusión hacia las personas con discapacidad”.	Intervalos sucesivos.	
“Escala de agresividad”.	Pares comparados.	
Asesor: Dra. Lucy María Reídl Martínez		Fecha: mayo 2017

“Escala de autoconcepto”.	Método: Escalograma.	Castillo Flores Yael Alejandra Beltrán Castillo Ana Karen Gutiérrez Nava Julia Valeria Ledón Chávez Salma Vázquez Quiroz Jesús Enrique
“Escala de actitudes hacia la estadística”.	Likert unidimensional.	
“Escala de estilos de apego en la pareja”.	Likert multidimensional.	

El proceso y resultado de dichos instrumentos contribuye a la formación, que guiaron las intervenciones y estrategias, aplicando el conocimiento generado en la revisión teórica.

Manual	Para la elaboración de instrumentos: • Escalograma • Likert Unidimensional • Likert Multidimensional
Asesor	Dra. Lucy María Reidl Martínez
Autores	Castillo Flores Yael Alejandra Beltrán Castillo Ana Karen Gutiérrez Nava Julia Valeria Ledón Chávez Salma Vázquez Quiroz Jesús Enrique
Fecha	Mayo 2017

La investigación favorece a la disciplina científico-profesional de la psicología clínica, así como en otras áreas. Para los terapeutas en formación favorece la capacitación, las competencias y el establecimiento de estrategias para desarrollar aportaciones con base a la metodología de la investigación:

Tipo de investigación	Nombre	Autor	Asesor	Fecha
Cuantitativa	Clima familiar, conducta antisocial y delictiva en adolescentes hombres y mujeres de la Ciudad de México.	Gutiérrez Nava Julia Valeria	Dra. Rozzana Sánchez Aragón	Mayo 2017
Cualitativa	El significado del conflicto en las relaciones fraternales: Un estudio de caso desde el interaccionismo simbólico con adultos de la Ciudad de México.	Gutiérrez Nava Julia Valeria Beltrán Castillo Ana Karen	Dra. Milagros Figueroa Campos.	Diciembre 2017

Los eventos académicos son una fuente de conocimiento. La asistencia y participación contribuyen a la comunidad, durante la formación se presentaron las siguientes ponencias:

Nombre de la ponencia	Clima familiar, conducta antisocial y delictiva en adolescentes hombres y mujeres de la Ciudad de México. El papel del clima familiar en la generación de conductas antisociales y delictivas de adolescentes en la Ciudad de México.
Evento:	Congreso Interamericano de Psicología 2017
Ponente:	Gutiérrez Nava Julia Valeria
Fecha	Julio, 2017.

El fortalecimiento del aprendizaje y la aportación de experiencias, generan la posibilidad de entablar relaciones y conexiones que favorecen la formación:

Evento	Institución	Fecha
Asistente al taller: “Terapia Breve: Enfoques estratégicos para trabajar con crisis, traumas, ansiedad y depresión.	<ul style="list-style-type: none"> • IBERO, Ciudad de México • Terapia Breve Estratégica México. • The Milton H. Erickson Foundation, INC. 	Octubre 2017.
Asistente en el 1er. Foro Nacional de Terapia Familiar “Respuestas sólidas a un mundo líquido: Aportaciones de la Terapia Familiar en México.	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación Mexicana de Terapia Familiar. 	Octubre 2017.
Asistencia al XXXVI Congreso Interamericano de Psicología.	<ul style="list-style-type: none"> • Sociedad Interamericana de Psicología. • Universidad Autónoma Metropolitana. 	Julio, 2017.
Asistencia al Taller: “Las conversaciones en el diseño de los procesos reflexivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Campos Elíseos afiliado al Houston Galveston Institute. 	Septiembre, 2017.

La formación de terapeuta durante la maestría favorece al contribuir a proyectos y brindar medidas para mantener el bienestar. Por lo tanto, se elaboraron los siguientes trabajos:

Nombre	Autor	Coordinador	Fecha
Curso de Inducción.	Franco García Cynthia Lissette Gutiérrez Nava Julia Valeria Martínez San Juan Alejandra	Silvia Vite San Pedro	Agosto 2017.
Taller estrategias de diálogo en la pareja.	Gutiérrez Nava Julia Valeria	Miriam Zavala Díaz	Agosto 2018.

Todos los trabajos presentados, asistencias, investigaciones y participaciones académicas se realizaron con ética y compromiso social. Acciones que eran guiadas por el respeto y empatía de quienes colaboraron en dichas actividades académicas.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia.

Al iniciar la maestría tenía un conocimiento previo sobre la Terapia Familiar Sistémica y posmoderna. Los conceptos teóricos, las bases epistemológicas, los conocimientos previos es lo que motivo la elección de la residencia. Sin imaginarme que sería todo un proceso, no solo en la formación teórica – profesional sino a nivel personal.

Desde el proceso de selección implica el esfuerzo, dedicación e ímpetu, para poder ingresar. El primer filtro significa el impacto de saber que en el Auditorio "Dr. Raúl Fournier Villada" de la Facultad de Medicina, UNAM, donde se realiza el Examen General de Conocimientos, 965 personas deseaban ingresar al posgrado.

A la publicación de los resultados, donde acredite dicho filtro, la felicidad me embargó, ya que era el segundo intento. En el primer intento, al no aprobar el primer filtro implicó desilusión. Pero también me motivo a prepararme mejor y alcanzar el objetivo que me había planteado. El examen General de Conocimiento representó tranquilidad, al estar muy familiarizada con las preguntas y segura del conocimiento que tenía.

El proceso de entrevista estuvo acompañado de nerviosismo, ya que desconocía que me podrían preguntar y saber si las respuestas serían favorables para poder ingresar. Decidí que no existen respuestas buenas ni malas y simplemente tenía que disfrutar la entrevista ya que me permitiría estar cómoda y no sentir que me estaban evaluando, aunque así fuera.

Al descubrir que fui aceptada en el programa de la residencia, la felicidad es una palabra corta que describe lo que sentí. Ya que en ese momento eran muchas emociones. Pero sin duda fue el inicio de una nueva etapa de mi vida. Donde puedo decir que existió un antes y un después de la maestría.

Un camino lleno de cuestionamientos e incertidumbres, las exigencias académicas y las jornadas escolares, generaron un impacto a nivel personal. Donde hoy, estoy segura de que la

persona del terapeuta debe ser un eje fundamental en la formación. Ya que, muchas veces el aprendizaje para los terapeutas esta puesto en las personas que consultan y/o en los procesos terapéuticos. Dejando de lado el autocuidado, la estabilidad y el proceso emocional que lleva el terapeuta en la formación.

El proceso de aprendizaje de los modelos dentro de la residencia está acompañado de un cambio de postura del terapeuta. Inicialmente se conoce la certeza, el terapeuta como responsable de los cambios con técnicas directas. Con lo cual yo me sentía cómoda, era algo conocido por mi formación anterior, parecía darme seguridad y certeza.

La posmodernidad significo un proceso de reflexión, cuestionamiento, flexibilidad y adaptación. Procesos que trastocaron mi visión personal del mundo. Ya que sentí una perdida de seguridad y, un cambio sobre cómo me posicionaba ante las personas, los sucesos, lo que observaba, cambiando mi visión colonizadora de ideas que me empezaba a incomodar.

Entonces pude vislumbrar que, en la práctica de la terapia, la visión posmoderna supone ciertos cambios entre un terapeuta que sabe, que descubre y recoge información. Y otro que no sabe y que está en la posición de ser informado. Entre un terapeuta experto y satisfecho que sabe cómo otros deberían vivir y otro experto en crear un espacio para el diálogo.

Descubrí que me sentía cómoda ante la conversación que puede tomar muchas direcciones. Siempre se puede cambiar de camino, volverlo a retomar, ir por el mismo camino. No hay un camino “correcto” sino muchas posibilidades de dónde escoger.

El proceso de supervisión genero todo un bagaje de experiencias que fueron nutriendo mi formación. Los espacios terapéuticos y las sedes con las que cuenta la residencia son de mucha utilidad y pocas instituciones cuenta con esa posibilidad. El estilo de cada supervisor genera una visión diferente de un mismo tópico, propiciando un dialogo que nutre al terapeuta. También puede generar confusión. Ya que, en ocasiones las supervisiones eran continuas o se tenían más de tres supervisiones en un mismo día con diferente estilo terapéutico. Así como de, supervisión y diferente modelo terapéutico, generando que nosotros como estudiantes confundiéramos el modelo, el análisis o la intervención, trastocando nuestra flexibilidad personal.

El grupo de estudiantes que inicia una residencia se puede convertir en un grupo de apoyo o en un grupo de desigualdades. En este caso las horas de convivencia, las similitudes, diferencias y

sucesos dentro del grupo genero una división que trascendió no solo en el ámbito de formación sino también personal. Considero que una de las partes más gratificantes de la residencia fue ser acompañada y ser parte de un grupo de 6 amigos que se convirtieron en un soporte, que brindan apoyo y contención, que se convirtieron en compañeros de vida ya finalizada la maestría.

Como individuos, como terapeutas, como estudiantes, como miembros de una familia, como miembros de una sociedad fuimos trastocados por el contexto. Ya que no estábamos aislados y éramos y somos parte de una sociedad que fue afectada por el terremoto de 19 de septiembre del 2017. Lo que genero un gran impacto a nivel personal y también a los consultantes que se estaban atendiendo. Se generó un compromiso social de ayudar ante las posibilidades que cada uno tenía, ya sea como brigadistas o apoyo psicológico. Lo más gratificante fue saber que no éramos indiferentes, que la postura ética y compromiso social era palpable en acciones que cada uno estaba haciendo. La labor que desempeñe fue como brigadista telefónica para contención en crisis, el cual no hubiera sido posible sin el apoyo del equipo terapéutico.

Finalmente, después de todo el recorrido lleno de experiencia reconozco que ha sido una de las etapas más significativas de mi vida, por generar un cambio a nivel personal. Como terapeuta, un cambio importante es saber cómo me relaciono en los diferentes ámbitos con el conjunto de saberes, valores, creencias y prejuicios que se pueden ver reflejados en las decisiones, preguntas y diálogos que entablo con los consultantes.

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

Los discursos profesionales, mayormente se centran en las consecuencias que tiene la psicoterapia en la vida de los consultantes y en la construcción de las realidades terapéuticas. También un elemento relevante es el discurso o discursos que se constituyen en la vida y construcción del mundo del terapeuta. La realización de una terapia impacta sobre la vida y el quehacer del terapeuta al ser parte del sistema (White, 2002).

El terapeuta sistémico se logra reconocer como un ser humano en la interacción con los otros, desde un compromiso ético y personal. Donde no solo es la ejecución de técnicas en el espacio

terapéutico, sino un proceso de reflexión donde se incluyen los valores, creencias y prejuicios que no se ocultan sino forman parte del diálogo.

En la experiencia que tuve como terapeuta, los modelos pudieron guiar las intervenciones y se presentaron casos exitosos, siguiendo un mismo modelo. Pero la labor del terapeuta no es acomodar al consultante de acuerdo con el modelo, sino permitir que el consultante como experto de su propia vida pueda ir guiando que intervenciones, diálogos o sesiones que le generan mayor bienestar. Por lo tanto, no podemos ser rígidos, ni casarnos con un solo modelo.

Existieron casos donde un modelo ante sus limitantes o premisas resultaban poco favorecedores para el consultante. Por ello se integraron diversos enfoques en favor del bienestar de este. Es ahí donde la flexibilidad del terapeuta debe estar al servicio de las necesidades de quien lo consulta y no de su propia comodidad ante “saberse” experto en técnicas o procesos.

En la práctica como coterapeuta, pude aprender que la relación que se tenga es fundamental para poder beneficiarse de la diversidad de dos miradas en un espacio terapéutico. Un diálogo abierto, expresión a las emociones y apertura a las diferencias, puede significar la diferencia de un beneficio en favor del consultante.

El ser parte de un equipo terapéutico represento todo un reto. Porque tuve que estar en un proceso constante de observación y reflexión ante mi postura de externalizar mi punto de vista. Ya que en ocasiones lo hacía colonizando con mis ideas y con palabras totalizadoras. Esto genero no solo un cambio dentro del equipo reflexivo, sino como terapeuta y como persona al expresarme, haciéndome responsable de mis palabras. El diálogo que se expresaba en el equipo terapéutico representaba la polifonía de voces, que hoy en día en mi labor profesional me siguen acompañando.

La particularidad, de cada persona consultante, familia y pareja fue lo que represento los casos mostrados en este reporte. En un inicio, el primer caso que atendí fue el de Jorge y Victoria, con un enfoque que me sentía cómoda ante la etapa de la formación donde todavía no se veían modelos posmodernos. La supervisión favoreció que las intervenciones fueran estructuradas y generando cambios en la pauta que favoreció a la pareja. Se cumplió con los requisitos ante el número de sesiones, cambios observados y reporte de la pareja ante la mejoría.

En segundo caso implicó todo un reto. Ya que en ese momento la posmodernidad trastocaba la seguridad que en un inicio sentí con el modelo. Me generaba incomodidad al ser tan directa con

las intervenciones y los consultantes. La flexibilidad de la supervisión fue lo que me ayudo a poder lidiar con ese cambio epistemológico.

En el segundo caso no se eliminó el sonambulismo, pero existió una reducción de los episodios y se abordó el tema de las agresiones que en un inicio no era parte del motivo de consulta. Los terapeutas ante una postura ética no podemos ser indiferentes con la violencia, lo cual se decidió abordar con la pareja.

En ocasiones la meta terapéutica no se logra alcanzar. Pero, el proceso terapéutico ayuda a que los consultantes den un acercamiento a la mejoría. Se debe considerar el proceso personal del consultante, las características del contexto y no solo ver un fracaso, sino un acercamiento o un apoyo que en ese momento requería el caso.

Los dos casos presentaron agresiones por parte de la mujer hacia el hombre. Esto me hizo cuestionar ¿Qué tanta apertura existe en la sociedad? ¿Cómo las instituciones favorecen la vergüenza ante la denuncia de los hombres? ¿Cuáles son los prejuicios y estereotipos ante este tipo de violencia? ¿Cuál es la aportación del terapeuta sistémico?

El caso de Jorge y Victoria, me cuestiono que tanto se abordó el tema de la violencia que presentaron en una etapa de su relación y si existía una alternativa de poder abordar el caso. Considero que siempre existen diversas posibilidades de atender un caso, pero dependerá de las circunstancias que en ese momento se presenten lo que pueda determinar un camino u otro.

Las inquietudes que se tenían en algunos casos sobre las formas de intervenir pudieron ser distintas a las planteadas en la supervisión. Se generaba un dialogo, pero se tenía que seguir la guía o directriz que señalara el supervisor. Considero que también el dialogo, la apertura y flexibilidad tiene que ser incorporado a la conversación con los supervisores y terapeutas en formación.

Finalmente, considero que el proceso de la maestría me ayudo a las herramientas necesarias para desempeñarme profesionalmente. Herramientas que seguiré trabajando e incorporando nuevas. No solo a nivel profesional sino personal. Cada experiencia, diálogo, relación, caso, consultante, pareja, familia, compañeros, amigos, maestros y supervisores me permite hoy ser una persona diferente, lo cual agradezco.

Referencias bibliográficas

- Agudelo, M., & Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (17), 353-378.
- Aguilar, L. (2016). Mujeres jefas de hogar y algunas características de los hogares que dirigen. Una visión sociodemográfica. *La situación demográfica*.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Andersen, T. (2005). Procesos de reflexión: actos informativos y formativos. *Steven Friedman, Terapia familiar con equipo de reflexión. Una práctica de colaboración, Buenos Aires, Amorrortu*, 39-69.
- Anderson, H., & Colapinto, J. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrortu Editores.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1992). El cliente es el experto: Un acercamiento a la terapia que no sabe. *La terapia como construcción social*, 25-39.
- Andolfi, M. (1981). *Terapia familiar*. Lisboa: Editorial Veja.
- Araujo, K., Guzmán, V., & Mauro, A. (2000). El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas. *Revista de La Cepal*, 70, 133-145.
- Araya, V., Alfaro, M., & Andonegui, M. (2007). Constructivismo: Orígenes y perspectivas. *Laurus*, 13(24), 76-92.
- Arce, G. (2005). *Terapias postmodernas: aportaciones construccionistas*. Editorial Pax México.
- Bateson, G., y Ruesch, J. (1987). *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. Norton.
- Bedoya, M., & Arango, P. (2013). Terapias narrativa y colaborativa: Una mirada con el lente del construccionismo social. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 29(29), 15-48.

- Bernales, S. (2005) Terapia de pareja: Una forma inicial de observar e intervenir. En: R. Riquelme & E. Thumala. (Eds.) *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. (pp. 323-337), Santiago: Ediciones de la Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Birdwhistell, R. L. (1959). Contribución de los estudios lingüísticos-kinésicos a la comprensión de la esquizofrenia. *La esquizofrenia: un enfoque integrado*.
- Cáceres, J. (1996). *Manual de terapia de parejas e intervención en familias*. Fundación Universidad Empresa.
- Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres: La pareja revelada a sí misma*. México: Paidós.
- Capulín, R. G., Otero, K. Y. D., & Reyes, R. P. R. (2016). El concepto de familia en México: Una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *CIENCIA Ergo-Sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 23(3), 219-228.
- Cárdenas, E. (1999). *Violencia en la pareja: Intervenciones desde la paz para la paz*. Buenos Aires: Editorial Granica.
- Carter, E. & McGoldrick, M. (1999). The family life cycle and family therapy: An overview. In: E. Carter & M. McGoldrick (Eds.). *The family life cycle: A framework for family therapy*. (pp.3-20). New York: Gardner Press, Inc.
- Ceberio, R.C., Serebrinsky, H. y Schlanger, K. (2001). El MRI (Mental Research Institute). El legado de Don Jackson. Entrevista con Wendel Ray. *Perspectivas Sistémicas*. No. 68 Recuperado de: <http://www.redsistemica.com.ar/mri.htm>
- Cecchin, G. (1987). Hipótesis, circularidad y neutralidad revisadas: Una invitación a la curiosidad. *Proceso Familiar*, 26, 405-413.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. A. (2002). *Irreverencia: Una estrategia de supervivencia para terapeutas* (Vol. 86). Grupo Planeta (GBS).
- Christensen, T., y Lægheid, P. (2013). 10. Contextos y reformas administrativas: Un enfoque transformador. *Contexto en políticas públicas y gestión: ¿El eslabón perdido?*, 131.
- Cid, F. M. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 321-332.

- CONAPO, (1999). Familia/coords. Rodolfo Tuirán, Elena Zuñiga; texto Luz María Chapela. Cuadernos de población. México: Consejo Nacional de Población.
- Curi, S. & Gianella, C. (2003). Violencia en la pareja: La distinción de pautas relacionales en el contexto de la mediación. *Revista Interdisciplinaria e Mediación y Resolución de Conflictos La Trama*, 7.
- De la Espriella, R. (2008). *Terapia de pareja: abordaje sistémico*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 175-186.
- de la Espriella, R. (2008). Terapia de pareja: Abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 175-186.
- Deissler, K. (1987). Creación recursiva de información: Cuestionamiento circular como generación de información. Marburg: In Fam.
- Delval, J. (1997). Hoy todos son constructivistas. *Cuadernos de Pedagogía*, 257, 78-84.
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: L. (Comp.).
- Duncan, B. y Miller, S. (2000). El cliente heroico. Haciendo terapia dirigida por el cliente, informada por los resultados. San Francisco: Jossey-Bass.
- Dutton, D.G. y Pintor, S.L. (1981). Vinculación traumática: El desarrollo de vínculos emocionales en mujeres maltratadas y otras relaciones de abuso intermitente. *Victimología*, 6: 139-155.
- FBH, (2012). Fundación Bringas Hagenbeck, IAP. Fortalecemos el bienestar humano. Recuperado de: <http://www.fbh.org.mx/establecimientos.html>
- Feixas, i Viaplana, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 56: 107-112.
- Fernández, J. R. P. (2008). Las paradojas y la teoría de los tipos lógicos. *Universitas Philosophica*, 25(50).
- Ferraro, KJ, y Johnson, JM (1983). Cómo las mujeres experimentan el maltrato: El proceso de victimización. *Problemas Sociales*, 30(3), 325-339.
- Finchman, F. D. y Beach, S. R. (1999). Conflicto en el matrimonio: implicaciones para el trabajo con parejas. *Revisión Anual de Psicología*, 30, 47-77.

- Finchman, F. D. y Osborne, L. N. (1993). Conflicto matrimonial e hijos: Retrospectiva y perspectiva. *Revisión de Psicología Clínica*, 13, 75-88.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder
- Fisch, R., Weakland, J., Watzlawick, P., Segal, L., Hoebel, F. y Deardorff, C., M. (1975). Aprendizaje de terapia breve: Un manual de introducción. Palo Alto, CA: Instituto de Investigación Mental.
- Fishman, C. & Rosman, D. (1990). El cambio familiar: Desarrollos de modelos. Barcelona: Editorial GEDISA.
- Fleuridas, C., Nelson, T., y Rosenthal, D. (1986). La evolución de las preguntas circulares: Formación de terapeutas familiares. *Revista de Terapia Matrimonial y Familiar*, 12, 113-127.
- Framo, J. (1985). Terapia de Pareja. En: Andolfi, M., & Zwerling, I. (1985). *Dimensiones de la terapia familiar*. Buenos Aires, Paidós.
- Frank, A., Clough, P. T. y Seidman, S. (Eds.) (2013). Intimidades: Un nuevo mundo de vida relacional. Nueva York, NY: Routledge.
- García, J. (2002). La estructura de la pareja. *Clínica y Salud*, 13(1).
- García, M. (2007). Estrategias de evaluación e intervención en psicología. México: Porrúa.
- García, M. R. (2011). Pensamiento sistémico y comunicación. La Teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick como obra organizadora del pensamiento sobre la dimensión interpersonal de la comunicación. Buenos Aires, 1971, Traducción de Noemí Rosenblatt. *Razón y Palabra*, 16(75).
- Gennarini, S. (2016). Informe de la ONU: «No hay definición de familia». Center for Family and Human Rights.
- Gergen, K.J. (1999). El postmodernismo como una forma de humanismo. *Revista de Psicoterapia*, 10(37), 49-60.
- Gergen, K.J. y Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social: Dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17(1), 11-27.
- Gergen, KJ, y Gergen, MM (1991). Hacia metodologías reflexivas.

- Goolishian, HA, y Anderson, H. (1987). Sistemas del lenguaje y terapia: Una idea en evolución. *Psicoterapia: Teoría, Investigación, Práctica, Entrenamiento*, 24 (3S), 529.
- Goolishian, HA, y Anderson, H. (1996). Narrativa y self. Algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*, 191-203.
- Gottman, J. M. (1998). Psicología y el estudio de los procesos conyugales. *Revisión Anual de la Psicología*, 49, 169-97.
- Haley, J. (1980). Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1983). Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu.
- Halsall, P. (1996). El matrimonio lésbico y gay a través de la historia y la cultura. Recuperado de: <http://www.gay-bible.org/other/halsall.htm>
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la terapia familiar. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoyt, M., F. (1994). Terapias constructivas I. Nueva York: The Guilford Press.
- Icart, I., & Blanch, A. (2001). Epistemología y cibernética. *Papers: Revista de Sociologia*, (65), 31-45.
- INEGI, X. (2010). Censo de población y vivienda 2010. México.
- INEGI. (2015). Encuesta intercensal, 2015.
- INR (2007). Tabulador de Cuotas de Recuperación. Recuperado de: <http://www.inr.gob.mx/Descargas/Transparencia/otraInfo/TABULADOR-2006-2007.pdf>
- INR (2017). Psicología de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje. El portal único del gobierno. Recuperado de: <https://www.inr.gob.mx/c09.html>
- INR (2019). Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. El portal único del gobierno. Recuperado de: https://www.inr.gob.mx/ad_00.html
- Jutoran, S. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. *Sistemas Familiares* 10 (1). Buenos Aires.
- Keeney, B., & Wolfson, L. (1987). Estética del cambio. Barcelona: Paidós.

- Lamas, H. (2001). Modelos de la sexualidad humana. *Revista Liberabit*, 7(1), 71-78.
- Lax, W. (1991). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En McNamee, S. y Gergen, K. (coomp.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- Lynn, S. y Watzlawick, P. (1994). *Soñar la realidad: el constructivismo de Heinz von Foerster*. Paidós.
- Matthew, D., Bramlett, D. y William, D. (2001). Disolución del primer matrimonio, divorcio, y nuevo matrimonio: datos de avance de Estados Unidos. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/>
- Maturana, H. R. (1980). Autopoiesis: Reproducción, herencia y evolución. En: *Autopoiesis, estructuras disipativas y órdenes sociales espontáneos*, AAAS Selected Symposium 55 (AAAS National Annual Meeting, Houston TX, 3-8 de enero de 1979, (págs. 45-79). Westview Press.
- Mejía, G. R. (2002). Matrimonio: aspectos generales en el derecho civil y en el canónico. *Revista de Derecho Privado*, (3), 91-111.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1997). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona. Paidós Terapia Familiar.
- Moreno, F. (1999). La violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública* 5, 245 - 258
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós
- Penn, P. (1982). Cuestionamiento circular. *Proceso familiar*, 21, 267-280.
- Penn, P. (1985). Feed-forward: Preguntas futuras, mapas futuros. *Proceso Familiar*, 24, 299-310.
- Penn, P. (1998). Violencia e identidad sexual. En M. Elkai'm. (Ed.), *La terapia familiar en transformación*. Buenos Aires: Paidós.
- Perrone, R., & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Pollitt, C. (ed.). (2013). *Contexto en políticas públicas y gestión: ¿El eslabón perdido?* Edward Elgar Publishing.

- Ramos, L. (2002). Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por su pareja íntima. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 2(16).
- Rankin, L. y Burnett, C. (1991). Estándares de relación en matrimonio: Desarrollo de una nueva medida de contenido específico de las cogniciones. En Simposio "Tomando una visión más amplia de cogniciones matrimoniales". Nueva York.
- Rasera, E. F., Taverniers, K. y Vilches-Álvarez, O. (2017). *Construccionismo Social en acción: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos*.
- Ravazzola, M. C. (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Paidós.
- Reyna, J., Salcido, M., & Arredondo, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 73-91.
- Ríos, J. (2003). *Vocabulario básico de orientación y terapia familiar*. España: Ed. CCS.
- Roberto, M. J. (Ed.). (1994). *Contexto y desarrollo social*. Madrid: Síntesis.
- Roth Unzueta, E. (2008). *Cambio Social: factores psicológicos asociados a la disposición a cambiar* (Tesis doctoral). Universidad de Garana: España. Recuperado de: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/1868>
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar modelos y técnicas*. México: Manual Moderno
- Scheinkman, M. y Dekovenfishbane, M. (2004) El ciclo de la vulnerabilidad: trabajando con el impasse en la pareja. *Family Process*, 43: 79-299.
- Scott, J. (2011). *Gasto público y desarrollo humano en México: Análisis de incidencia y equidad*. Documento de trabajo para el informe sobre Desarrollo Humano México, Informe sobre Desarrollo Humano México.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A (1999). *Los Juegos psicóticos en la familia*. Barcelona. Paidós.
- Slive, A. y Bobele, M. (2013). *Cuando solo tienes una hora. Terapia efectiva para clientes de atención inmediata*. México: Paidós.
- Sluzki, C. E. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*, 3(2), 65-69.

- SNDIF, (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia en México, 2011. ENDIFAM
- Sociedad Mexicana de Psicología (2011). Código Ético del Psicólogo. México: Trillas
- Talmon, M. (1990). *Terapia de sesión única: Maximizar el efecto del primer encuentro terapéutico (y a menudo único)*. Jossey-Bass.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones.
- Tercero, R. (1994). *Revisión histórica de la terapia familiar*. *Revista Psicopatología*, 1.
- UNAM (1994). Características de los estudios de posgrado. Documento de trabajo. *Revista de la Coordinación de Estudios de Posgrado*, 10, 29-30. Recuperado de http://www.posgrado.unam.mx/publicaciones/ant_omnia/29_30/08.pdf
- UNAM (2013). Residencia en Terapia Familiar. Recuperado de: <http://psicologia.posgrado.unam.mx/residencia-entherapie-familiar/>
- UNAM (s/f). Servicios Psicológicos. Recuperado de: www.psicol.unam.mx/Principal/Servicios_Psicologicos/Guillermo.html
- Von Bertalanffy, L. (1993). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- Von Glasersfeld, E. (1981). Introducción al constructivismo radical. La realidad inventada ¿Cómo sabemos lo que creemos saber? Introducción al constructivismo radical. *La realidad Inventada ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?*, 20-37?
- Walker, L. (1991). *La mujer maltratada*. Nueva York: Harper and Row Publishers.
- Watzlawick, P. (1998). *La realidad inventada*. Gedisa.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. y Jackson, D., D. (2011). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Herder Editorial.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, P., Bodin, A. (1974). Terapia breve: resolución de problemas enfocados. *Proceso Familiar*, 13, 141-168.

- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. y Tirota, V.(j) (2002). *Reescribir la vida: Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- Wiener, N (1985). *Cibernética*. Barcelona: Tusquets Editoriales.
- Willi, J. (1985). *La pareja humana: Relación y conflicto*. Madrid: Morata.