



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

RECONOCIMIENTO Y EXPRESIÓN DE EMOCIONES EN LA ATENCIÓN TERAPÉUTICA DE  
HOMBRES

**TESIS**  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
**LIC. JOSÉ DAVID FLOREZ OCAMPO**

DIRECTOR:  
DR. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ (FACULTAD DE PSICOLOGÍA)

COMITÉ TUTORIAL:  
DR. GERARDO BENJAMÍN TONATIUH VILLANUEVA OROZCO  
(FACULTAD DE PSICOLOGÍA)  
MTRA. ROCÍO NURÍCUMBO RAMÍREZ (FACULTAD DE PSICOLOGÍA)  
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN (FACULTAD DE PSICOLOGÍA)  
MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ (FACULTAD DE PSICOLOGÍA)]

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX, NOVIEMBRE, 2023



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.

## ÍNDICE

Resumen .....	4
Introducción y Justificación.....	5
Capítulo 1. Análisis del Campo Psicosocial .....	9
<b>Principales Problemas que Presentan las Familias Atendidas</b> .....	9
<i>Definición de Familias</i> .....	9
<i>Cambios Sociales de la Familia</i> .....	11
<i>Las Familias en México</i> .....	13
<i>Principales Problemáticas de las Familias Atendidas</i> .....	14
<b>Descripción de las Sedes donde se Realizó la Experiencia Clínica</b> .....	17
<i>Centro de Servicios Psicológicos Doctor Guillermo Dávila</i> .....	17
Capítulo 2. Marco Teórico.....	18
<b>Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas</b> .....	18
<i>Antecedentes</i> .....	18
<i>Fundamentos Teóricos</i> .....	21
<i>Características del Modelo Terapéutico</i> .....	25
<i>Intervenciones y Técnicas del Modelo</i> .....	28
<b>Análisis y Discusión del Tema que Sustenta el Caso Clínico</b> .....	31
<i>Masculinidades</i> .....	31
<i>Reconocimiento y expresión de emociones</i> .....	35
Capítulo 3. Análisis de un Caso Clínico.....	38
<b>Descripción del Caso</b> .....	38
<i>Datos generales</i> .....	39
<i>Motivo de consulta</i> .....	39
<i>Antecedentes del problema</i> .....	40
<i>Objetivos del consultante</i> .....	40
<i>Trabajo terapéutico</i> .....	40
<i>Reflexión desde la cibernética de segundo orden</i> .....	46
<b>Análisis y Discusión Teórico-metodológica de la Intervención Clínica con el Caso Elegido</b> .....	49
<b>Análisis del Sistema Terapéutico Total</b> .....	52
Capítulo 4. Consideraciones Finales .....	55
<b>Análisis de Competencias Adquiridas</b> .....	55
<i>Teóricas Conceptuales</i> .....	55

<b><i>Habilidades Clínicas</i></b> .....	55
<b><i>Investigación y difusión</i></b> .....	57
<b><i>Ética y Compromiso social</i></b> .....	57
<b>Reflexión y Análisis de la Experiencia</b> .....	59
<b>Implicaciones en la Persona del Terapeuta y en el Campo Profesional</b> .....	62
<b>Referencias</b> .....	66

## Resumen

Este trabajo de tesis presenta la integración de los diferentes conocimientos, habilidades y competencias desarrollados en mi formación como Terapeuta Familiar en la Maestría en Psicología de la UNAM durante el periodo 2018-2020. Se inicia con una revisión de las principales características, cambios y problemáticas que atraviesan las familias en México y de las familias que fueron atendidas durante la estancia clínica. Se integra el expediente de un caso clínico que fue abordado en coterapia y supervisado desde el modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas. Se realiza un análisis del caso a la luz del tema del reconocimiento y la expresión de emociones en la atención terapéutica de hombres, desde una perspectiva profeminista de las masculinidades. De este análisis teórico-clínico se puede concluir que las emociones son recursos muy importantes de los seres humanos, las cuales, al ser reguladas y gestionadas contribuyen al afrontamiento y la resolución de conflictos personales y relacionales. Los hombres necesitamos seguir construyendo masculinidades alternativas a la hegemónica, que nos permitan sentir y expresar emociones de una manera libre y respetuosa; y nos ayuden a establecer vínculos y relaciones interpersonales sanas en las que se incluya la cercanía, la calidez, el compromiso y la responsabilidad afectiva. Al final se expone un resumen de las competencias profesionales adquiridas, así como una reflexión de la experiencia en la formación en el programa de la Residencia en Terapia Familiar.

## Introducción y Justificación

El campo de la terapia familiar como parte de la psicología clínica, se empezó a desarrollar con mayor fuerza a partir de los postulados de la Teoría General de los Sistemas y la Epistemología Cibernética a finales de los años 40 del siglo pasado. Estas perspectivas pasaron de concebir los problemas humanos centrados en el comportamiento individual, a una comprensión relacional de los problemas humanos (Eguíluz, 2004).

Los estudios de la Cibernética de segundo orden resaltaron la importancia de incluir en análisis del trabajo terapéutico la participación que tiene el observador en los sistemas observados. Esto implicó que las interpretaciones y descripciones que se hacen acerca de los problemas humanos dependen de la perspectiva particular de quien las está realizando, por lo que el terapeuta ya no es considerado como un miembro externo sino como parte del sistema que se construye en la terapia (Sluzki, 1987).

Estos dos enfoques epistemológicos, sumados a las contribuciones de la Teoría de la Comunicación Humana, la cual consistió en una interpretación y síntesis de los conceptos de la teoría del doble vínculo de Bateson (Watzlawick et al, 1967), fueron la base del surgimiento de diferentes modelos de terapias sistémicas, tales como los modelos de terapia breve, estratégica, estructural, y los inicios del modelo de Milán.

De manera posterior, el Postmodernismo generó un cuestionamiento acerca de los meta-relatos y de las nociones de verdad absoluta que caracterizaban el paradigma moderno. Partiendo de diferentes postulados epistemológicos como el constructivismo, construccionismo y el posestructuralismo, el postmodernismo plantea que la realidad es una construcción y que el conocimiento más que una verdad constituye un discurso social que se crea en un contexto histórico y social particular.

Estos postulados han tenido implicaciones y aportaciones importantes en la terapia como lo son buscar privilegiar los conocimientos y significados locales dentro del marco de

referencia de los consultantes, así como no realizar generalizaciones y clasificaciones que reduzcan a las personas. También, la relación entre terapeuta y consultante se concibe de una manera más horizontal, en la que el terapeuta toma una postura de curiosidad, de no saber y de colaboración con los consultantes (Anderson, 2007 y 2019). Dentro de este paradigma epistemológico han surgido los modelos de terapia narrativa, la terapia colaborativa y la terapia de equipos reflexivos, entre otros.

A su vez, el paso de la modernidad a la postmodernidad produjo un mayor compromiso desde la terapia con los contextos sociales, económicos y políticos más amplios. Las terapeutas feministas empezaron a incluir en la reflexión la importancia de considerar las relaciones de poder y género en la terapia familiar, ya que algunos modelos terapéuticos reproducen roles y estereotipos que oprimen a las mujeres (Goodrich et al, 1989). Con esta perspectiva, se planteó una noción política de la terapia, al ser un espacio donde el terapeuta tiene una influencia importante en el cambio o mantenimiento de las problemáticas sociales.

Dentro del campo de la terapia familiar, este trabajo de tesis tiene como objetivo dar cuenta de mi proceso de formación como terapeuta familiar que tuve durante dos años en la Maestría en Psicología de la UNAM. Surgió en mí el interés de abordar en esta tesis el tema del reconocimiento y la expresión de emociones en el trabajo terapéutico con varones tomando como referencia algunas perspectivas de los estudios de las masculinidades.

Este interés personal se generó a través de una influencia positiva de la perspectiva y sensibilidad hacia el género de muchas de las profesoras y profesores de la Residencia en Terapia Familiar, lo que me llevó a plantearme un proceso de reflexión personal y familiar, así como un cuestionamiento acerca de mi propia masculinidad.

Este proceso me ayudó a identificar los privilegios tanto familiares y sociales que he tenido al ser hombre y también a conectar con las historias de violencias que han vivido algunas mujeres en mi familia. A nivel de la formación esto me permitió notar en los casos con las familias del papel relevante del género en las problemáticas atendidas y particularmente en

los casos donde había violencia. También, despertó en mí un interés personal de asumir un papel activo en mi formación y ejercicio profesional para promover y contribuir en el cambio social desde mi lugar de ser hombre terapeuta.

Es importante el abordaje de este tema ya que diferentes estudios acerca de la masculinidad han señalado que en la cultura occidental se ha construido un modelo dominante de masculinidad hegemónica caracterizado por la racionalidad, la competitividad y la dominancia. Estos rasgos se ven reflejados en prácticas de poder y control que los hombres ejercen sobre los demás y sobre sí mismos (Sleider, 1995; Frías, 2019; Keijzer, 1997; Kaufman, 1997).

Desde este modelo hegemónico, se ha considerado a la expresión de la afectividad como un rasgo de la femineidad, lo que representaría para los hombres un signo de debilidad e inferioridad experimentar y expresar determinados sentimientos (Seidler et al., 1995). Es así como en algunos contextos los hombres son sancionados y castigados por demostrar sus emociones (Martinez-Munguía, 2013).

Estos estereotipos han llevado a que muchos hombres hayan sido socializados de una manera en la que se les dificulta reconocer, gestionar y expresar muchas de sus emociones (Fivush et al 2000; Simon & Nath, 2004), lo cual, ha tenido efectos perjudiciales en las relaciones familiares y de pareja (Salguero, 2019; Sánchez, 2016), ya que, al no reconocer y hacerse responsables de sus propias emociones, es muy difícil que reconozcan y respeten las emociones de los demás.

La masculinidad hegemónica implica una serie de prácticas que invalidan que los hombres experimenten y expresen en sus relaciones emociones como el temor, la tristeza y la ternura (Enríquez-Rosa y López-Sánchez, 2019). Por otro lado, se refuerza socialmente que los hombres expresen el sentimiento de enojo (Martinez-Munguía, 2013), el cual, cuando se expresa de manera desbordada aumenta la probabilidad de violencia en las relaciones (Tedeschi, 2003).

En esta línea, el informe de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada por el INEGI en el 2021, mostró que del total de mujeres encuestadas de 15 años y más, el 70.1% han experimentado al menos una situación de violencia psicológica, física, sexual o económica.

En cuanto a las relaciones de pareja, según este informe, el 39.9% de las mujeres ha sufrido situaciones de violencia en la pareja a lo largo de la relación, donde el tipo de violencia que más prevalece es la violencia psicológica, caracterizada principalmente por la indiferencia, la intimidación, el acecho, la degradación y las comparaciones destructivas (INEGI, 2021).

Kaufman (1997) y Bonino (2001) mencionan que el modelo de masculinidad hegemónica tiene también efectos nocivos en los hombres ya que al suprimir toda una gama de emociones estas no desaparecen, sino que se manifiestan como malestares que afectan la salud física, emocional y relacional de los hombres.

Estos elementos muestran la relevancia para la psicología clínica y la terapia familiar de abordar el reconocimiento y la expresión de emociones como un elemento importante en el trabajo terapéutico con hombres. Desde una mirada crítica y social de los modelos de masculinidades, la terapia constituye un espacio en el que se pueden cuestionar de aquellos estereotipos que limitan la expresión emocional de los hombres y los efectos nocivos que tiene en las relaciones interpersonales; así como construir maneras alternativas de ser hombre basados en la responsabilidad emocional y el respeto por las emociones propias y de los demás.

## **Capítulo 1. Análisis del Campo Psicosocial**

### **Principales Problemas que Presentan las Familias Atendidas**

Con el fin de realizar un análisis de las principales problemáticas que presentan las familias mexicanas es importante revisar algunas concepciones y definiciones que se tiene acerca de la familia en este contexto sociocultural.

#### ***Definición de Familias***

El concepto de familia se ha ido transformando en la historia del mundo occidental, así el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2015) plantea que la familia ha sido concebida por mucho tiempo como la unidad natural y primaria de la sociedad, en el que se ha impuesto un modelo normativo de la familia nuclear compuesto por un hombre trabajador/proveedor, una mujer ama de casa, encargada de la crianza e hijos comunes de ambos.

Estas concepciones se han ido cuestionando y transformando hacia visiones más amplias y diversas que incluyen los diferentes tipos de familias que existen en las sociedades y culturas, como lo menciona la Comisión Nacional de la Familia en Chile (1994, como se citó en UNICEF, 2015) "se entenderá por familia a todo grupo social, unido por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables" (p. 26).

A partir de estas perspectivas se puede mencionar que la familia más que ser algo natural, es un concepto social que se ha entendido de diversas maneras de acuerdo con el momento histórico, político y económico de las diferentes sociedades y culturas.

Teniendo en cuenta la relevancia de los vínculos familiares para el desarrollo de las personas y de la sociedad, diferentes organismos nacionales e internacionales han enfocado sus esfuerzos para comprender a la familia y procurar recursos para atender las diferentes problemáticas que afectan a sus miembros.

En 1993, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, s.f.) declaró el 15 de mayo como el día internacional de la familia. En su resolución mencionó que la familia constituye la unidad básica de la sociedad, considerando la existencia de diversos conceptos de la familia en los diferentes sistemas sociales, culturales y políticos.

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012) definió la familia como:

El ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación. (p.1)

A partir de estas definiciones del ámbito público, se puede entender que, existiendo una gran diversidad de familias, esta es concebida como la unidad fundamental donde se desarrollan los individuos y, por ende, se procuran diferentes esfuerzos y acciones públicas para la prevención, promoción e intervención en el ámbito familiar.

También, es importante mencionar que esta noción trae como dijo Martha Lamas (Sierra, 2020) una mistificación de la familia, que no considera que la familia en diferentes situaciones puede ser un espacio de sufrimiento, violencia, descuido y crueldad, en el que no se procura como tal un crecimiento y bienestar de los miembros.

Desde el ámbito de la terapia familiar es significativo conocer algunas definiciones que se tienen de familia, en la que parten diferentes modelos de intervenciones terapéuticas. Es así, como Minuchin y Fishman (1989) desde una perspectiva estructural, proponen que la familia es el grupo donde los individuos desarrollan sentimientos de identidad e independencia. La identidad proporciona un sentido de pertenencia a una familia y por su parte la independencia la posibilidad de diferenciarse de la familia y participar en diferentes contextos familiares y extra familiares.

Reséndiz (2014) considera que la familia es un movimiento evolutivo, contextual, relacional, provista de recursos y con un sentido de identidad. Parte de una visión sistémico relacional, donde la relación precede y trasciende al individuo. Para que la familia exista es necesario que existan sus individuos, y al mismo tiempo la familia da identidad y pertenencia a sus miembros.

La perspectiva de Fruggeri (2016) plantea una noción de pluralidad, diversidad, múltiples formas, funciones y procesos de las familias, que busca alejarse de una visión normativa basada en la estructura familiar. En este sentido, Fruggeri propone que no existe una forma, modelo o estructura familiar más funcional que otra. Por su parte, esta concepción de familia se interesa más por las funciones, procesos y la calidad que pueden tener las diferentes formas de relacionarse.

En efecto, la red de relaciones familiares representa un contexto de pertenencia muy importante en el desarrollo y el crecimiento de los individuos. Dentro de las funciones familiares se destaca que las personas pueden encontrar cuidado, protección y sostén necesario para el propio desarrollo. En la familia se introducen vínculos, límites y reglas. Es un contexto de desarrollo para la intersubjetividad. Las personas pueden aprender el proceso de desvincularse-acoger-involucrarse.

### ***Cambios Sociales de la Familia***

En un acercamiento psicosocial a las familias mexicanas es importante considerar los diferentes cambios sociales que se han presentado a lo largo de la historia y de manera particular en el siglo XX donde surgieron diferentes movimientos sociales, políticos y avances tecnológicos que impactaron la conformación de las familias.

Según Gutiérrez Capulín et al. (2016) en México, los principales cambios sociales que han tenido un efecto en las relaciones familiares incluyen la migración de los hombres jefes de hogar a las grandes ciudades y a la frontera norte para proveer a las familias, lo cual conlleva a que la mujer se hiciera cargo de las labores domésticas y del cultivo en las provincias.

Por otra parte, los movimientos feministas entre 1916 y 1953 se consolidaron con el sufragio para las mujeres, lo cual, les permitió adquirir el carácter de ciudadanas y la oportunidad de ser escuchadas en cuanto a sus demandas y exigiendo derechos civiles.

A partir de la invención y comercialización de los anticonceptivos a finales de 1960, se empezó a reducir el índice de natalidad, pero sobre todo se cuestionó una concepción puritana de la sexualidad reducida a la reproducción en el matrimonio, se dio apertura a ver la sexualidad de una manera más libre y reconociendo el valor del placer y la satisfacción dentro de la misma.

En 1968 el movimiento estudiantil en México, sumado a otras protestas en las principales ciudades del mundo occidental, cuestionó el autoritarismo en las relaciones gubernamentales, así como en las relaciones familiares, donde los hijos obedecían sin poder opinar y la mujer seguía siendo subordinada.

La tercera ola del movimiento feminista en los años 70 exigía la igualdad laboral y educativa, lo que provocó cambios en la familia, ya que la mujer empezó a ocupar más espacios en la esfera pública y a su vez se planteó que el hombre se involucrará también en los quehaceres del hogar, generando cambios en los roles familiares tradicionales.

A medida que aumentó la inclusión de la mujer al mercado laboral, llevó a un cambio en las dinámicas familiares, ya que los hijos eran encargados con los abuelos u otros cuidadores, por lo que las relaciones de padre y madre con los hijos empezó a carecer de espacios de comunicación y convivencia.

Estos cambios en los roles tradicionales de la familia, trajo consigo cuestionamientos en la manera de concebir las relaciones de pareja, así como nuevas problemáticas. Particularmente se cuestionó la creencia de que el matrimonio es para toda la vida sin tener en cuenta la calidad y la satisfacción en las relaciones. De esta manera, se generó un aumento progresivo en el número de divorcios, que ha llevado la conformación de familias monoparentales y reconstituidas; así como la aceptación e inclusión social paulatina de la unión entre parejas del

mismo sexo. Sin embargo, es hasta diciembre de 2009 que se legaliza el matrimonio entre parejas del mismo sexo en México.

### ***Las Familias en México***

En la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) realizada por el INEGI (2017) se estimaron 34.1 millones de hogares en México. El 43.6% de la población mexicana vive en situación de pobreza, esto es un total de 53.4 millones de personas, mientras que un 7.6% vive en pobreza extrema, equivalente a 9.8 millones de personas. La condición de pobreza es un factor que limita el desarrollo físico y emocional de las familias, ya que dificulta el acceso a la salud y la educación de calidad, así como al ejercicio de sus derechos humanos.

Para el INEGI (2020), un hogar censal “es la unidad formada por una o más personas, vinculadas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda particular”. De este número, 22.683.498 estaban encabezados por un hombre y 9.266.211 por una mujer, en comparación con el año 2000 donde la jefatura masculina era de 17.671.681 hogares y la jefatura femenina de 4.597.235 hogares; lo cual representa un mayor crecimiento en el número de hogares con jefatura femenina (INEGI, 2015).

Según la ENH (INEGI, 2017) existen tres clases de hogar. El nuclear que consiste en una pareja conyugal o uno solo de los progenitores que vive con sus hijos y que representa el 71,7% de los hogares en México. El ampliado (25,8%) donde convive un núcleo y algún otro familiar como abuelos, sobrinos, tíos, etc. Y el hogar compuesto (2.5%) en el que además del núcleo familiar y algún otro familiar, conviven personas que no guardan ningún parentesco con el jefe de hogar. En relación con el tipo de hogar parental se encuentra que el 53.8% de los mexicanos viven en un hogar biparental, mientras que el 18% en hogares monoparentales y el 28.1% en otros tipos de hogares.

Respecto a la situación conyugal de los mexicanos, el INEGI (2017) indicó que en la población de 15 y más años, el 54.2% se encuentran casados o unidos, el 34% solteros y el 11.8% separados, divorciados o viudos.

Los datos de Nupcialidad presentados por el INEGI (2021) con respecto al matrimonio menciona que en este año hubo un total de 453,085 matrimonios registrados, de los cuales, 448,744 fueron uniones entre personas de diferente sexo y 4,341 entre personas del mismo sexo. En comparación con el 2010 se registraron 689 matrimonios entre personas del mismo sexo, en el 2019 se registraron 3,596 uniones, lo cual, ha representado un incremento significativo este tipo de unión marital.

### ***Principales Problemáticas de las Familias Atendidas***

México es uno de los países con mayor número de matrimonios infantiles, según los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2018 se encontró que en el grupo de mujeres de 20 a 24 años que actualmente están unidas (2.2 millones) el 42,5% tuvieron su primera unión antes de los 18 años (INEGI, 2018).

En materia de divorcios, se ha observado un incremento importante durante los últimos años. En el 2010 se registraron 86 mil divorcios, en el 2013 fueron 109 mil y en el año 2017 se registraron 148 mil. En el 2018 la tasa de divorcios fue de 31 por cada 100 matrimonios. La edad promedio de divorcio entre personas heterosexuales era de 41 años para los hombres y de 38.4 en las mujeres (INEGI, 2018). En el 2021 hubo 149,675 parejas que se divorciaron, llegando a una tasa de 33 divorcios por cada 100 matrimonios (INEGI 2021).

Una de las problemáticas más relevantes relacionada con las familias de México es la violencia de género. Según datos de la ENDIREH (INEGI, 2021), del total de mujeres encuestadas de 15 años y más, el 39.9% ha enfrentado violencia psicológica, económica, física o sexual por parte de su pareja, esposo o novio actual o último, a lo largo de su relación de pareja. Los estados de Guerrero, Hidalgo y Yucatán son las entidades con mayor prevalencia de violencia de pareja contra las mujeres en México en el 2021.

Unicef México (2019) por medio un comunicado de prensa hizo un llamado a eliminar todas las formas de violencia sexual contra las mujeres y las niñas, dado que, según datos de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública, en el 2018,

40,303 mujeres sufrieron una violación sexual y 682,342 mujeres fueron víctimas de hostigamiento, manoseo, exhibicionismo o intento de violación.

En comparación con los hombres, por cada 9 delitos sexuales cometidos contra mujeres, hay 1 delito sexual cometido contra hombres.

El Senado de la República (2019), en un boletín mencionó que cada año más de 4 millones y medio de niños y niñas son víctimas de abuso sexual en México, país que según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos tiene el primer lugar mundial en estos delitos.

Las niñas, niños y adolescentes en México representan el 30,1% de la población total, sumando 38.3 millones; de los cuales 11.4 millones tiene cinco años o menos; 13.2 millones se encuentran en edad escolar, de 6 a 11 años y 13.7 millones son adolescentes de 12 a 17 años (INEGI, 2018). Los factores de riesgo en este sector de la población infantil están relacionados con la pobreza, la violencia, la falta de afiliación al seguro social, déficit en la alimentación y nutrición, un acceso limitado a la educación preescolar y básica y al trabajo infantil.

De acuerdo con la ENADID realizada en el 2014, el 46,1% de la población de mujeres adolescentes entre los 15 y 17 años que iniciaron su vida sexual, no usaron algún método anticonceptivo, destacando que el 16,9% no los utilizó porque no los conocía y no sabía cómo usarlos. El 9,6% de esta población ha estado embarazada al menos una vez (INEGI, 2014).

Con respecto a las adicciones, el informe de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Secretaría de Salud, 2017), indicó que, en México durante el 2016, más de 2 millones 387 mil menores de edad requirieron algún tipo de rehabilitación por consumo de drogas, especialmente de marihuana y por abuso de alcohol. La edad promedio de inicio de consumo de drogas es de 17.8 años y entre la población de 12 a 65 años, 546 mil personas tenían una posible dependencia al consumo de drogas en el último año.

Otra problemática relevante está relacionada con la discriminación de minorías como la población LGTBI. La Encuesta sobre Discriminación (INEGI, 2017) indica que el 3,2% de la

población de 18 años y más se auto identifico como no heterosexual. De este grupo, el 40% manifestó que se le han negado sus derechos en los últimos 5 años.

La encuesta evaluó la opinión que tienen las personas de 18 años y más acerca de los grupos que se considera que les respeta poco o nada sus derechos. Con base a esta encuesta el 72% de esta población opina que las personas trans se les respeta poco o nada sus derechos, seguidos por las personas gays o lesbianas (66%), personas indígenas (65%), trabajadoras del hogar remuneradas (62%), personas con discapacidad (58%) y personas mayores (57%).

En cuanto a la salud mental, en el 2017 la población mexicana de 12 años y más, el 32,5% se sintió deprimida, del total de este grupo el 11,7% manifestó que ha tenido sentimientos de depresión semanalmente y el 9,9% con una frecuencia diaria (INEGI, 2017).

En México, en el 2015 la depresión ocupó el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Es importante resaltar las diferencias de género, en donde a los hombres, la sensación de “mucha depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que, entre las mujeres la misma sensación afectó a 4.95 millones. También, del total de personas que toman antidepresivos, 414 mil son hombres y 1.22 millones son mujeres (INEGI, 2017).

Si bien, estos datos parecen indicar que las mujeres experimentan mayor depresión que los hombres, estos últimos tienen una mayor tasa de suicidio de 15.1 por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2017). Como se ahondará más adelante, socialmente las mujeres se les ha permitido experimentar y expresar los sentimientos relacionados con la tristeza; por el contrario, para muchos hombres sentirse triste es sinónimo de debilidad, por lo que se puede inferir que la falta de reconocimiento y gestión de estas emociones, puede ser un factor importante en la problemática del suicidio en los hombres.

En México en el 2017 la tasa nacional de suicidios fue de 5.2 por cada 100 mil habitantes. La población de 20 a 24 años ocupa la tasa más alta de suicidio con 9.3 por cada

100 mil jóvenes entre estas edades. En la población de 15 a 29 años, el suicidio es la segunda causa de muerte, lo cual representa una problemática relevante de salud pública de México (INEGI, 2017).

## **Descripción de las Sedes donde se Realizó la Experiencia Clínica**

### ***Centro de Servicios Psicológicos Doctor Guillermo Dávila***

El Centro de Servicios Psicológicos Doctor Guillermo Dávila está ubicado en el edificio D de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, Ciudad de México. Tiene como objetivo ofrecer a los estudiantes de licenciatura y posgrado formación clínica aplicada y especializada; así como ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y el sector social. Dentro de los servicios que se mencionan a continuación, la residencia de terapia familiar presta el servicio de tratamiento para familias y parejas, aunque también recibe consultas para tratamiento individual:

1. Preconsulta
2. Evaluación
3. Referencia / Canalización
4. Tratamiento: Individual, de pareja, familiar y grupal.
5. Prevención primaria

Las personas que desean ser atendidas en esta sede deben comunicarse vía telefónica. Por este medio contestan una solicitud inicial que sirve para identificar a grandes rasgos el motivo de consulta y el tipo de servicio más adecuado para ello. Posteriormente, se les programa una entrevista inicial para que el centro pueda realizar una evaluación y de esa manera canalizar con el programa o área especialidad que sea acorde con el caso. Una vez se asigna el área de especialidad, empieza el proceso terapéutico o tratamiento correspondiente.

Las personas tienen que pagar una cuota que oscila entre los 100 y 150 pesos por sesión, lo cual brinda la posibilidad de que este servicio sea accesible a una amplia población en la Ciudad de México. En ese sentido, la mayoría de los casos atendidos en esta sede, corresponden a personas que pertenecen a la comunidad universitaria incluyendo estudiantes y personal administrativo, así como personas que habitan colonias y delegaciones relativamente cercanas a la Ciudad Universitaria.

## **Capítulo 2. Marco Teórico**

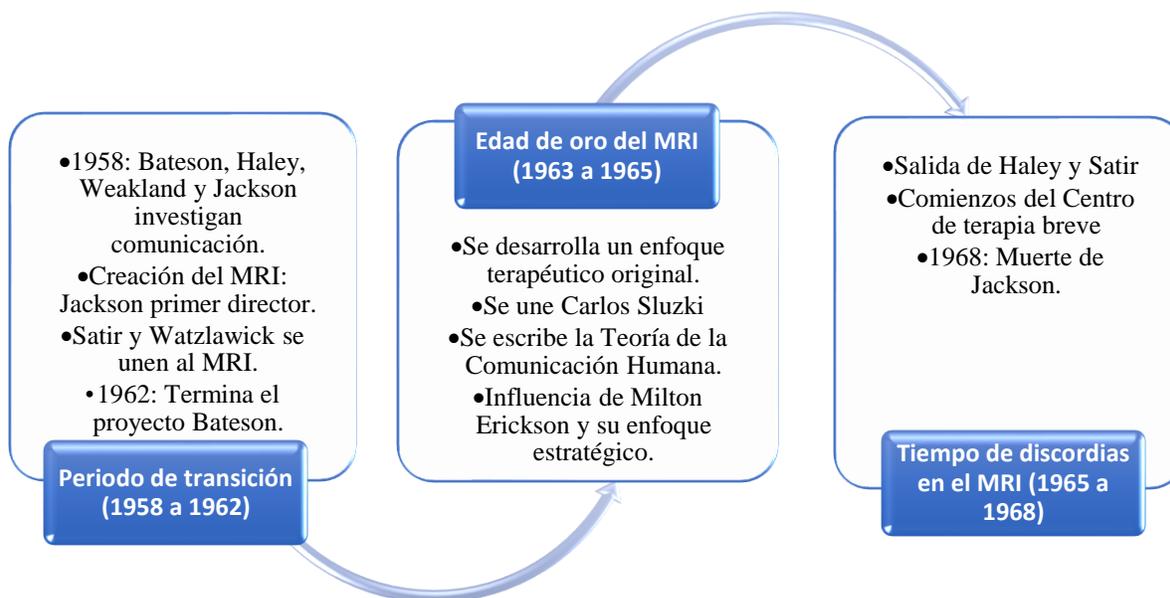
### **Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas**

El caso clínico que se presentará en este trabajo de tesis fue guiado bajo el modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas propuesto por el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto. Este modelo se enmarca dentro de las terapias sistémicas con un enfoque estratégico, que busca la solución efectiva de los problemas humanos (Wittezaele y García, 1994). Se presenta una revisión de los principales antecedentes, fundamentos teóricos y las estrategias de intervención de este modelo terapéutico.

### ***Antecedentes***

La formación del MRI se dio de manera conjunta con el proyecto de comunicación del antropólogo Gregory Bateson quien tenía un mayor interés por la investigación que por la clínica. Por su parte, el psiquiatra Don D. Jackson estaba más interesado en proponer un modelo terapéutico (Bertrando y Toffaneti, 2004). Este conflicto de intereses propició diferencias y rupturas entre ellos. El MRI fue evolucionando en diferentes etapas, donde la incorporación de algunos personajes generó aportes fundamentales para el desarrollo de la terapia breve. En la figura 1 se presentan las etapas del MRI según Wittezaele y García (1994).

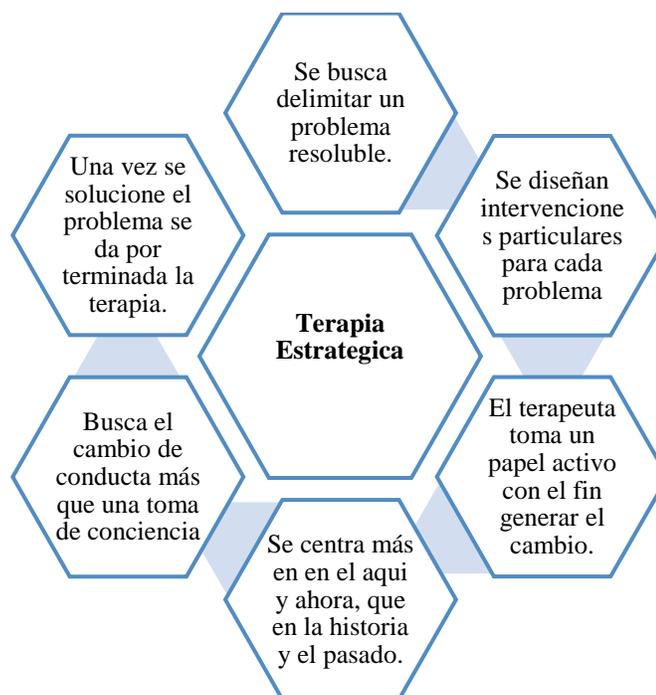
Figura 1

*Etapas del MRI*

**Terapia Estratégica.** La terapia breve ha tomado como referencia el enfoque estratégico de Milton Erickson y de Jay Haley. Este modelo no propone una teoría sobre la naturaleza humana y en consecuencia no establece parámetros de sanidad y normatividad. Su interés se ha centrado en la funcionalidad del comportamiento humano y en cómo generar cambios en las personas (Nardone y Watzlawick, 1990 y Haley, 1983). Los principales postulados del modelo estratégico tomados por el MRI se presentan en la figura 2.

**Figura 2.**

*Postulados del modelo estratégico*



**Constructivismo y Cibernética de Segundo Orden.** También, la terapia breve tiene como antecedente el constructivismo, el cual plantea que las personas no pueden acceder a la realidad externa como tal. Las personas solamente construyen representaciones de la realidad por medio de su sistema perceptual (Feixas y Villegas, 2000; Glasersfeld, 1996), lo que indica que existen tantas realidades como puntos de observación.

En este sentido, el terapeuta solo realiza una construcción limitada acerca de los problemas, que está influenciada por su propia visión del mundo, la vida, las relaciones y la terapia. Reconocer y responsabilizarse de cómo las intervenciones y comentarios influyen en el proceso terapéutico, hacen parte de una cibernética de segundo orden, donde el observador hace parte de lo observado (Sluzki, 1987).

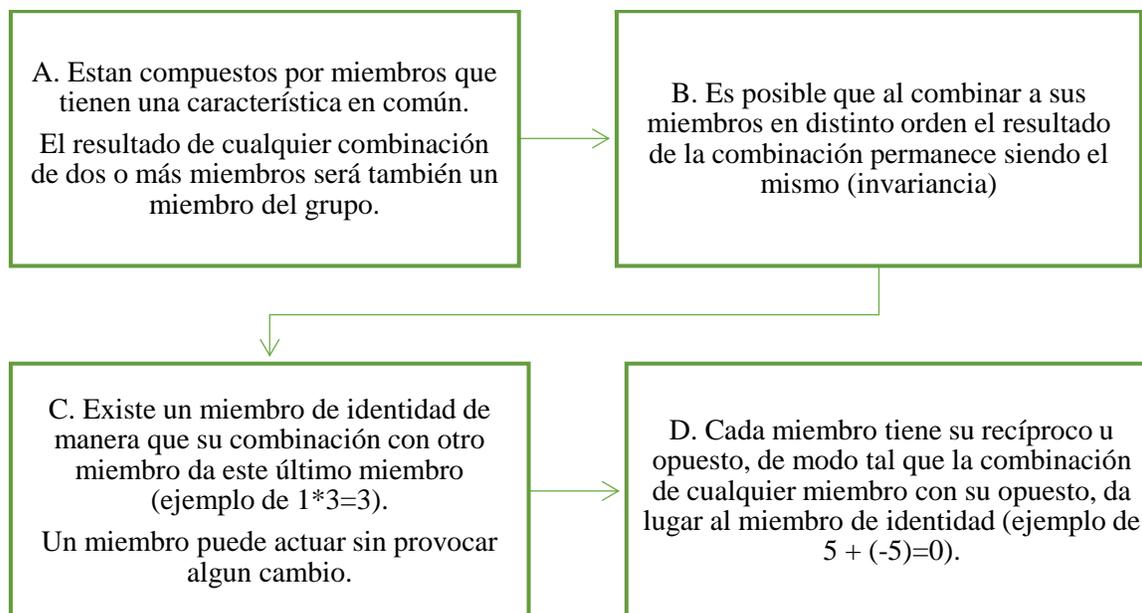
El constructivismo piagetiano mencionado por Glasersfeld (1996) plantea que los niños y niñas construyen su percepción del mundo a través de la experiencia. Esta construcción se da por medio de la asimilación de la realidad a su sistema de comprensión previo. A su vez, ante experiencias nuevas se da un proceso acomodación, dado que producen perturbaciones en la estructura cognitiva y promueven un esfuerzo para elaborar nuevas regulaciones y superar la inestabilidad (Glasersfeld, 1996; Gergen, 1996).

Las ideas del constructivismo tienen diferentes implicaciones en la terapia breve, tomando en cuenta a Nardone y Watzlawick (1990) y Glasersfeld (1996), se comentan algunas.

1. Los problemas por resolver no están relacionados con las propiedades de las situaciones (realidad de primer orden), sino relacionados con el significado de estas (realidad de segundo orden).
2. Las intervenciones buscan el desplazamiento del punto de observación de las personas; de una rígida a una con mayor elasticidad que brinde mayores posibilidades y estrategias ante las situaciones.
3. En la terapia breve no es necesario la comprensión para el cambio, sino que primero se experimenta y de ahí sigue un cambio en la construcción del mundo.

### ***Fundamentos Teóricos***

**Teoría de los Grupos.** Según Watzlawick et al. (1974) la teoría de los grupos propuesta por el matemático Evariste Galois, dice que los grupos tienen cuatro características, presentadas en la figura 3.

**Figura 3***Características de los grupos*

Las aplicaciones de esta teoría en la terapia breve sustentan que existen cambios dentro un mismo sistema de reglas, los cuales son llamados cambios tipo 1. Este tipo de cambios se observa cuando una persona por más que haga cosas diferentes permanece igual (Watzlawick et al., 1974).

**Teoría de los Tipos Lógicos.** En la teoría de los tipos lógicos de Rusell, los componentes de la totalidad son llamados miembros y a la totalidad se le conoce como clase. Esta teoría se rige por el axioma de que una clase no puede ser un miembro de sí misma, ya que pertenecen a dos niveles lógicos diferentes (Watzlawick et al., 1974). Un ejemplo para comprender este concepto es que el conjunto de habitantes de Chile es diferente de un miembro de ese país, no solo cuantitativamente sino también cualitativamente, ya que la clase “chilenos” implica además sistemas de interacción entre los individuos, grupos e instituciones. El paso de un miembro de Chile al nivel superior “chilenos”, implica salir de las pautas que rigen a un solo miembro.

Watzlawick et al. (1974) mencionan que, a nivel práctico en la terapia, pasar de un nivel lógico al inmediatamente superior es un cambio de mayor importancia teórica y práctica, ya que indica un salto que conduce fuera de las reglas que gobiernan una estructura; es decir, se presenta un meta cambio, que se ha denominado un cambio tipo 2. Este cambio llega como algo incomprensible o inesperado para las personas dado que inicialmente no hace parte de su estructura lógica. Esto se entiende como el proceso de bisociación donde se llega a percibir una misma situación en dos sistemas de referencia diferentes, que son consistentes en sí mismos pero incompatibles entre sí.

**Teoría General de los Sistemas.** La teoría general de los sistemas (TGS) propuesta por Bertalanffy (1968), contribuyó de manera fundamental en el desarrollo de las terapias sistémicas, ya que proporcionó un modelo de comprensión relacional y circular de los problemas humanos (Watzlawick et al., 1967). Los principales conceptos de la TGS, y las contribuciones en la terapia breve, se presentan en la tabla 2.

**Tabla 2**

*Principales conceptos de la TGS*

Concepto	Definición	Aportes a la terapia breve
<b>Sistema</b>	Conjunto de elementos relacionados entre sí, que forman un todo. Los sistemas humanos comunican e intercambian información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas no son seres aislados, sino que interactúan con otras personas y sistemas.</li> </ul>
<b>Medio ambiente</b>	Un sistema abierto intercambia información con el medio y con otros subsistemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amplía el foco de observación que va desde lo micro a lo macro.</li> </ul>
<b>Totalidad</b>	Cada una de las partes está relacionada con las otras. Un cambio en una de ellas provoca un cambio en las demás y en el sistema total.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un cambio mínimo en la terapia interrumpe la pauta de interacción que mantiene un problema.</li> </ul>
<b>Equifinalidad</b>	Los resultados no están determinados por las condiciones iniciales, sino por los parámetros del sistema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se pregunta ¿cómo los sistemas se mantienen en el presente?</li> </ul>

<b>Circularidad</b>	Todos los elementos influyen en los demás, de manera que cada uno es causa y efecto al mismo tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se dejan las explicaciones lineales, para centrarse en las pautas interaccionales de un problema.</li> </ul>
<b>Retro-alimentación</b>	<p>La retroalimentación es el intercambio circular de la información en el sistema, así como con otros sistemas. Existen dos tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativa: Disminuye la desviación y mantiene el equilibrio del sistema.</li> <li>• Positiva: Aumenta la desviación con una tendencia al cambio del sistema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las soluciones intentadas mantienen la estabilidad del sistema.</li> <li>• Promover la retroalimentación positiva, es decir a una dirección contraria a los intentos de solución puede generar un cambio en la estructura del sistema</li> </ul>

**Teoría de la Comunicación Humana.** Watzlawick et al. (1967) publicaron la teoría de la Comunicación Humana (TCH), la cual consistió en una interpretación y síntesis de los conceptos de la teoría del doble vínculo de Bateson, en axiomas de la comunicación, los cuales son aspectos teóricos importantes para la terapia breve. Los axiomas de la TCH y sus patologías asociadas se exponen en la tabla 3.

**Tabla 3**

*Axiomas de la TCH y comunicación patológica.*

<b>Axioma</b>	<b>Definición</b>	<b>Patología Asociada</b>
<b>La imposibilidad de no comunicar</b>	Toda conducta verbal o no verbal comunica un mensaje.	El intento de no comunicarse y de evitar su compromiso inherente. Reacciones posibles: a) rechazo, b) aceptación, c) descalificación o d) síntoma
<b>Los niveles de contenido y relación en la comunicación</b>	La comunicación no solo transmite información al nivel de contenido, sino que define el tipo de relación entre los comunicantes.	Desacuerdos y confusiones de los comunicantes en los niveles de contenido y relación. Mensajes de confirmación del otro, que indican "tu no existes".
<b>La puntuación de la secuencia de los hechos.</b>	Los comunicantes distinguen la realidad desde el lugar donde puntúan los hechos.	Convicción de que solo hay una realidad y de que el otro es la causa del problema. No se comunica acerca de la comunicación.

<b>Comunicación digital y analógica</b>	<p><b>Digital:</b> la comunicación verbal (apto para el nivel de contenido)</p> <p><b>Analógico:</b> todo lo que no es comunicación verbal (provoca significados al nivel relacional)</p>	<p>Profecía autocumplida: conducta que provoca en los demás una reacción apropiada para esa conducta.</p> <p>Errores de traducción entre el lenguaje analógico y digital que se dan en las relaciones.</p> <p>Un síntoma expresa analógicamente lo que digitalmente no se puede decir.</p>
<b>Interacción simétrica y complementaria</b>	<p><b>simétrica:</b> los participantes tienden a igualar su conducta de manera recíproca.</p> <p><b>Complementaria:</b> basada en la diferencia, uno de los participantes asume una posición superior y el otro ocupa una posición inferior.</p>	<p><b>Escaladas simétricas:</b> se rigidiza la competencia, se producen guerras y un rechazo entre los miembros de la relación.</p> <p><b>Complementariedad rígida:</b> se presentan descalificaciones hacia la otra persona, así como exigencias y sometimientos del miembro superior sobre el inferior, es decir un abuso de poder.</p>

---

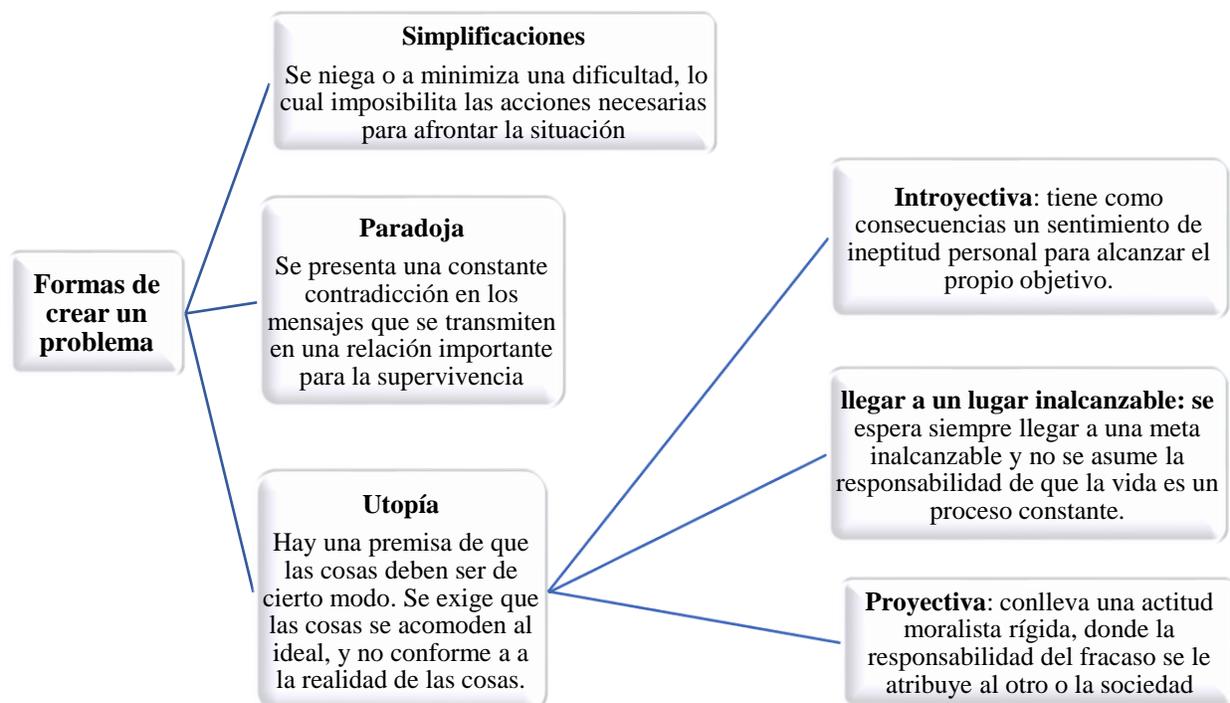
### ***Características del Modelo Terapéutico***

Teniendo en cuenta los antecedentes y los fundamentos teóricos, se presentan las características del modelo de terapia breve centrado en problemas del MRI.

**Formas de Crear un Problema.** Watzlawick et al. (1974) plantean que los intentos de solución, que se han configurado en un patrón interaccional, generan una retroalimentación negativa dentro del sistema, que ayudan a mantener el equilibrio del sistema y por ende sostienen los problemas. Existe una diferencia entre un problema y una dificultad. Esta última, es un estado indeseable de las cosas que puede resolverse mediante algún acto de sentido común o donde hay que aprender a sobrellevar. Por su parte, un problema se refiere a callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles o crisis; que han sido creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades. En la figura 4 se presentan las 3 formas de crear un problema.

Figura 4

## Formas de crear un problema



**Primera sesión y Tipos de consultantes.** En la primera sesión el terapeuta debe recoger la información necesaria sobre los factores que se consideran esenciales para la terapia. También, es importante evaluar la postura del consultante, entendida como el conjunto de creencias, valores y prioridades, que representa el marco de actuación de su vida (Fisch et al., 1982). Los aspectos de la primera sesión se mencionan en la tabla 4.

**Tabla 4***Aspectos de la primera sesión de Terapia Breve*

<b>Aspecto</b>	<b>Consideraciones</b>
1. <b>Definir el problema</b>	Se debe formular un problema que sea resoluble y describirlo en términos de conductas interaccionales (qué dice y qué hace cada persona involucrada).
2. <b>Soluciones intentadas</b>	Conocer las cosas que el consultante ha intentado para solucionar el problema y el impulso básico de las mismas.
3. <b>Objetivos y cambio mínimo</b>	Definir en términos concretos y operacionales lo que se espera cambiar del problema. Establecer un cambio mínimo ante el problema.
4. <b>Individuación del sistema perceptivo-reactivo</b>	Evaluar cuál es el sistema de interacción que sostiene principalmente el problema: a) sí mismo, b) los demás o c) el mundo.
5. <b>La postura del consultante</b>	Se debe indagar la postura del consultante en los siguientes aspectos: a) ante el problema, b) ante la solución, c) ante la terapia y d) ante la vida, los demás y sí mismo

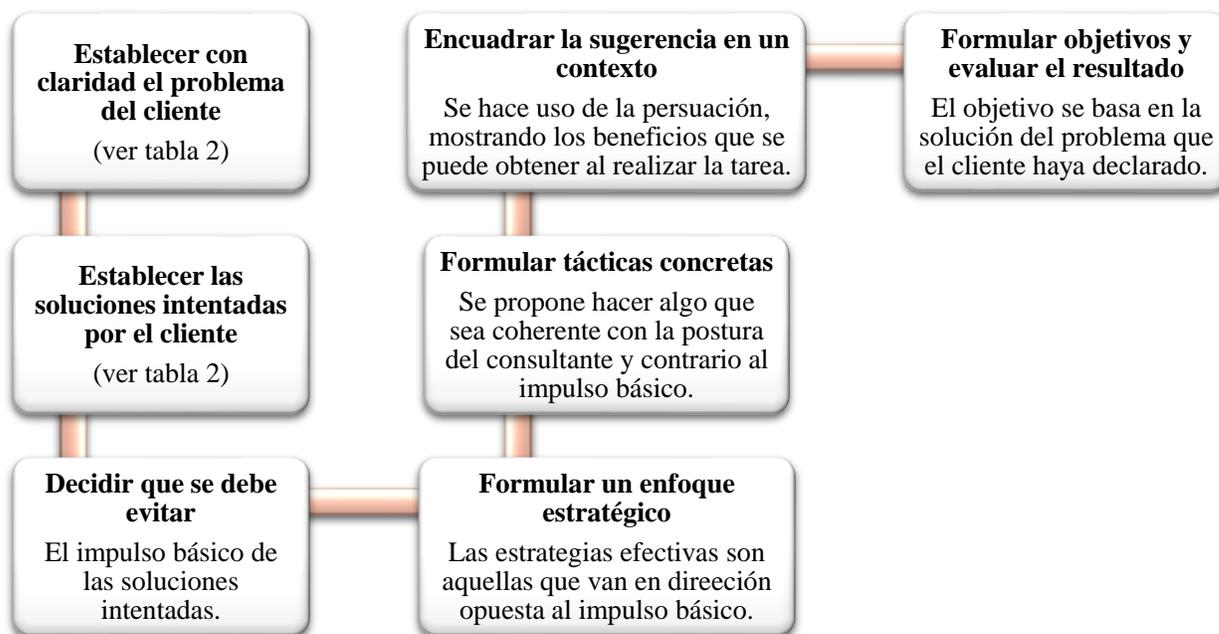
Según Fisch et al. (1982) evaluar y definir claramente estos aspectos en las primeras sesiones permite diseñar un plan de intervención específico coherente con la postura y el lenguaje del consultante, lo cual, facilitará la colaboración de este en el proceso terapéutico.

Con la evaluación de la postura del consultante, se logra identificar el tipo de consultante: si es un *cliente*, que busca cambiar de forma activa con la colaboración del terapeuta, o si es un *paciente* que se considera a sí mismo como desviado y no está motivado y seguro de hacer algo para solucionar el problema.

**Planificación del caso.** La planificación del caso se realiza con base a la información recabada en las primeras sesiones donde, además, se definen las estrategias e intervenciones que se usarán para atender el problema del consultante (Fisch et al., 1982). La planificación está conformada por los aspectos que se describen en la figura 5.

Figura 5

*Aspectos de la planificación de un caso en terapia breve*



### ***Intervenciones y Técnicas del Modelo***

La terapia breve centrada en problemas propone diferentes técnicas e intervenciones. Como se mencionó anteriormente, los problemas están sostenidos por pautas y circuitos de interacción basados en las soluciones intentadas por los consultantes. Nardone y Watzlawick (1990) proponen que los problemas pueden resolverse mediante estrategias que rompan el sistema circular de retroacciones que mantienen operante el problema. En esencia, las intervenciones del MRI constituyen un medio de interrumpir los intentos de solución.

Es importante considerar, que las intervenciones parten de una postura estratégica, donde el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en el comportamiento en las concepciones de la persona. Al ser una terapia breve, parte de la premisa de que un cambio mínimo afecta a todo el sistema de interacción, en un efecto de la de una bola de nieve o la

propagación de las ondas cuando se arroja una piedra en un estanque (Wittezaele y García (1994).

A su vez, las intervenciones se basan en las ideas del constructivismo (Glaserfeld, 1996). Desde esta postura, la terapia breve propone que, para cambiar una situación problemática, primero hay que cambiar el obrar y la experiencia, y como consecuencia se llega a cambiar el marco de realidad del paciente. De esta manera, se lleva a cabo un desplazamiento del punto de observación de la persona, pasando de una postura rígida y disfuncional acerca de su realidad a una mirada más elástica y con más posibilidades.

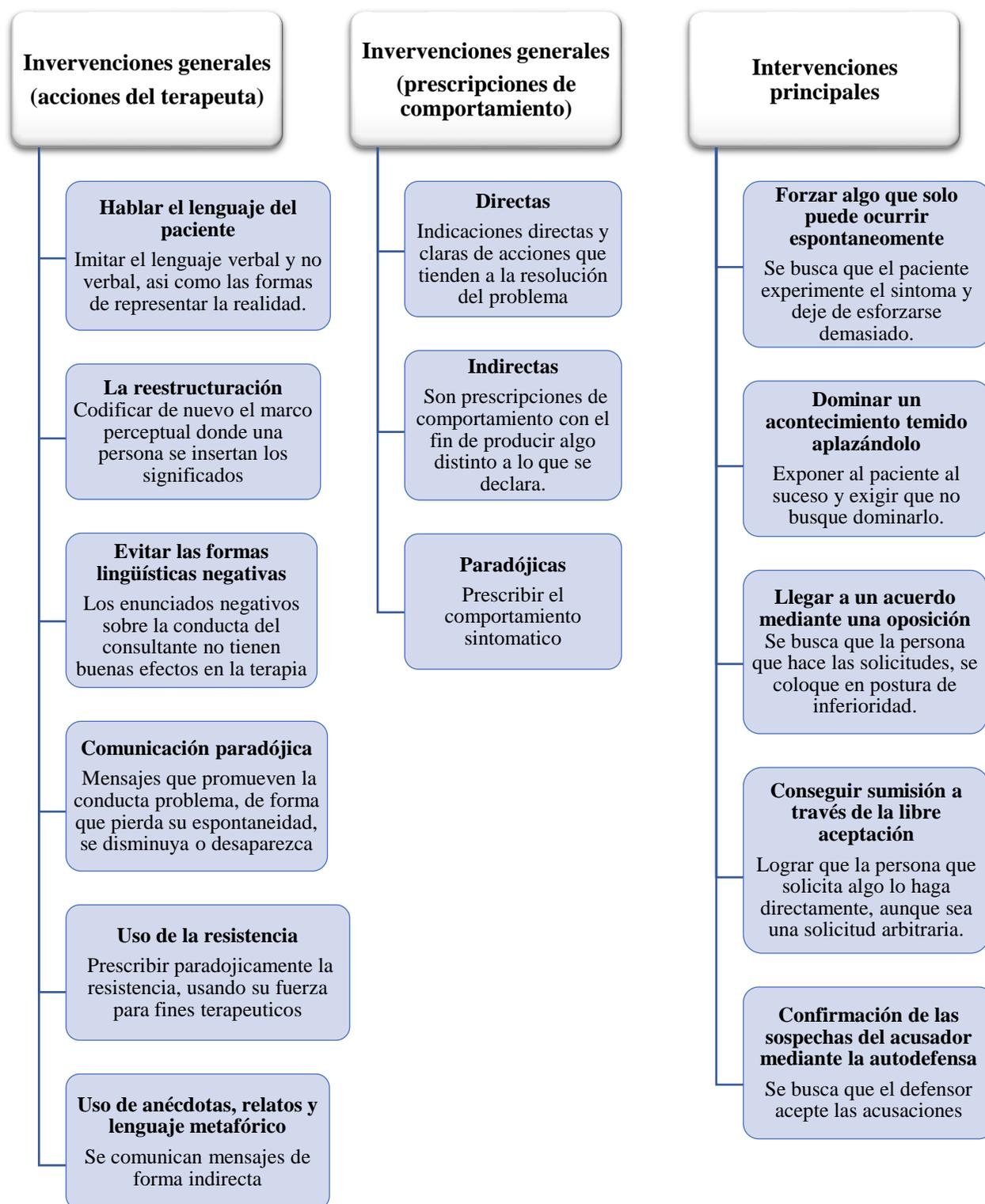
Por esta razón, varias de las intervenciones de la terapia breve consisten en prescripciones de comportamiento que buscan " una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de las reacciones comportamentales derivadas del paciente" (Nardone y Watzlawick, 1990, p.73).

La terapia breve propone intervenciones generales y principales (Nardone y Watzlawick, 1990). Las intervenciones generales se dividen entre aquellas acciones y comunicaciones que realiza el terapeuta durante las sesiones; y las prescripciones de comportamiento, que son las acciones que el consultante debe hacer en su vida cotidiana en el espacio entre sesiones, con el fin de que tenga experiencias concretas que faciliten el cambio. Por su parte, las intervenciones principales son estrategias terapéuticas para interrumpir los intentos de solución más comunes o estudiados por el MRI

Una descripción de las intervenciones generales y principales se exponen en la figura 6 de la siguiente página.

Figura 6

*Intervenciones generales y principales de la terapia breve (Nardone y Watzlawick, 1990)*



## **Análisis y Discusión del Tema que Sustenta el Caso Clínico**

Se analizará el caso clínico integrado en este trabajo de tesis a partir del tema del reconocimiento y la expresión emocional de los hombres, tomando como referencia algunas perspectivas de los estudios sobre las masculinidades.

Ante el amplio universo de construcción masculina, he decidido enfocarme en el ámbito del reconocimiento y la expresión emocional de los hombres. Para lograr una mayor comprensión de este tema se presenta una revisión acerca del concepto de masculinidades y de la expresión emocional, así como los estudios que dan sustento a este trabajo de tesis.

### ***Masculinidades***

Según Gutmann (1997) durante la segunda ola de la teoría feminista en los 70s, empezaron a surgir diferentes estudios acerca de los hombres. Mara Viveros (1998) realizó una investigación acerca de las principales corrientes de estudios sobre la masculinidad en Latinoamérica, muy similar al trabajo realizado por Clatterbaugh en países anglosajones. En estos estudios se identificaron 6 perspectivas principales:

- La perspectiva conservadora considera que la naturaleza masculina conlleva a que el hombre ejerza los roles de protección, provisión económica y dominancia en la esfera pública, ya que esto tiene un efecto civilizador en la sociedad.
- La perspectiva profeminista plantea que la masculinidad es una construcción social que parte del privilegio de los hombres y la opresión hacia las mujeres. En esta mirada también se reconoce que esta configuración tiene efectos negativos hacia los mismos hombres.
- La perspectiva de los derechos de los hombres postula que los roles y estereotipos masculinos son nocivos y que los hombres son víctimas de los efectos que estos tienen.

Este movimiento, critica al feminismo por no crear, con su acción política y social, las mismas opciones para los hombres.

- El movimiento mito poético se basa en la teoría del inconsciente colectivo y los arquetipos de Carlos Jung. Propone que la masculinidad proviene de patrones inconscientes profundos que se manifiestan a través de arquetipos masculinos como el guerrero, el rey, el mago, el del amante, entre otros.
- La perspectiva socialista señala que la masculinidad se encuentra ligada a las estructuras de clase social. En este sentido, las formas en la que el capitalismo patriarcal organiza y controla los tipos de trabajo, configura también las masculinidades.
- La perspectiva de los grupos específicos menciona cuestiona la idea de que exista una naturaleza masculina universal, y por el contrario propone que existen diversas expresiones de las masculinidades, las cuales, según la raza, la clase social, la diversidad sexual, la edad y la religión.

Tomando en cuenta los antecedentes de estas perspectivas sobre la masculinidad, considero oportuno para este trabajo posicionarme desde una mirada social, cultural y política de las masculinidades afín con las perspectivas profeministas y de grupos específicos. Desde estas perspectivas, se considera que no hay un solo modelo al que los hombres se tengan que ajustar, sino que existen diferentes masculinidades (Seidler et al., 1995). Esto permite cuestionar aspectos negativos de las masculinidades, así como ampliar las posibilidades de ser, sentir, pensar y actuar de los hombres en el trabajo terapéutico.

Si bien el concepto de sexo está ligado a las diferencias biológicas y desde mi perspectiva personal, estos factores se van entrelazando junto con los aspectos sociales del desarrollo, el género refiere a las construcciones sociales y culturales de esas diferencias sexuales, lo que va configurando las masculinidades y feminidades (Delgado, 2017).

Connell (2003) menciona que la masculinidad y la feminidad se encuentran relacionadas y conectadas entre sí. Por ende, concibe las masculinidades como posiciones en las relaciones de género, las cuales se expresan en prácticas sociales que tienen efectos en la experiencia corporal, la personalidad, las relaciones y en la cultura. Así mismo, para comprender el concepto del género propone tres dimensiones que influyen en estas relaciones:

- Relaciones de poder: es el grado que control y dominación que ejerce una persona sobre otra.
- Relaciones de producción: la división sexual del trabajo y las consecuencias que esto tiene en términos de igualdad o desigualdad de género.
- Relaciones emocionales: son las construcciones sociales que se tienen acerca de la vida emocional, el deseo y el erotismo en los hombres y las mujeres.

Para Keijzer (1997) considera que existe un modelo hegemónico de masculinidad, visto como un esquema culturalmente construido en donde se presenta al varón como esencialmente dominante, que conlleva a la discriminación y subordinación de la mujer y también de aquellos hombres que no se adaptan a este modelo.

De esta forma, Frías (2019) piensa que la prevalencia de la masculinidad hegemónica en el México contemporáneo se ha moldeado en una forma en que sitúa al hombre como el centro de todas las cosas lo cual legitima el poder y la capacidad propia frente a otras personas, además de buscar reprimir la sensibilidad y exigir ser más competitivo frente a otros hombres.

Es importante mencionar que mucho de lo que nosotros asociamos con la masculinidad hegemónica “gira sobre la capacidad del hombre para ejercer poder y control” (Kaufman, 1997, p. 63). Desde esta perspectiva, el rasgo común de las formas dominantes de la masculinidad

se equipará al hecho de ser hombre con tener algún tipo de poder y control sobre los demás y sobre sí mismo.

Una de las consecuencias más lamentables de la masculinidad hegemónica y del ejercicio de poder y control, son las diferentes formas sistemáticas de opresión y violencia sobre las mujeres. Por ende, resulta muy importante una visión pluralista en la construcción de la masculinidad de los hombres, que permitan tanto el cuestionamiento de las desigualdades y abusos de poder en las relaciones de género, así como la reconstrucción de nuevas masculinidades basadas en la responsabilidad y el respeto.

Kaufman (1997), propone una reflexión importante acerca de los efectos de la masculinidad hegemónica en los mismos hombres, señalando que existe una experiencia contradictoria en el ejercicio de poder. Por una parte, el hombre obtiene privilegios y dominación en relación con los demás y, por otro lado, experimenta dolor, sufrimiento y carencia de control.

En palabras de Kaufman (1997): “los hombres hemos llegado a verlo como la posibilidad de imponer el control sobre otros y sobre nuestras indomables emociones” (p. 67). En este proceso, los hombres suelen suprimir toda una gama de emociones, las cuales, al no ser reconocidas, entendidas y confrontadas, no desaparecen, sino que se manifiestan y toman un poder en diferentes áreas de la vida, como las relaciones con su pareja, las relaciones con otros hombres y consigo mismos.

En la cultura occidental se les ha atribuido a las mujeres como el sexo emocional, intuitivo y débil. Mientras que, a los hombres como el sexo fuerte y racional, generando el estereotipo de mujer-emoción y hombre-razón. Estos roles tradicionales, no permiten tomar en cuenta las necesidades emocionales de los hombres, ya que estas son consideradas como un

signo de debilidad; lo cual dificulta la experiencia y expresión de las emociones por parte de este grupo (Seidler et al., 1995).

Al considerar esta contradicción de la experiencia del poder, Kaufman (1997) invita a entender el costo y las consecuencias que tiene para los hombres la masculinidad hegemónica. Por lo cual, si bien el reconocimiento del dolor de los hombres no se equipara con el sufrimiento de las mujeres y no justifica de ninguna manera los actos de violencia u opresión; este modelo representa un medio para entender el carácter complejo de las formas dominantes de la masculinidad y sus efectos en los propios hombres.

Los estudios acerca de las nuevas masculinidades han contribuido a desmitificar la idea que coloca a los hombres como incapaces de sentir y expresar emociones, ya que permiten hacer una deconstrucción de este estereotipo, ver sus efectos y proponer nuevos modelos alternos en las formas de ser hombre.

### ***Reconocimiento y expresión de emociones***

Salguero (2018) realizó un estudio cualitativo sobre el proceso de aprendizaje como hombres y la vida emocional de 30 varones entre 25 y 45 años, padres de familia, de nivel socioeconómico medio, del estado de México. Se consideró que este grupo estaba más expuesto a recibir discursos alternativos sobre ser hombres. Los resultados más relevantes permitieron identificar que algunos hombres llegan a tener un limitado lenguaje emocional que no les facilita identificar y articular su experiencia emocional, además al no conectar con sus sentimientos, no saben cómo expresarlos y prefieren silenciarlos, ya que no han formado parte importante de su proceso de socialización.

Salguero (2018) concluye que la contención de las emociones conlleva a problemas en la relación con la pareja o con los hijos ya que al no reconocer e incorporar el respeto a las propias emociones, es muy difícil respetar las emociones y sentimientos de los demás.

Desde una mirada de género Salguero (2018) menciona que las emociones se construyen por medio de procesos complejos de aprendizaje, normas, creencias y discursos sociales que delimitan lo que se debe sentir en la vida de los hombres y mujeres. Por ende, las relaciones de género, familiares y comunitarias son los espacios de socialización donde se construyen, expresan y regulan las emociones.

Gergen (1996) desde una mirada socio constructivista dice las emociones están insertadas en secuencias particulares de intercambio y son constituyentes de las narraciones vividas, en sus palabras dice: “el acto emocional es en un sentido fundamental una creación de la relación, e, incluso, dicho más ampliamente, de una historia cultural particular” (Gergen, 1996, p. 197).

Para Belli (2010), la emoción es social y producida siempre en estrecha relación con el lenguaje y la comunicación. La mente es de carácter social, es necesariamente compartida, está acompañada por la semántica y la pragmática lingüística que forman parte de nuestro campo de acción, en síntesis, la construcción social de la emoción permite hablar de emociones comunicables.

Así mismo, Belli (2010) considera que las emociones son experiencias corporales que no pueden separarse de los contextos socio-culturales en los que nos encontramos. Por este motivo se considera importante tomar en cuenta cómo las emociones han cambiado a lo largo de los años. Esto, sería una manera de entender las emociones en una perspectiva histórico-discursiva y de ver los cambios con el pasar del tiempo.

Fernández et al. (2001) señalan que “los grupos o contextos a los que los individuos pertenecen difieren en la normatividad que regula la expresión, admisión e inhibición de aquellas emociones” (p. 2), lo cual indica que existen normas y roles de género que influyen considerablemente en la forma de expresión emocional para hombres y mujeres.

En efecto, se han realizado estudios acerca de la intensidad de la expresión emocional y su relación con el género (Fivush et al 2000, Simon & Nath, 2004,) donde se ha encontrado que los hombres y mujeres son socializados para expresar emociones de manera diferenciada consistentes con las normas y estereotipos sociales.

Los hombres han sido socializados desde niños para evitar expresar sus emociones, por lo que presentan un mayor ocultamiento de sus emociones que las mujeres y tienden a enmascarar sus emociones de acuerdo con las normas culturales que restringen su expresión emocional. Las mujeres desde la infancia han sido socializadas por sus familias para que experimenten las emociones con mayor intensidad y puedan expresarse con un lenguaje emocional más amplio que los hombres.

Córdoba (2022) habla acerca de la inhibición afectiva en los varones relacionada con la dificultad para identificar y expresar las emociones, que puede llegar a ser tan profunda al punto de generar alexitimia emocional, que es una disociación con el mundo afectivo. Los varones pueden llegar a sentirse abrumados por las emociones que están experimentando y al no estar acostumbrados, ni tener habilidades para reconocerlas y gestionarlas, de alguna manera se anestesian emocionalmente y como resultado, les es más difícil reconocer lo que están sintiendo.

La alexitimia emocional dificulta que la persona pueda conectar consigo misma, con sus propias necesidades y estar disponible para escuchar las necesidades de los demás, lo cual, que tiene un impacto negativo tanto en el cuidado de la salud personal como en el desarrollo de

habilidades como la empatía en las relaciones interpersonales. Córdoba (2022) dice que los varones desarrollan: “una incapacidad para experimentar las necesidades y los sentimientos de otras personas como algo necesariamente relacionado a los propios” (p. 28).

Por su parte, Sánchez (2016) menciona que expresar las emociones implica una actividad para comunicar a otros las necesidades propias, permitiéndoles así, ser responsables de las mismas, situando a la expresión emocional en el núcleo de las relaciones cercanas.

Esta manera de entender y abordar la vida emocional de los hombres permite cuestionar los discursos hegemónicos que se han reificado a lo largo de la historia, y que han llevado a la creencia ver los roles tradicionales de género como una realidad natural e inamovible.

Poner la mirada en la construcción social de las emociones, facilita a que en el trabajo terapéutico se puedan generar procesos de diálogo y conversación en el que se identifique y cuestione la manera en que los hombres han aprendido y han sido socializados para el manejo de sus emociones, así como propiciar nuevas formas de ser en el que haya espacio para el reconocimiento y la expresión respetuosa y responsable de las emociones.

### **Capítulo 3. Análisis de un Caso Clínico**

#### **Descripción del Caso**

Este expediente clínico reporta el caso del consultante Jaime Mondragón Pérez, seudónimo que ha sido utilizado para proteger los datos personales del cliente.

El caso fue atendido con una frecuencia semanal en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, que se ubica en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se llevó a cabo como parte de la Supervisión clínica del Modelo de Terapia Breve centrado en los problemas, del MRI, asignatura del segundo semestre de la Residencia en Terapia Familiar, bajo la supervisión de la Mtra. Miriam Zavala Díaz.

En este trabajo se reportan un total de nueve sesiones. A continuación, se presentan los datos generales (Tabla 5), el motivo de consulta, los antecedentes del problema, los objetivos del consultante y el trabajo terapéutico, para terminar con una reflexión desde la cibernética de segundo orden.

### **Datos generales**

**Tabla 5**

*Ficha de identificación*

<b>Rubro</b>	<b>Descripción</b>
<b>Seudónimo del consultante</b>	Jaime Mondragón Pérez
<b>Número de expediente</b>	19-317
<b>Edad</b>	34 años
<b>Escolaridad</b>	Estudiante de Maestría en Química
<b>Estado civil</b>	Casado
<b>Nacionalidad</b>	Guatemalteco
<b>Terapeutas</b>	Lic. Elizabeth Escalona Larrea Lic. Jose David Florez Ocampo
<b>Supervisora</b>	Mtra. Miriam Zavala Díaz

<b>Rubro</b>	<b>Descripción</b>
<b>Equipo terapéutico</b>	Mariana Elías Rubio, Jorge Josué Ortiz, Erika Jazmín Gómez, Karla Ivonne Galindo, Beatriz Selene Jaramillo, Aranza Morales, Guísela Reyes, Elizabeth Sánchez, Paulina Medina Mora, Alejandra Juárez, Enrique Vázquez y Salma Ledón

### **Motivo de consulta**

Al solicitar el servicio el consultante refirió que su motivo de consulta era el siguiente: “Me encuentro casado desde hace 5 años y mi esposa está llevando terapia desde hace 1 año; hemos desarrollado una relación codependiente, que actualmente está cambiando, pero me está costando adaptarme. Esto unido a cierta tendencia a evitar el conflicto, me ha causado un periodo de conflicto emocional, que deseo superar”.

***Antecedentes del problema***

Jaime está casado con María desde hace 5 años. Ellos son de Guatemala y actualmente están estudiando un posgrado en Química en la UNAM por lo que viven en la Ciudad de México desde hace aproximadamente un año.

De acuerdo con lo que Jaime mencionó, desde que inició su relación de pareja con María, fueron estableciendo una pauta de interacción donde él cuidaba de ella y ella se dejaba cuidar por él. María empezó un proceso terapéutico desde hace 1 año, a partir del cual Jaime se explica que ella ha buscado espacios propios en la relación y le ha pedido que respete su independencia.

Ante esta situación Jaime menciona: “me siento solo, desplazado, triste y frustrado cuando María busca independencia”, lo cual se conceptualizó como el problema a tratar.

***Objetivos del consultante***

El objetivo pactado fue que Jaime se dejara de sentir solo, desplazado, triste y frustrado ante los intentos de independencia de María.

***Trabajo terapéutico***

**Etapas iniciales: entrevista y planificación del caso (sesiones 1-3).** De acuerdo con Fisch et al. (1982) durante la entrevista inicial, que se lleva a cabo en las primeras sesiones, se debe recabar información sobre la naturaleza del problema, las soluciones intentadas, los objetivos mínimos del consultante, la individuación del sistema perceptivo reactivo, la postura y el lenguaje del consultante. Esto ocurrió durante las primeras 3 sesiones.

En el caso aquí reportado, al explorar el motivo de consulta se fue delimitando el problema hasta definirlo como la sensación de soledad, tristeza y desplazamiento que ocurría con Jaime cuando María realizaba actividades sin él. A partir de esto se estableció el objetivo de dejar de sentirse así ante esta situación, considerando que la terapia se propone llevar al

sujeto de una construcción disfuncional de la realidad a una construcción funcional de la misma haciendo cambiar la percepción (Pérez y Rodríguez, 2010).

Jaime mencionó que tenía un conflicto entre su cabeza y su corazón, ya que entendía que era positivo que María tuviera espacios propios, sin embargo, no se sentía bien con esto. Así, el equipo terapéutico propuso que una forma de mirar la situación es que pareciera que Jaime tiene una utopía introyectiva (Watzlawick et al., 1974), ya que piensa que no se siente como se debería de sentir. La premisa subyacente a esta utopía podría ser que las parejas deben compartirlo todo y estar siempre en sincronía porque solo así permanecen juntas.

Por otro lado, esto se relaciona con el intento de solución que consiste en forzar algo que sólo puede ocurrir de forma espontánea (Fisch et al., 1982 y Freidberg, 1989) ya que las emociones ocurren espontáneamente y él buscaba sentirse de otra forma.

Más adelante, se indagó sobre las posturas del consultante. Ante el problema, Jaime dejó ver que éste le resultaba doloroso y aunque pensara que sería difícil solucionarlo, no era imposible. En relación con la terapia, parecía que Jaime la percibía como un lugar al que se recurre para solucionar las cosas. También mencionó que estaba dispuesto a hacer muchas cosas para solucionar este problema a excepción de aquello que pusiera en riesgo su relación con María. Esto está relacionado más con la postura de *cliente* que con la de *paciente* (Fisch et al., 1982), pues se mostró dispuesto a trabajar en la solución de su problema.

Respecto a la postura ante sí mismo, Jaime consideraba que tenía problemas emocionales y usaba etiquetas para describirse, por ejemplo: victimización, represión de emociones y codependencia. Ante los demás, se describía como protector y cuidador de las personas significativas.

Posteriormente, se dejó una prescripción directa para indagar las soluciones intentadas (Nardone y Watzlawick, 1990). Al explorarlas, se interpretó que éstas estaban guiadas por el impulso básico de distraerse, no pensar y gastar el tiempo.

Para comprobar la hipótesis sobre la utopía introyectiva, se le preguntó a Jaime si para él era importante estar en el mismo nivel en la relación con María, a lo cual respondió que no ya que eso sería una competencia. Con esto, se descartó la hipótesis inicial. Posterior a ello, el equipo de supervisión planteó una nueva hipótesis de una premisa de complementariedad en la relación de pareja: “tú debes necesitarme y admirarme y yo debo sentirme necesitado y admirado”.

Con esta información, se pudieron realizar dos intervenciones. La primera consistió en una prescripción paradójica (Nardone y Watzlawick, 1990) en la cual se solicitó que la próxima vez que María tuviera actividades, él dedicara 40 minutos a sentirse solo y no querido, y que registrara sus pensamientos y sentimientos. Esto se hizo con la finalidad de dirigir las acciones de Jaime hacia la dirección opuesta al impulso básico de no distraerse y no pensar. La segunda tarea fue una prescripción directa: se le pidió que hiciera algo para que María lo quisiera sin admirarlo y registrar la reacción de ella.

Al explorar el cumplimiento de la tarea paradójica, en la tercera sesión los terapeutas distinguieron el enojo como una diferencia pues hasta este momento no se había mencionado. Esto permitió identificar la pauta interaccional entre Jaime y María, que se presenta en la figura 7.

## Figura 7

### *Pauta interaccional entre Jaime y María*



En cuanto a delimitar el principal sistema perceptivo reactivo que sostiene el problema, el equipo inicialmente consideró que se ubicaba en la relación de Jaime consigo mismo, pero a partir de identificar la pauta interaccional entre Jaime y María, pareció lógico identificarlo en la relación de Jaime con los demás, específicamente con María.

Hasta este punto se recabó la información necesaria para la planificación del caso. Es importante mencionar que el único elemento que no se consideró fue el establecimiento de objetivos mínimos por parte del cliente, sin embargo, consideramos que esto no tuvo repercusiones negativas en el proceso.

**Etapa intermedia: intervenciones (sesiones 4-6).** En esta etapa del proceso los terapeutas empezaron a usar intervenciones generales. Una a la que se recurrió a lo largo de todo el proceso fue utilizar el lenguaje de Jaime. Por ejemplo, él dijo *“le cargo las cosas a María”* y esto fue un concepto importante para el resto de la terapia.

La otra intervención general fue el uso de una cita literaria con el fin de transmitirle indirectamente el siguiente mensaje: *“tú no haces que la gente te amé, la gente te ama porque elige amarte”*.

Posteriormente, se le pidió a Jaime que reflexionara acerca de cómo el enojo empezó a ocupar el lugar de la tristeza. Esta conversación llevó a Jaime a distinguir que el hecho de que María lo responsabilizara por las molestias de ella era injusto.

El consultante comentó que, a lo largo de su vida, el enojo le había servido para movilizarse ante otras injusticias. A través de la conversación, se llegó a considerar el enojo como un recurso capaz de sacarlo de la tristeza y moverlo de una posición de víctima a otra en las que sus posibilidades se veían ampliadas.

Más adelante, se intervino mediante una prescripción de comportamiento mediante la cual se le pidió a Jaime que dejara de cargar las cosas de María, atendiendo a la petición que ella le había hecho respecto a darle más independencia.

Esta intervención se dirigió a hacer un cambio de 180° respecto a las soluciones intentadas para que así Jaime pudiera construir una realidad diferente, ya que desde el constructivismo “decir no es suficiente, porque comprender no es una cuestión de recibir pasivamente sino de construir activamente” (Glaserfeld, 1996, p. 43).

Para lograr la venta efectiva de esta tarea, se utilizaron las experiencias previas de Jaime con el enojo, la metáfora de cargarle las cosas, y la petición de María que la dejara ser más independiente.

Con el cumplimiento de esta tarea, Jaime no permitió que María lo culpabilizara por sus molestias, le expresó su sentimiento de enojo ante la injusticia y le regresó la responsabilidad que le correspondía a ella.

Los cambios en el comportamiento de Jaime generaron una retroalimentación positiva en el sistema de interacción, en este sentido podemos dar cuenta de la TGS (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967), dado que el cambio en un miembro afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas con las de los demás mediante pautas de interacción (totalidad). Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad

no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A (circularidad).

Como reacción, María en un movimiento que regresaba hacia la homeostasis del sistema, emitió comentarios que buscaban responsabilizar a Jaime de sus emociones y molestias. Sin embargo, él se mantuvo firme, ampliando la desviación del sistema.

En la sexta sesión, se utilizó una escala para evaluar los cambios en relación con el objetivo terapéutico. En una escala donde 0 representaba ausencia de tristeza y 10 el mayor grado de esta emoción, Jaime identificó que inició el proceso en 8 y que en ese punto se encontraba entre 2 y 3, lo cual era manejable para él.

**Etapas finales: cambio y evaluación de los logros (sesiones 7-9).** A partir de las intervenciones descritas anteriormente, las distinciones se fueron ampliando y los cambios fueron más notables: Jaime pudo establecer límites claros con María, dejó de responsabilizarse por los conflictos y emociones de ella y continuó buscando espacios propios pensando en sí mismo y no en su pareja.

Se interpretó que se había producido un cambio tipo 2 dado que su experiencia y acciones eran diferentes y la pauta interaccional con María se había roto. Sin embargo, el mapa del mundo (Freidberg, 1989) de Jaime estaba en transición. Esto le generaba incertidumbre y le "quitaba estructura".

Esto se podría conectar con la teoría de los tipos lógicos, pues parecía que Jaime estaba pasando por una bisociación ya que estaba percibiendo su situación en dos sistemas de referencia diferentes que son consistentes en sí mismos pero incompatibles entre sí (Watzlawick et al., 1974). El primer sistema de referencia era el mapa del mundo que aún no abandonaba, mientras que el segundo eran sus acciones enmarcadas en una nueva pauta.

En la novena sesión, que es la última que se reporta en este trabajo, se observó que el mapa del mundo de Jaime se estaba movilizándose. Al comienzo describió la incertidumbre como

un problema, pero a través de la conversación se reencuadró (Watzlawick, 1999) como un aviso de que el mundo se estaba abriendo.

Al evaluar los objetivos iniciales del proceso, se distinguieron los siguientes logros:

- La dinámica de la relación con María cambió: Jaime estableció dejó de responsabilizarse de las emociones de Maria, contribuyendo a que ella se diera cuenta que necesitaba asumir sus propias emociones.
- Disminuyó la intensidad en la que Jaime estaba experimentado la tristeza, la soledad, la frustración y sensación de desplazamiento a un grado que no le generará un conflicto o malestar.
- El consultante se ha dado permiso de sentir más variedad de emociones, pasó de la tristeza al enojo y después a la incertidumbre, lo cual, Jaime describió que lo hacía sentir más auténtico.
- Jaime cuenta con menos estructuras, pero con más variedad de opciones y flexibilidad en las respuestas.

El equipo planteó a Jaime que, a partir de los cambios observados, los objetivos estaban siendo alcanzados y por lo tanto la terapia estaba llegando a su fin. Se le propuso una sesión de cierre cuyo objetivo consiste en identificar recursos, herramientas y estrategias para mantener los cambios que le han resultado funcionales, ya que como refieren Nardone y Watzlawick (1990) en la conclusión del tratamiento se debe consolidar definitivamente la autonomía de la persona tratada.

### ***Reflexión desde la cibernética de segundo orden***

Como conclusión, el caso aquí presentado ejemplifica el modelo de terapia breve centrada en el problema propuesto por el MRI, ya que la teoría se pudo comprobar mediante la práctica. Además, al realizar un análisis desde la cibernética de segundo orden (Sluzki, 1987), se presentan las siguientes reflexiones sobre este caso.

El proceso terapéutico que se dio en el caso de Jaime fue una experiencia muy enriquecedora para mi formación profesional y personal. Algunos elementos particulares de este caso, con los cuales me sentí identificado, tuvieron un impacto en vida personal y a su vez influyeron en mi manera de observar e intervenir.

Lo primero es que Jaime es un extranjero que estaba realizando una maestría en la UNAM y aunque el foco principal de la terapia no haya sido su proceso de migración y adaptación, si se mencionó cómo estos factores tenían un peso en su manera de concebir el problema. Para mí, el tema migratorio y de adaptación e inmersión en la maestría representaron un gran reto. Considero que esta posición por una parte me generó empatía e interés por el caso de Jaime, al vivir un proceso parecido en ese aspecto. Por otra parte, este caso me llevó a reflexionar y ahondar más sobre mi experiencia personal. Hubo momentos en los que no me sentía bien al extrañar las relaciones y espacios que tenía en mi ciudad natal. En una o dos sesiones esto no me permitió escuchar bien a Jaime y a mi coterapeuta Elizabeth Escalona, lo cual tuve que trabajar terapéuticamente con el fin de encontrar recursos para vivir esta experiencia de una manera más tranquila y satisfactoria.

El otro tema que me tocó personalmente fue el de la incertidumbre. Para mí decidir hacer la maestría implicó alejarme de muchas personas y no dar tanta prioridad al desarrollo de algunas áreas de mi vida, como por ejemplo las relaciones sentimentales. El no saber qué iba a pasar en mi vida en esta área, era algo que también me estaba abrumando. En la sesión que se distinguió que Jaime pasó de la tristeza al enojo y después la incertidumbre, el equipo terapéutico me ayudó a reflexionar cómo paralelamente a mí me estaba costando el cambio de tener “certezas” a vivir con la incertidumbre. En mi terapia, en un retiro espiritual personal que realice en el semestre (abril 2019) y en el proceso llevado en el caso de Jaime, la incertidumbre fue un tema en común que pienso que me enseñó mucho acerca de cómo la incertidumbre es parte de la vida y que se puede vivir de una manera cómoda con ella; disfrutando y dejándose sorprender por lo que la vida trae cada día.

También, fue muy particular e interesante que mi coterapeuta Elizabeth y yo hiciéramos parte de un proyecto de investigación sobre la expresión del enojo en las relaciones de pareja. Primero, considero que ese proyecto me permitió establecer una relación previa con ella y esto nos ayudó a ir acoplándonos como coterapeutas e ir identificando nuestras fortalezas, debilidades y diferencias, para hacer un trabajo en equipo. Segundo, sabíamos por nuestro proyecto que el enojo podía tener un valor funcional ante situaciones injustas y su expresión asertiva permitía aclarar los problemas en una relación. Muy probablemente esto nos ayudó a que junto con Jaime el enojo fuera significado como un gran recurso. El logo de nuestro equipo de investigación fue el de la película *Intensamente*, por lo cual, en el cierre de la terapia donde se trabajó con esta película fue algo muy especial y creo que todo esto nos ayudó a celebrar, ampliar e impulsar los cambios que Jaime logró.

Por último, este proceso terapéutico me hizo reflexionar sobre la importancia de la corresponsabilidad emocional y la reciprocidad en las relaciones de pareja, ya que, si bien en ese momento no me encontraba en una relación sentimental, me hizo recordar la última relación que estuve, en la cual yo asumí un rol de cuidar y hacerme responsable de la relación, como si yo tuviera que hacer muchas cosas para que la otra persona me amará y mantener la relación.

Por esta razón el caso de Jaime tuvo resonancia en este aspecto de mi vida y junto con los temas que estábamos abordando en la maestría me ayudaron a comprender que era importante que yo respetara la forma de manifestar el amor y el cariño de la otra persona, en el sentido de que no es saludable obligar de manera directa o implícita que la otra persona manifieste su amor como uno espera.

Por otra parte, este proceso me ayudó a aprender que uno mismo debe asumir la responsabilidad de identificar sus propias necesidades y expectativas en una relación y conforme a la forma de expresar el amor de la otra persona, poder reconocer si se siente cómodo, tranquilo y suficientemente querido en la relación.

## **Análisis y Discusión Teórico-metodológica de la Intervención Clínica con el Caso**

### **Elegido**

Se presenta una discusión del caso de “Jaime Mondragón”, a luz del tema sobre la importancia del reconocimiento y la expresión de emociones en el trabajo terapéutico con hombres desde una perspectiva de las masculinidades.

Es importante iniciar con un análisis de las características de la masculinidad de Jaime. Si bien el concepto de ser hombre no fue un tema central dentro de este proceso terapéutico, es posible interpretar algunos elementos a partir de su historia de vida y relaciones interpersonales.

Jaime mencionó que era católico y que desde muy joven ha participado de grupos y actividades religiosas. También, en la etapa inicial del proceso, al explorar su postura nos compartió que papel dentro de su familia era cuidar y proteger a los demás.

En la manera de relacionarse con su pareja, es importante mencionar que María le estaba solicitando tener más espacios propios. El equipo terapéutico llegó a tener la hipótesis de que Jaime quería estar al mismo nivel de María en la relación. Al preguntárselo directamente, él respondió que no ya que eso sería una competencia y por ende no era su objetivo.

Estas características mencionadas, me permiten desde el lugar de coterapeuta del caso, considerar que Jaime no es un hombre con rasgos de una masculinidad hegemónica. Tomando como referencia a Frías (2019) y a Keijzer (1997), la masculinidad hegemónica está moldeada por poner al hombre como centro de todas las cosas, en un lugar de dominancia y superioridad, en el que discrimina y oprime a la mujer.

Seidler et al. (1995) menciona que no hay un solo modelo al que los hombres se tengan que ajustar, sino que existen diferentes masculinidades. Así mismo Delgado (2017) dice que en las masculinidades pueden existir posiciones intermedias, donde por ejemplo un hombre puede tener como cualidades la sensibilidad, el cariño y el cuidado de los otros.

En ese sentido, es posible interpretar que Jaime es un hombre con una masculinidad alternativa, el cual, se ha preocupado por el cuidado de los demás y no busca dominar, ni controlar a María en su relación de pareja. También siendo este su segundo proceso terapéutico, da cuenta de ser un hombre que se preocupa por su bienestar emocional y relacional, y que es capaz de sentirse vulnerable ante la vida.

Desde esta interpretación de la masculinidad de Jaime, podemos analizar la importancia del reconocimiento y la expresión emocional en el proceso terapéutico.

Si bien, este caso fue llevado desde el modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas (TBCP), el cual, no toma en cuenta tanto el contexto social y las relaciones de género; el motivo de consulta y el proceso terapéutico se enfocó en el reconocimiento y expresión de emociones por parte Jaime.

Como se describió en el expediente clínico, Jaime se sentía solo, triste y desplazado cuando María quería tener más espacios propios. También mencionaba que “reprimía sus emociones” y que era “codependiente emocionalmente de su pareja”.

Esta experiencia de Jaime concuerda con lo encontrado en los estudios de Salguero (2019), la cual, menciona que algunos hombres al tener un lenguaje emocional limitado se les dificulta identificar y articular su experiencia emocional.

Kaufman (1997) por su parte dice que las emociones al no ser reconocidas, entendidas y confrontadas no desaparecen, sino que se manifiestan y tienen un impacto en diferentes áreas de la vida y en este caso en la relación de pareja.

Córdoba (2022) señala que la dificultad de muchos hombres para identificar y expresar las emociones y sentimientos puede llegar a ser tan profunda que genere alexitimia emocional, es decir, una disociación con su mundo afectivo, lo que le impide conectar con sus propias necesidades y de los demás.

En el proceso terapéutico, una de las intervenciones que marcaron una diferencia significativa hacia el cambio, fue una prescripción paradójica del problema, la cual, invitó a

Jaime a dedicarse a sentirse solo, triste y desplazado. Desde la perspectiva de la TBCP, esta intervención iba en contra del impulso básico de Jaime de no pensar y distraerse, cuando experimentaba estos sentimientos. Lo cual, se puede interpretar como una invitación a experimentar la tristeza, la soledad, el sentirse desplazado y en ese sentido, a un reconocimiento de sus emociones.

A partir de este ejercicio que Jaime llevó a la práctica, surgió en él la emoción del enojo como una diferencia en la pauta de interacción con María. Como se analizó en el caso, la tristeza se empezó a transformar en enojo, el cual, le ayudó a Jaime a ver como injusto que su esposa le estuviera responsabilizando de sus molestias personales.

Al ahondar sobre el sentimiento del enojo, Jaime compartió que en su vida el enojo le había ayudado a movilizarse ante las injusticias, por lo que, en el proceso terapéutico actual, el enojo llevó a Jaime a moverse de una posición de víctima a otra en la que sus posibilidades se veían ampliadas.

Tomando en cuenta la perspectiva de Gergen (1996) las emociones son creadas en los contextos relacionales de una historia particular. En este sentido, para Jaime en la historia de vida de Jaime el enojo había significado una emoción que le había ayudado a movilizarse ante injusticias y que, al aparecer en el contexto de relación terapéutica, este significado ayudó a generar cambios en la manera de concebir su relación de pareja actual.

Otro elemento importante para el proceso terapéutico fue la expresión del enojo por parte de Jaime hacia María. Este proceso se llevó a cabo, por medio de una prescripción de comportamiento, pidiéndole a Jaime que dejará de cargarles las cosas a María, ya que esta había sido una metáfora para hablar de cómo María le cargaba sus emociones y lo culpabilizaba de sus molestias personales.

Al poner en práctica esta tarea, Jaime no permitió que María lo culpabilizara por sus molestias, le expresó su sentimiento de enojo ante la injusticia y le regresó la responsabilidad que le correspondía a ella.

Al relacionar esta experiencia con lo que menciona Sánchez (2016) expresar las emociones implica el poder comunicar a los demás las necesidades propias, lo cual, involucra también hacerse responsable de las mismas y situar las emociones en el contexto de la relación interpersonal. Esto significa que Jaime al reconocer y hacerse responsable de sus emociones le facilitó expresar sus necesidades y pensamientos a María.

Desde la perspectiva de Swati y Sunil (2009) podemos decir que Jaime pasó de reprimir o evitar experimentar el enojo a procesar el enojo, primero experimentando la emoción, luego procesándola y por último expresándosela a María.

Como se mencionó anteriormente esto generó un cambio de segundo orden, donde además de lograr el objetivo de dejar de sentirse solo y triste, se generó un cambio en la pauta de interacción entre Jaime y María.

A partir de los resultados de este caso clínico, podemos dar cuenta de la importancia que tiene el reconocimiento y expresión emocional en el trabajo terapéutico con hombres.

### **Análisis del Sistema Terapéutico Total**

El caso de Jaime fue atendido con una frecuencia semanal, en una de las cámaras de Gesell del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, en el espacio de la supervisión del Modelo de Terapia Breve centrado en los problemas del MRI.

El sistema terapéutico total del caso estuvo compuesto por el sistema terapéutico y el equipo de supervisión. En el sistema terapéutico se encontraba el consultante “Jaime Mondragón Pérez” y los coterapeutas, la Lic. Elizabeth Escalona Larrea y yo el Lic. Jose David Florez Ocampo. El equipo de supervisión participó la Mtra. Miriam Zavala Díaz como supervisora y el equipo terapéutico (sus nombres fueron mencionados en la descripción del caso).

En relación con el sistema terapéutico, en las primeras sesiones se dio un proceso de conocimiento y acoplamiento de los terapeutas con el consultante y entre los terapeutas. Por un lado, la terapia breve conlleva un énfasis y una estructura en el que en las primeras

sesiones es muy importante conocer y delimitar cuál es la postura del consultante respecto al problema, la solución, la vida, la terapia.

El equipo de supervisión nos ayudó mucho a los terapeutas en ir abordando cada uno de estos puntos y de esta manera considero que pudimos en conjunto identificar lo que el consultante esperaba de la terapia y al mismo tiempo lo que no esperaba que sucediera. Por ejemplo, en que Jaime estaba dispuesto a hacer cosas para que su relación cambiara, más no tenía la intención de alejarse de su pareja.

Por otro lado, entre los terapeutas se dio también un proceso de conocimiento en la sesión, en el que nos dimos cuenta de que cada uno observaba, escuchaba y se interesaba por aspectos particulares del caso. Al inicio del proceso se dio una situación en la que interrumpí a mi compañera Elizabeth, lo cual, de una manera muy asertiva me lo hizo notar el equipo de supervisión y pude corregir este tipo de acción. Además, Elizabeth y yo teníamos una buena comunicación como compañeros y habíamos sido equipo en un trabajo anterior, por lo que pudimos encontrar una manera colaborativa y respetuosa de hacer coterapia.

Este caso, se podría decir que fue caso de éxito, ya que el consultante llegó con un problema, se establecieron unos objetivos, los cuales, se lograron cumplir satisfactoriamente para el consultante terminando la terapia.

Considero que este éxito fue gracias al sistema terapéutico total. Por parte de la supervisora y el equipo terapéutico pudimos abordar en el caso los diferentes elementos y etapas del modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas, así como ir guiando el caso conforme a lo que se iba suscitando.

Este abordaje de todo el equipo terapéutico fue muy centrado, dándole un valor y un profundo análisis a cada elemento propuesta por la TBCP para la planificación del caso. De estas reflexiones salían hipótesis, no a la manera de verdades absolutas, sino como ideas posibles de interpretar la realidad del caso, pero que siempre buscaron ser consultadas y contrastadas con el consultante.

De esta manera, se estableció una relación muy positiva entre el equipo de supervisión y el consultante. Ya que, en el momento de realizar las pausas en las sesiones para escuchar al equipo terapéutico, los mensajes y participaciones, fueron realizadas con mucho respeto y al mismo tiempo pensadas desde la postura del consultante y también invitando al cambio.

Todo esto, llevó a que resultado que las intervenciones propuestas y realizadas fueran muy efectivas en el problema que estaba viviendo el consultante.

En el equipo de supervisión yo percibí a la supervisora muy activa, comprometida y asertiva; guiando el proceso de aprendizaje y al mismo tiempo haciendo que cada miembro del equipo asumiera responsabilidad y compromiso con el caso.

Algo que fue muy positivo de este proceso, es que la supervisora siempre que teníamos en análisis del caso después de las sesiones nos preguntaba cómo estábamos y esta pregunta yo la sentía tanto hacia mi rol como terapeuta pero también como persona. Esta atención y prioridad hacia el cuidado de la persona del terapeuta considero que me hizo sentir apoyado y acompañado para abordar el caso.

También, en el desarrollo del caso, se fue aflorando mucho la creatividad en el equipo de supervisión, puesto que el consultante usaba un lenguaje metafórico por una parte y por otra era Químico. Esto facilitó que en el proceso su usarán citas literarias, analogías, películas, personajes.

Por último, considero que hubo mucho respeto y acompañamiento por parte de todos mis compañeros y la supervisora, lo cual, englobando el proceso, hizo que este fuera un caso que me quedará grabado no solamente en mi memoria, sino también en mi corazón, ya que lo recuerdo con mucha alegría y al mismo tiempo la manera de construir el caso se convirtió en un referente importante para mí práctica privada.

## **Capítulo 4. Consideraciones Finales**

### **Análisis de Competencias Adquiridas**

Durante los dos años de formación en la Maestría en Psicología de la Residencia en Terapia Familiar, tuve múltiples aprendizajes, experiencias y competencias adquiridas, las cuales, se resumen a continuación:

#### ***Teóricas Conceptuales***

Pude comprender el contexto histórico y los antecedentes de la terapia familiar a partir de las conferencias Macy y el grupo de investigación de Gregory Bateson. A su vez, realice una revisión de diferentes posturas epistemológicas que sustentan los modelos terapia familiar como lo son la teoría general de los sistemas, la cibernética de primer y segundo orden, la teoría de los grupos, la teoría de los tipos lógicos, la teoría de la comunicación humana, la circularidad, el constructivismo, el construccionismo social, la metáfora narrativa.

Los modelos terapéuticos que pude estudiar y asimilar fueron la Terapia Familiar Estructural, Terapia Estratégica, Terapia Breve Centrada en Problemas, Terapia Breve Centrada en Soluciones, Terapias Sistémica y Relacional de Milán, Terapia Narrativa, Terapia Colaborativa y Equipos Reflexivos.

Acercarme a estas epistemologías y modelos me permitió conocer diferentes visiones acerca del ser humano y del mundo, así como entender que no existe una única manera de ver y abordar la realidad en la psicoterapia. De manera particular estas posturas proponen una mirada compleja, relacional y social de los problemas humanos lo que permite ampliar las posibilidades de intervención. El contraste de estas ideas me ha permitido tener una postura terapéutica más flexible y en constante construcción.

#### ***Habilidades Clínicas***

La formación en la residencia de terapia familiar me permitió integrar y desarrollar diferentes competencias clínicas para a la atención de familias, parejas y personas; entre ellas el

establecer un contacto inicial con los consultantes, realizar un encuadre terapéutico, explorar el motivo de consulta, evaluar la postura de los consultantes frente a la terapia y el problema, promover una alianza y ambiente terapéutico respetuoso y positivo.

Para realizar una evaluación de los casos clínicos aprendí a realizar el genograma familiar de tres generaciones, entrevistas circulares y reflexivas, así como observar e interpretar el lenguaje verbal y no verbal de los consultantes. A través de esta evaluación he podido identificar las estructuras y organizaciones familiares, las características y la calidad de las relaciones, así como la relación de las familias con otros grupos y contextos sociales.

Desarrollé una postura de curiosidad y de no saber acerca de los problemas de los consultantes, buscando conocer el significado y la definición que ellos mismos les dan a sus problemas, así como hacer preguntas que ayuden a clarificar cómo viven día a día este problema en términos de conductas, emociones, palabras y maneras de relacionarse y comunicarse con los demás. Colocar los problemas en términos más específicos y cotidianos he visto que ayuda a que los consultantes tengan una mayor esperanza de resolverlos.

A través de las terapias posmodernas, también aprendí la importancia de identificar discursos sociales y relaciones de poder que en diversas ocasiones oprimen a las personas y tienen una influencia en la manera que se presentan los problemas, de esta manera el nombrarlos durante la terapia y establecer diálogos con los consultantes, ha sido de mucha utilidad para los procesos terapéuticos.

Al poder revisar y poner en práctica los diferentes modelos de terapia familiar, he podido integrar diferentes conceptos, posturas y técnicas para la intervención de los casos, en el que de acuerdo a la postura y lenguaje del consultante, el motivo de consulta e historia del problema, decido qué enfoque puede ser más útil para el caso, asumiendo que de manera personal he encontrado una mayor afinidad con elementos de la terapia estructural, la terapia breve centrada en soluciones y la terapia narrativa.

### ***Investigación y difusión***

Durante la maestría pude desarrollar competencias de investigación cuantitativa y cualitativa. En cuanto a la investigación cuantitativa realizamos un proyecto de grupo para diseñar y validar una escala de expresión del enojo en las relaciones de pareja, usando la metodología de investigación desde plantear una justificación, elaborar un marco teórico y de antecedentes, realizar diseño de dimensiones y reactivos, así como utilizar diferentes métodos para comprobar la validez y confiabilidad de la prueba. Referente a la investigación cualitativa, pude conocer y revisar diferentes paradigmas, tradiciones y métodos cualitativos, de los cuales, a través de un proyecto de investigación sobre masculinidades y expresión del enojo en la pareja, desde una perspectiva profeminista, realicé un análisis narrativo utilizando el método de la entrevista.

Es importante mencionar en cuanto a las competencias de investigación pude profundizar y ahondar durante los diferentes proyectos de investigación en el tema de la expresión de emociones en hombres, desde diferentes perspectivas como lo fue la investigación cuantitativa y cualitativa; y en el presente trabajo de tesis desde una perspectiva terapéutica.

En la difusión del conocimiento con mi grupo de investigación cuantitativa logramos presentar la Escala de Expresión del Enojo en Relaciones de Pareja en el XIII Congreso de Posgrado de Psicología de la UNAM.

### ***Ética y Compromiso social***

La formación en la maestría en terapia familiar y sobre todo al aprender de grandes personas como lo son los profesores y profesoras de la residencia, me ha permitido adquirir herramientas teóricas, metodológicas y éticas para poder atender de una manera profesional y responsable a familias, parejas y personas que presentan algún tipo de dolencia, problema o dificultad relacionado con su salud mental, emocional y relacional.

Considero que una de las competencias más importantes adquiridas en esta maestría es un profundo respeto hacia los consultantes, respetar su autonomía y responsabilidad dentro del espacio terapéutico. Esto implica dar el lugar que corresponde al conocimiento y la experticia que ellos tienen acerca de su propia vida, sus problemas e intereses. De esta manera, el no imponer a los consultantes diagnósticos y procedimientos; sino construir y colaborar con las personas en la manera de comprender y buscar alternativas de solución, es una competencia ética muy importante.

También, considero que la confidencialidad es un principio ético fundamental en la psicoterapia, un manejo cuidadoso y profesional de la información de los consultantes. Esto implica mantener los expedientes clínicos actualizados y resguardados.

Por otro lado, la maestría ha implicado un proceso personal de conocimiento y de identificar prejuicios, problemas personales y familiares, por lo que otra competencia ética adquirida durante la maestría es el estar trabajando constantemente en mi salud y bienestar personal, a través de procesos terapéuticos, personales y espirituales. A su vez, este punto me ha permitido identificar con qué tipos de problemáticas y poblaciones no me siento fortalecido emocionalmente o preparado profesionalmente para atender, así como aquellas en las que me siento más identificado y fortalecido para contribuir en los procesos de las personas.

Lo aprendido en la maestría también me enseñó que la psicoterapia no es neutral ante los problemas sociales que vivimos en nuestra sociedad, sino que la postura que el terapeuta tiene influye considerablemente en la manera de abordar las problemáticas. En este sentido la maestría, me ha invitado a plantearme posturas políticas y éticas sobre diferentes problemas sociales. Esto me ha ayudado a realizar ejercicios de cuestionamiento e investigación con problemáticas como por ejemplo la violencia, con el fin de que mi forma de hacer terapia promueva y contribuya en la erradicación de esta problemática.

A su vez, esto está relacionado con el compromiso social, que para mi es la razón de ser terapeuta, ya que es de mi interés y propósito contribuir en el cambio y la transformación social de las familias, las personas y las relaciones.

Por último, este proceso de formación me ha ayudado a poner en práctica la transparencia terapéutica al compartir con mis consultantes y poner en la mesa del diálogo, los pensamientos, emociones, hipótesis, posturas que puedo tener acerca de sus vivencias, con el fin de construir con ellos nuevos conocimientos y recursos que puedan aportar en su proceso terapéutico.

### **Reflexión y Análisis de la Experiencia**

La experiencia de formación en el programa de Maestría en Psicología fue una inmersión en el campo de la terapia familiar en México, en una institución de alto prestigio y calidad académica como es la Facultad de Psicología de la UNAM.

Esto lo pude experimentar principalmente en el encuentro, el compartir y el aprendizaje con los profesores y profesoras de la Residencia en Terapia Familiar, quienes son grandes personas y grandes profesionales y maestros de la terapia familiar.

Como en toda organización, el recurso más importante son las personas y en este caso los docentes, por sus amplios conocimientos teóricos y clínicos, hacen que la maestría tenga una alta calidad en la formación de terapeutas en sus diferentes ámbitos.

En la maestría se abordaron los diferentes modelos de terapia familiar con sus diferentes postulados, aproximaciones y prácticas de la psicoterapia. Cada modelo fue enseñado por un docente, que, en la mayoría de los casos, había ya hecho un proceso de profundización del modelo terapéutico, permeando su identidad y su manera de concebir el mundo y la terapia familiar.

Lo interesante en este proceso fue conocer e intentar sumergirse de alguna manera en diferentes perspectivas, en el mismo periodo de un semestre o de manera progresiva en la maestría y de esta manera ir notando las diferencias o similitudes entre los modelos.

Esto generó en mí un proceso de contrastación, reflexión y cuestionamiento de mis propios saberes y formas de mirar el mundo. Fue muy enriquecedor hacerme preguntas y planteamientos epistemológicos, ontológicos, antropológicos y éticos; desde los diferentes modelos de terapia familiar y al mismo tiempo poder ir construyendo una postura propia, personal en cuanto a definir preferencias, intereses y posturas sobre la vida y la terapia.

En esta línea de la formación teórica, fue muy interesante para mí conocer maestras con una postura feminista, que al inicio me sorprendió la manera tan clara de situarse, pero que después pude valorar y comprender que la terapia es política y no es neutral. Fue importante porque a medida que empezamos a ver los casos con familias, en muchos de ellos había violencia y principalmente del hombre hacia la mujer; entonces desde un sentido de justicia y compromiso social, no me era posible pasar inadvertido estas problemáticas, por lo que aprendí mucho de las profesoras en la manera de comprender y abordar la violencia.

Por otro lado, en el aspecto de la supervisión de casos, fue una experiencia en la que paulatinamente aprendí a ser terapeuta, partiendo primero del ejemplo de mis profesores y profesoras que en las primeras instancias entraban a las sesiones con nosotros, por lo que podíamos ver y palpar lo que en la teoría se decía, así como aquellas cosas que no están escritas en los libros de psicoterapia.

Este modelaje y acompañamiento, me permitió sentir la confianza de realizar mis primeras intervenciones; lo cual, fue para mí un lanzarme al agua ya que no contaba con una experiencia clínica previa. En definitiva, fue la combinación de empezar a tener bases y fundamentos teóricos y conceptuales, acompañado con la enseñanza práctica de las supervisiones, lo que me permitió ir adquiriendo herramientas para la psicoterapia.

En la supervisión de algunos casos y modelos terapéuticos, llevábamos a cabo la coterapia y siempre tuvimos el equipo terapéutico compuesto por nuestros compañeros y profesores a cargo. En lo personal, fue posible y al mismo tiempo de mucho aprendizaje realizar coterapia, lo cual, me deja a mí la enseñanza de la colaboración, el respeto y el

cuidado de los demás. En psicoterapia hay muchas cosas en juego y además de los consultantes, también está implicada la persona del terapeuta. En este sentido, para mí la coterapia fue aprender a escuchar a mi coterapeuta, respetar sus posturas e inquietudes en el caso y colaborar para brindar la atención a los consultantes.

Los equipos terapéuticos que se conformaron en la maestría me permitieron conocer y aprender de los saberes y experiencias de mis compañeros. De manera particular, me sentí acompañado por mis compañeros de maestría en el proceso de aprender a ser terapeutas. Saber que todos teníamos preguntas, habilidades por desarrollar, en cierta medida temores y que en el ambiente de aprendizaje se respetará y acompañará el proceso de cada uno; me hizo sentir la confianza de poder ir avanzando en el proceso de formación.

El equipo terapéutico también me enseñó que mis hipótesis e ideas no son para nada verdades absolutas, sino puntos de vista, maneras de interpretar la realidad y que de acuerdo con mis conocimientos, intereses y experiencias tanto profesionales como personales, los ponía en el momento de la supervisión y que estas ideas podían ser útiles o no para el desarrollo de los casos en particular.

Esto me ayudó a desarrollar más la escucha, el respeto y el reconocimiento de los diferentes puntos de vista, de manera que aprendí que el conocimiento se construye mejor cuando se realiza de manera colaborativa.

Por último, considero que la maestría al ser de tiempo completo y al tener un gran número de horas para la supervisión de casos, me permitió aprender mucho sobre la práctica terapéutica y el manejo de casos, tanto del lugar como terapeuta o como miembro del equipo terapéutico. Tuvimos diferentes experiencias y tipos de casos, unos más complejos que otros, con diferentes tipos de pacientes, que a su vez obtuvimos diferentes resultados tal como lo es en la práctica profesional de la psicoterapia.

## **Implicaciones en la Persona del Terapeuta y en el Campo Profesional**

Llevar a cabo la maestría en terapia familiar tuvo muchas implicaciones en mi persona, partiendo de que al ser colombiano y vivir en la ciudad de Cali, Colombia, este programa de la UNAM y la beca otorgada por el CONACYT me permitió acceder a un posgrado y especialización en el área clínica de la psicología.

Esto implicó para salir de mi país y llegar a una ciudad con las características de la CDMX, lo cual, fue para mí una etapa y un proceso de conocer y adaptarme a una nueva cultura, espacios y relaciones. También implicó distanciarme de mi país de origen y de las relaciones que había construido en mi ciudad.

Al empezar ver consultantes y casos, empecé también a identificar problemas personales, por ejemplo, relacionados con la incertidumbre hacia mi futuro personal y notaba que de repente durante algunas sesiones de los casos, esto lo tenía muy presente.

Lo empecé a trabajar en mi proceso terapéutico personal, lo cual, me ayudó a comprender que me encontraba en todo proceso de adaptación y de cambio, por lo que necesitaba ser paciente conmigo mismo y también aceptar que mi presente estaba siendo muy diferente a lo que yo estaba acostumbrado.

La maestría en terapia familiar representaba un contexto diferente para mí en cuanto a que, si bien ya había tenido un proceso de formación en psicología, mi estilo de vida personal y mis relaciones en Cali, estaban muy ligadas por un contexto católico, en el cual, yo me sentía bastante identificado y cómodo. La residencia al ser de tiempo completo se convirtió en mi principal actividad por 2 años y los paradigmas que se planteaban ahí no eran nada religiosos, lo cual, era totalmente comprensible y esperable al ser un contexto académico.

Sin embargo, este aspecto me llevó a un proceso de confrontación y cambio profundo, en el que aprendí a respetar mi propias creencias y preferencias, y al mismo tiempo dialogar, escuchar y aprender de otros puntos de vista, lo cual, considero que es fundamental para la

psicoterapia. Esto ayudó a tener una mayor flexibilidad y apertura hacia diferentes temas y sobre todo a tener un profundo respeto por las posturas y decisiones de los demás.

Como lo he mencionado, los profesores y profesoras compartían cuales eran sus posturas filosóficas, políticas, teóricas, terapéuticas y lo que yo pude notar en ellos es que cada uno tuvo un proceso de ir construyendo el tipo de terapeuta que quería ser. Me gustaría mencionar que aprendí muchísimo de cada uno de ellos como terapeutas, pero también como personas, lo cual, hace que me lleve lo mejor de cada maestro(a).

Con ellos pude también sentir esa libertad de que ningún profesor(a) me estaba imponiendo algún modelo o pensamiento, sino que yo tenía el derecho y la oportunidad de ir haciendo ese proceso de construcción de un pensamiento propio y de una manera particular de ser terapeuta conforme a lo que iba aprendiendo en la maestría y paralelamente en vida personal.

Por otro lado, durante la maestría en mi familia estaban ocurriendo una serie cambios y procesos, como que mis padres decidieron separarse por segunda vez, lo cual, al estudiar y reflexionar los conceptos de la terapia familiar sistémica, así como en un proceso de psicoterapia, pude darme cuenta antes de venir a México y durante un buen tiempo estaba ocupando un lugar de mediador entre mi papá y mamá, intentando que su relación de ellos se mantuviera.

Luego pude entender que mi lugar en la relación familiar es de hijo y que mis padres debían afrontar sus situaciones como pareja y tomar sus propias decisiones.

La maestría me ayudó a ver de una manera muy diferente las vidas y las relaciones de las mujeres de mi familia, ya que pude identificar que, por ejemplo, mi hermana vivía algún tipo de violencia en su relación de pareja. Esto me hizo comprometerme mucho más con la terapia familiar y realizar un proceso de reflexión en torno al tema de la violencia de género y de manera particular en la construcción de las masculinidades, empezando por la mía y también por la de los demás hombres.

En este sentido, pude reconocer la importancia que tiene en la erradicación de la violencia que los hombres podamos cuestionar la masculinidad hegemónica y realizar acciones para construir formas de ser hombre más respetuosas, responsables, colaborativas y positivas.

En mi propia reflexión pude reconocer como desde la crianza se me daban ciertos privilegios respecto a mi hermana por el hijo hombre, lo cual, vi más reflejado en el trato de mi mamá hacia mi al tener mayor atención, brindarme más comodidades respecto la alimentación y los deberes de la casa; dándome más permisos y posibilidades para salir.

También en algunos grupos de la iglesia en los que había participado se me había dado el rol de líder o coordinador, en el que tomaba las decisiones y se me habituó a que mi punto de vista podía ser más importante que el de los demás. La maestría contribuyó en que desarrollara una visión más igualitaria y respetuosa de las relaciones con las mujeres y otros hombres.

En cuanto a mis relaciones personales, entendí la importancia de la libertad y reciprocidad en ellas, ya que en algún momento había tomado el rol de hacerme responsable del cuidado y la atención de una relación de pareja. Comprendí que yo no podía ni tenía que hacer que los otros me quisieran, sino que eso era algo que las otras personas decidían libremente al conocerme.

En el campo profesional, todas estas experiencias con mis profesores y profesoras, compañeros y de manera especial con los consultantes, me han enriquecido y formando de tal manera que actualmente puedo dar una atención ética y responsable a los consultantes que han requerido mis servicios de manera particular e institucional.

Específicamente encuentro una gran afinidad en trabajar con adolescentes y jóvenes que quieren trabajar sanar las heridas emocionales que han tenido en sus relaciones familiares y escolares; y construir un proyecto de vida y una identidad acorde a sus preferencias e intereses.

También pude desarrollar habilidades y la empatía para trabajar con mujeres que han sufrido violencias, ya que me doy cuenta de que son pocos los terapeutas que tienen una formación en la perspectiva de género y definitivamente observo que las mujeres encuentran como un espacio seguro, respetuoso y cómodo el poder hablar de estos temas cuando él o la terapeuta que las atiende tiene esta mirada.

He observado que son muchas más las mujeres que piden la consulta psicológica para buscar mejorar las relaciones y condiciones familiares, notando que siguen siendo las mujeres que asumen una mayor responsabilidad y compromiso emocional por las relaciones.

Por último, me gustaría poder seguir desarrollando un programa de atención individual y grupal en el que se trabaje y atienda la salud mental, emocional y relacional de los hombres.

## Referencias

- Anderson, H. (2007). El paraguas posmoderno: lenguaje y conocimiento como transformadores inherentemente relacionales y generativos en García, A. G. (Editora). *Terapia Colaborativa: Relaciones y conversaciones que hacen una diferencia*. Taos Institute Publications.
- Anderson, H. (2019). La orientación filosófica: El corazón y el espíritu de la Práctica Colaborativa en Chaveste, R., Molina, P. (Comps). *Conversaciones interrumpidas*. Taos Institute Publications.
- Belli, S. (2010). Construcción y deconstrucción social de una emoción: tecnociencia, amor y performance. *Revista del Centro de Investigación*. 9 (34), 49-70.  
<https://doi.org/10.26457/recein.v9i34.152>
- Bertalanffy, L. V. (1968). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas*. Paidós.
- Bonino, L. (2001). Salud, varones y masculinidad en Loza, J. A. y Bedoya, J. M. (Eds.), *Voces de hombres por la igualdad*. Disponible en: <<https://vocesdehombres.wordpress.com/>>.
- Connell, R. W. (2003). *Masculinidades*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Consejo Nacional de Población (4 de marzo del 2012). *4 de marzo, Día de la familia*. Secretaría de Gobernación.  
[http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/4\\_de\\_Marzo\\_Dia\\_de\\_la\\_Familia](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/4_de_Marzo_Dia_de_la_Familia)

- Córdoba, M. (2022). La inhibición de la emocionalidad masculina en Ibarra Casals, D. y Píriz Bonilla, P. (Comps). *Niñeces, Sexualidades y Masculinidades. Miradas Interseccionales*. MenEngage Uruguay.
- Delgado, G. (2017). *Construir caminos para la igualdad: educar sin violencias*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. Pax-México.
- Enríquez-Rosas, R., López-Sánchez, O., (2019). *Masculinidades, familias y comunidades afectivas*. ITESO.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Fernández, I., Zubieta, E. & Páez, D. (2001). Emocionarse en Latinoamérica. *International Journal of Social Sciences and Humanities*, 11(1), 29-53.  
<https://biblat.unam.mx/es/revista/sociotam-revista-internacional-de-ciencias-sociales-y-humanidades/articulo/emocionarse-en-latinoamerica>
- Fisch, R., Weakland, J y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Herder.
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., & Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent–child emotion narratives. *Sex Roles: A Journal of Research*, 42(3-4), 233–253.  
<https://doi.org/10.1023/A:1007091207068>
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. *Psicoterapia y familia*, 2(1), 30-39.

Frías, L. (20 de marzo de 2019). *Nuevas masculinidades, vía contra la violencia de género*.

Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/nuevas-masculinidades-via-contra-la-violencia-de-genero/>

Fruggeri, L. (2016). *Diferentes Normalidades. Psicología Social de las Relaciones Familiares*.

Editorial Página Seis.

Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Paidós.

Glaserfeld, E. V. (1996). Aspectos del constructivismo radical en Packman, M. (Ed.),

*Construcciones de la experiencia humana*. (Vol. 1, pp. 23-49). Gedisa.

Goodrich, T., Rampage, C., Ellman, B, y Halstead, K. (1989). *Terapia Familiar Feminista*.

Paidós.

Gutiérrez Capulín., Reynaldo., Díaz Otero., Karen Yamile., Román Reyes., y Rosa Patricia

(2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3),219-228. ISSN: 1405-0269.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=104/10448076002>

Gutmann, M, C. (1997). Los verdaderos machos nacen para morir. En Valdés, T, y Olavarría, T.

(Ed). *Masculinidad/es: Poder y Crisis*. Ediciones de las Mujeres.

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

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica*

*Demográfica 2014*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2014/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta Nacional de los Hogares 2015*.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2015/doc/enh2015\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2015/doc/enh2015_resultados.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017a). *Encuesta Nacional de los Hogares 2017*.

[http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017\\_resultados.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_resultados.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017b). *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017*.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2017/doc/enadis2017\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2017/doc/enadis2017_resultados.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018a). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018b). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2018*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/default.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Características de los hogares*.

<https://www.inegi.org.mx/temas/hogares/#:~:text=El%20hogar%20censal%20es%20la,esn%20la%20misma%20vivienda%20particular>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021a). *Demografía y Sociedad. Nupcialidad*.

[https://www.inegi.org.mx/temas/nupcialidad/#Informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/nupcialidad/#Informacion_general)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021b). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021*.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf)

Kaufman, M. (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres en Valdés, T, y Olavarría, T. (Ed). *Masculinidad/es: Poder y Crisis*. Ediciones de las Mujeres.

Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva en Tuñón, E. (coord.) *Género y salud en el Sureste de México* (pp. 199-219). ECOSUR y UJAD.

Martínez-Munguía, C. (2013). Masculinidad hegemónica y expresividad emocional de hombres jóvenes en Ramírez, R, J y Cervantes, R, J. (coord.). *Los hombres en México. Veredas recorridas y por andar* (pp. 177-199). AMEGH y UDG.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1989). *Técnicas de Terapia Familiar*. Paidós.

Nardone, G. Y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.

Organización de la Naciones Unidas (s.f.). *Día de las familias*. <https://onu.org.gt/articulos/dia-de-las-familias/>

Pérez, C. y Rodríguez, P. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone. Terapia breve estratégica: una realidad inventada que produce efectos concretos. *Clínica contemporánea*, 1(1), 61-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8473601>

Reséndiz G. (2014) Familias: Procesos y sistemas de significado. *Psicoterapia y familia*, 27,2: 20-28.

Salguero, V. M (2018) Emociones y masculinidades: vivencia y significado en los varones en Enríquez-Rosas, Rocío, López-Sánchez, Oliva (coord.). *Masculinidades, familias y comunidades afectivas* (pp. 73-92). ITESO. [https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/Masculinidades,familiasycomunidadesafectivas\\_%20EmocioneselInterdisciplina.pdf](https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/Masculinidades,familiasycomunidadesafectivas_%20EmocioneselInterdisciplina.pdf)

Sánchez A. R., (2016). *La Pareja Romántica en México. Desentrañando su Naturaleza Comunicativa y Emocional*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Secretaría de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco del 2017*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO\\_DE\\_DROGAS.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf)

- Seidler, V. J., Amador, C., y Moreno. H. (1995) Los hombres heterosexuales y su vida emocional. *Debate feminista*, 11, 78-111.  
<https://doi.org/10.22201/cieq.2594066xe.1995.11.1829>
- Senado de la República (24 de agosto de 2019). *México, primer lugar en abuso sexual infantil*.  
<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/45796-mexico-primer-lugar-en-abuso-sexual-infantil.html>
- Sierra, S. (09 de marzo de 2020). La indignación y el enojo de las chavas generó más cambios que el drama del feminicidio. *El Universal*. [https://www.eluniversal.com.mx/cultura/artes-visuales/la-indignacion-genero-mas-cambios-que-el-drama-del-feminicidio-marta-lamas?fbclid=IwAR2ZAHbDrd1aHEJFw52wzZp2-whLhcTln7jYG1CSzFEMzng\\_aRpdOlc34bE](https://www.eluniversal.com.mx/cultura/artes-visuales/la-indignacion-genero-mas-cambios-que-el-drama-del-feminicidio-marta-lamas?fbclid=IwAR2ZAHbDrd1aHEJFw52wzZp2-whLhcTln7jYG1CSzFEMzng_aRpdOlc34bE).
- Simon, R. W., & Nath, L. E. (2004). Gender and Emotion in the United States: Do Men and Women Differ in Self-Reports of Feelings and Expressive Behavior? *American Journal of Sociology*, 109(5), 1137–1176. <https://doi.org/10.1086/382111>
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, 9 (1), 65-69. <https://apunteca.usal.edu.ar/id/eprint/1858/>
- Swati, Y, and Sunil, S. (2010). *Anger Management*. SAGE.
- Tedeschi, J. (2003) The Social Psychology of Aggression and Violence in Heitmeyer, W. and Hagan, J. (Ed.). *International Handbook of Violence Research* (pp. 459-479). Kluwer Academic Publishers. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-306-48039-3\\_24](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-306-48039-3_24)
- Unicef (2015). *¿Te suena Familiar? La familia que hemos construido*. [Archivo PDF].  
<https://www.unicef.cl/centrodoc/tesuenafamiliar/06%20Construido.pdf>

Unicef México (25 de noviembre de 2019). *ONU México hace un llamado a eliminar todas las formas de violencia sexual contra las mujeres y las niñas.*

<https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/onu-m%C3%A9xico-hace-un-llamado-eliminar-todas-las-formas-de-violencia-sexual-contra>

Valdés, T, y Olavarría, T. (Ed.). (1997). *Masculinidad/es: Poder y Crisis*. Ediciones de las Mujeres.

Viveros V, M. (1998). *Perspectivas latinoamericanas actuales sobre la masculinidad*. Segundo Congreso Latinoamericano Familia Siglo XXI. Tomo II. Pp. 1336. Medellín, Colombia.

Watzlawick, P. (1999) La técnica psicoterapéutica del reencuadre en Nardone, G. y Watzlawick, P. (Comps.) *Terapia Breve: Filosofía y arte*. (pp. 97-105) Herder.

Watzlawick, P., Beavin, B.J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Herder.

Watzlawick, P., Weakland. H. J. y Fisch, R. (1974) *Cambio, Formación y solución de los Problemas humanos*. Herder.

Witzeaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Herder.