



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

**TERAPIA DE SESIÓN ÚNICA: UN ABORDAJE EN CONTEXTOS DE CRISIS MIGRATORIA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**LILIA XIMENA DE LA GARZA CUEVAS**

DIRECTORA/TUTORA PRINCIPAL: MTRA. NORA CLAUDIA RENTERIA COBOS

(FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM)

COMITÉ TUTORIAL:

REVISOR: DR. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ (FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM)

TUTORA EXTERNA: MTRA. MA. SUSANA EGUÍA MALO (FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM)

SUPLENTE: MTRO. FLAVIO SIFUENTES MARTINEZ (FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM)

SUPLENTE: DRA. NOEMI DÍAZ MARROQUÍN (FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM)

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MÉXICO, MARZO DE 2024.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Agradecimientos

Mamá, gracias por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba, por brindarme tu aliento incondicional en aquellos momentos en los que sentía que ya no podía seguir adelante. Gracias por cada muestra de amor, por tus palabras llenas de cariño que siempre han sido un bálsamo para mi alma.

Papá, gracias por enseñarme el valor de la fortaleza, el compromiso y la profesionalidad. Tu ejemplo ha sido mi guía a lo largo de los años y admiro profundamente la persona que eres. Gracias por tu amor, por tu apoyo y por impulsarme a alcanzar mis metas.

Raquel, mana, gracias por alentarme a explorar y escribir sobre aquello que me apasiona. Agradezco tu escucha y tu amor. Eres un pilar fundamental en mi vida, estoy muy orgullosa de lo valiente que eres.

Pedro, tu apoyo incondicional y tu presencia ha significado mucho más de lo que las palabras pueden expresar.

Ro, gracias por estar a mi lado en este proceso, por tu constante apoyo, tus palabras de aliento y por creer en mí cuando más lo necesitaba.

A la UNAM, gracias, por tanto, por brindarme la oportunidad de formarme con personas admirables. A CONACYT, por el apoyo y permitirme estudiar la maestría. A todxs lxs docentes de la maestría, gracias por su compromiso y acompañamiento.

Nora, gracias por acompañarme desde hace algunos años, por la escucha, por el apoyo, por estar dispuesta a generar nuevas ideas desde un lugar de curiosidad genuina.

Gerardo y Mtra. Susana, gracias por sus sugerencias, interés y comentarios que me hicieron cuestionarme y reflexionar.

Cintia, a pesar de no estar oficialmente en mi comité, gracias por tu acompañamiento constante, tus puntos de reflexión, apoyo, seguimiento y calidez.

A la resistencia, gracias por acompañarme en el camino de la maestría y ayudarme a no desistir.

Rosi, gracias por la confianza, por el amor, por el apoyo, gracias por acompañarme y enseñarme qué es tener corazón de terapeuta.

Bety, gracias por acompañarme en la maestría y fuera de ella, gracias por darme fuerza y recordarme las prioridades para continuar el camino.

Liza, gracias por recordarme que “hay cosas más importantes que la terapia” cuando se trata de cubrir necesidades básicas.

A mi familia en el mundo humanitario, gracias por dar todo lo que tienen, Y MÁS, cada día para ayudar a miles de personas alrededor del mundo, intentado regresar un poco de dignidad humana, a veces con una sonrisa, a veces con orientación, a veces con medicamento. Gracias por compartir este camino, haciendo consciencia e informando lo que pasa con las personas a quienes se les ha quitado la voz o que no se les escucha. GRACIAS, THANK YOU, SHUKRAN, OBRIGADO, MERCI.

A las personas que más me han enseñado, esto es para todas las personas que han compartido su historia conmigo, que han tenido que dejar atrás a su familia, amigxs, hogares y amores, GRACIAS por todo lo aprendido y compartido, porque me han enseñado lo que es la verdadera persistencia, resistencia y lucha.

A la persona que lea el siguiente documento, gracias por tomar el tiempo para leer, es mi esperanza que este trabajo sirva como un espacio de reflexión y que despierte un deseo genuino de seguir aportando en este enfoque.

## Índice

Resumen .....	5
Introducción y Justificación.....	7
Capítulo 1. Análisis del Campo Psicosocial .....	10
1.1 Definición de la Familia .....	10
1.2 Principales Problemas que Presentan las Personas Atendidas.....	12
1.2.1 Migración .....	12
1.2.2 Contexto Psicosocial de México .....	23
1.2.3 A Modo de Reflexión .....	30
1.3 Descripción de la Sede en Donde se Realizó el Trabajo Clínico .....	31
Capítulo 2. Marco Teórico.....	33
2.1 Modelos que Guiaron los Casos Clínicos .....	33
2.1.1 Terapia de Sesión Única .....	34
2.1.2 La Postura Colaborativa.....	46
2.1.3 Terapia Familiar Feminista .....	49
2.1.4 Prácticas narrativas.....	51
2.1.5 Terapia Breve Centrada Soluciones .....	53
2.2 Análisis y Discusión de los Temas que Sustentan los Casos Clínicos .....	54
2.2.2 Retos, Vulnerabilidades y Violencias Durante el Viaje .....	55
Capítulo 3. Casos clínicos .....	74
3.1 Descripción, Análisis y Discusión Teórico Metodológicas de la Intervención Clínica de las Experiencias Elegidas .....	74
3.1.1 ¿Seguir o no el Camino?.....	75
3.1.2 ¿Buena o Mala Madre?.....	80
3.1.3 Reconstruir en Pareja .....	85
3.1.4 El Río es lo que nos Separa.....	89
3.1.5¿Cómo volver a ser salvador? .....	93
A Modo de Reflexión .....	96
Capítulo 4. Consideraciones finales.....	100
4.1. Análisis de las Competencias Profesionales Adquiridas .....	100
4.1.1 Competencias Profesionales Teórico-Conceptuales.....	101
4.1.2 Competencias Profesionales Clínicas.....	102
4.1.3 Competencias profesionales de ética y compromiso social .....	104

<b>4.2 Reflexión y Análisis de la Experiencia e Implicación en la Persona del Terapeuta .....</b>	<b>112</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>117</b>

## Resumen

Las personas que salen de su lugar de origen, con su propósito de buscar una vida mejor, se enfrentan a una serie de desafíos que se intensifican durante la travesía, debido a la compleja interacción entre factores económicos, de salud, sociales y políticos. El propósito de este documento es explorar la Terapia de Sesión Única como enfoque terapéutico para abordar las necesidades de la población en movimiento. La estructura del documento se compone de cuatro capítulos. En primer lugar, se realiza un análisis psicosocial de la población migrante en México. El segundo capítulo aborda el marco teórico, presentando el Modelo de Terapia de Sesión Única y otros enfoques y prácticas que guían la intervención, junto con los temas transversales pertinentes en los casos estudiados. El tercer capítulo se centra en cinco casos desarrollados en un campamento de tránsito para migrantes en espera de continuar su camino hacia Estados Unidos. Aunque se reconoce la diversidad de motivaciones para migrar, el documento se enfoca en el análisis clínico de la Terapia de Sesión Única. Por último, el cuarto capítulo presenta las consideraciones finales. El objetivo de este trabajo radica en presentar la Terapia de Sesión Única como una propuesta útil para abordar los desafíos en un contexto de crisis migratoria.

*Palabras clave:* Terapia de Sesión Única, migración, crisis migratoria, crisis humanitaria.

## Summary

People who leave their place of origin in search of a better life encounter a series of challenges that intensifies during their journey due to the complex interaction of economic, health, social, and political factors. The purpose of this document is to explore the Single Session Therapy as a therapeutic approach to address the needs of the migrating population. The document is structured into four chapters. Firstly, it provides a psychosocial analysis of the migrant population in Mexico. The second chapter addresses the theoretical framework, presenting the Single Session Therapy Model along with other approaches and practices guiding the intervention, alongside relevant transversal topics in the studied cases. The third

chapter focuses on five cases developed in a migrant transit camp awaiting continuation towards the United States. While acknowledging the diversity of motivations for migration, the document primarily focuses on the clinical analysis of Single Session Therapy. Finally, the fourth chapter presents concluding remarks. The aim of this work is to present Single Session Therapy as a valuable proposal for addressing challenges in the context of a migratory crisis.

*Keywords:* Single Session Therapy, migration, migratory crisis, humanitarian crisis.



## Introducción y Justificación

La migración global de individuos se destaca como uno de los fenómenos sociales más trascendentales en la actualidad. A lo largo de la historia, este fenómeno ha sido una constante impulsada por la búsqueda de entornos más favorables, el aprovechamiento de oportunidades y la huida de situaciones peligrosas, conflictos armados y/o discriminación.

Según la definición de la Real Academia Española, la migración se refiere al "desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales". La magnitud de este fenómeno es evidente, ya que, de acuerdo con la Organización Internacional para la Migración OIM (2023), uno de cada 30 habitantes del mundo es un migrante. En el año 2020, se estimaba que había aproximadamente 281 millones de migrantes internacionales, representando el 3.6% de la población mundial.

Aunque la economía es un motivador frecuente para migrar, datos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) México (2023b) revelan que gran parte de la población migrante que llega a México lo hace debido a la violencia, inseguridad y persecución. En este contexto, 22 millones de personas han sido forzadas a abandonar sus países en busca de protección y refugio (ACNUR México, 2023c).

México se encuentra actualmente inmerso en una crisis migratoria caracterizada por flujos migratorios complejos y de gran magnitud. Estos patrones de movilidad, originados en diversos contextos, generan considerable vulnerabilidad para las personas y comunidades afectadas (OIM, 2012). Cada año, decenas de miles de individuos, incluyendo hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes, cruzan México sin permiso legal, siendo más del 90% provenientes de Centroamérica, especialmente de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua (Amnistía Internacional, 2021).

La ruta de migración desde Sudamérica y Centroamérica hacia México se considera una de las más peligrosas a nivel mundial (Amnistía Internacional, 2021). En este contexto crítico, la necesidad de trabajar con estas situaciones la Terapia de Sesión Única (TSU) ha emergido como un modelo terapéutico, que utiliza preguntas semiestructuradas para abordar las preocupaciones del cliente, reconociendo que una sola sesión puede ser la única oportunidad disponible (Bloom, 1981, en Paul y Van Ommeren, 2013; Talmon, 1990, en Paul y Van Ommeren, 2013).

Su flexibilidad y creatividad en las intervenciones, junto con el aprovechamiento de los conocimientos previos del terapeuta, son fundamentales, especialmente en contextos de crisis humanitaria donde los recursos son limitados.

El Comité Permanente entre Organismos (IASC, 2007) ha señalado que las personas en situaciones de crisis humanitarias a menudo enfrentan restricciones en el acceso a sus necesidades básicas y físicas. En este escenario, la escasez de recursos para la atención médica y psicológica se traduce en una demanda insatisfecha de servicios psicológicos de emergencia (Akerlele y Yur'yev, 2017).

La importancia de este documento radica en su enfoque desde la psicología y la terapia de sesión única, ofreciendo una perspectiva sobre la experiencia de las personas en movilidad. Este trabajo busca abrir camino a futuras investigaciones que generen alternativas en términos de atención de la violencia contra los y las migrantes, contribuyendo así al abordaje integral de esta compleja realidad.

El presente trabajo consta de cuatro capítulos, en el primer capítulo, se exploran diversos aspectos relacionados con la definición de familia desde la perspectiva de la Psicología Clínica, específicamente en la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna. Se abordan los desafíos a los que se enfrentan las personas atendidas, con especial énfasis en el contexto de la migración en México. Además, se examina el contexto psicosocial en México utilizando datos sociodemográficos y se ofrece una descripción del entorno en el que se llevó a cabo el trabajo clínico.

En el segundo capítulo, se describen los modelos y enfoques que guiaron la intervención en los casos presentados en el capítulo 3. Se exploran temas transversales relevantes en los casos estudiados, con un enfoque particular en la migración y sus consecuencias. Se analizan las diversas dimensiones de este fenómeno, desde lo psicológico hasta lo social y cultural, proporcionando así una comprensión completa de su impacto en las intervenciones realizadas.

El tercer capítulo se centra en la descripción de los casos, análisis y discusión teórico-metodológicas de las intervenciones clínicas. En este capítulo, se presentan cinco casos desarrollados en un campamento de tránsito para migrantes en espera de continuar el camino hacia Estados Unidos. El trabajo clínico se llevó a cabo en un contexto de práctica profesional posterior a la maestría, donde participé como psicóloga clínica voluntaria. Se examinan los enfoques teóricos y las metodologías aplicadas durante el desarrollo de los casos, destacando la aplicación práctica del modelo de sesión única en un contexto de crisis humanitaria.

Finalmente, el cuarto capítulo aborda el análisis de las competencias profesionales adquiridas durante la formación en la maestría en Terapia Familiar Sistémica. Se resaltan habilidades teórico-conceptuales, clínicas, de investigación, éticas y de compromiso social, alineándolas con el perfil de egreso establecido por la Unidad de Posgrado de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo principal es proporcionar una visión detallada de las competencias desarrolladas a lo largo de la maestría y reflexionar sobre la experiencia personal, abordando desafíos iniciales, sensaciones y aprendizajes significativos.



## Capítulo 1. Análisis del Campo Psicosocial

---

En la primera sección del presente capítulo, se abordan diversos aspectos relacionados con la definición de familia desde la perspectiva de la Psicología clínica, específicamente en la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

La segunda sección se enfoca en los desafíos fundamentales que enfrentan las personas atendidas, con un énfasis especial en el contexto de la migración en México. Se explorarán las causas que impulsan los movimientos migratorios y las problemáticas específicas que surgen durante este proceso.

A continuación, en la tercera parte, se examina el contexto psicosocial en México. Destacando datos sociodemográficos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y otros del Gobierno de México, abordando áreas clave como la salud pública, la economía, la seguridad pública y la violencia hacia la mujer.

Finalmente, en el apartado titulado “Descripción de la Sede en Donde se Realizó el Trabajo Clínico”, se resume el contexto en el cual se llevó a cabo el trabajo clínico de los casos abordados en el capítulo 3.

La estructura del capítulo no solo tiene como objetivo explorar conceptos teóricos, sino también conectarlos con desafíos tangibles que enfrentan las personas en movilidad en el contexto específico de México. Esto se respalda mediante datos estadísticos y una descripción detallada del entorno en el que se llevó a cabo la práctica clínica.

### 1.1 Definición de la Familia

A lo largo de la historia, las familias han sido objeto de estudio desde diversas perspectivas, cada una aportando su propia definición según la función de la época, el ámbito de investigación y el contexto analizado. En el campo de la Psicología clínica, y más específicamente en la Terapia Familiar Sistémica y

Posmoderna, se han explorado las conceptualizaciones familiares en relación con la epistemología y el contexto sociohistórico.

En la Terapia Familiar Sistémica, la definición de familia evoluciona al compás de los avances conceptuales y la sociedad en cambio constante. Según Ackerman (1994), la familia se considera la unidad fundamental de desarrollo, experiencia, realización y fracaso, un sistema dinámico en constante transformación a lo largo del tiempo. En sintonía, Minuchin (1977, como se citó en Andolfi, 1993) concibe la familia como un sistema en continua adaptación a las necesidades cambiantes durante las distintas etapas del ciclo vital, con el propósito de asegurar el crecimiento psicosocial de sus miembros.

Más allá de su papel como unidad de desarrollo individual, la familia ha sido vista como una institución moldeada por normas políticas y sociales. Según Foladori (2007), las familias son instituciones influenciadas por un sistema de responsabilidades normativas y políticas, destacando así la influencia de las estructuras sociales y políticas en la definición y el funcionamiento de la familia a lo largo del tiempo. En esta perspectiva, Fruggeri (2016) resalta que las familias forman parte de un sistema de relaciones sociales y procesos comunicativos, donde la interacción mutua con la sociedad construye y transforma creencias, estereotipos, ideologías y valores compartidos sobre la realidad social.

De acuerdo con Jiménez (2005, p.19) la transición hacia una mirada postmoderna de la familia refleja una reconceptualización profunda en la identidad, relaciones, roles y organización de la vida en común. Además, se caracteriza por la diferenciación, democratización, permeabilidad, autonomía e individuación de las parejas, marcando un cambio significativo en los modos de concebir y vivir la familia.

La noción de la familia ha experimentado cambios significativos en respuesta a transformaciones demográficas, económicas, sociales y culturales. La pluralidad es una característica esencial, como señalan Melgar y Lerner (2010), y subrayan la importancia de considerar "familias" en lugar de una única definición.

Las familias son unidades en constante transformación y, a su vez, instituciones moldeadas por normas políticas y sociales. La interacción con las distintas culturas les confiere un carácter de sistema social en continua evolución. Las familias, siendo entidades en constante cambio, son influenciadas por su entorno y las experiencias individuales de sus integrantes. Esto subraya la importancia de comprender las vivencias individuales como elementos integrales del entorno social, ya que dichas experiencias influyen directamente en los desafíos que enfrentan las familias.

## **1.2 Principales Problemas que Presentan las Personas Atendidas**

Actualmente, una variedad de desafíos y dinámicas complejas afectan el tejido social de nuestras comunidades y tienen un impacto significativo en la vida cotidiana de las familias. Estos problemas incluyen aspectos relacionados con la salud pública, la salud mental, los factores económicos y las particularidades del contexto que vive cada familia, tales como el tipo de estructura, número de integrantes, lugar geográfico en el que radican, las posibilidades de acceso a servicios básicos, el ingreso económico con el que cuenta y las violencias a las que se ven expuestas.

En el actual contexto global, las familias se encuentran inmersas en una dinámica de cambio acelerado, marcada por fenómenos como la migración. La movilidad de las personas ya sea por motivos económicos, búsqueda de seguridad o huida de situaciones adversas, ha alterado las estructuras familiares y las ha expuesto a nuevos retos. La separación forzada, la adaptación a entornos desconocidos y la búsqueda de oportunidades en tierras extranjeras son aspectos que configuran la experiencia de muchas familias en la actualidad.

### **1.2.1 Migración**

El término "migrantes" se refiere a individuos que se trasladan de su lugar de origen a otro destino, ya sea de forma permanente o temporal. Este movimiento puede ser resultado de decisiones personales, la necesidad de estar cerca de la familia, oportunidades laborales o educativas. Además, la migración puede

convertirse en la única opción para escapar de circunstancias difíciles como la pobreza, la violencia o conflictos políticos (Salcedo Zárraga et al., 2014).

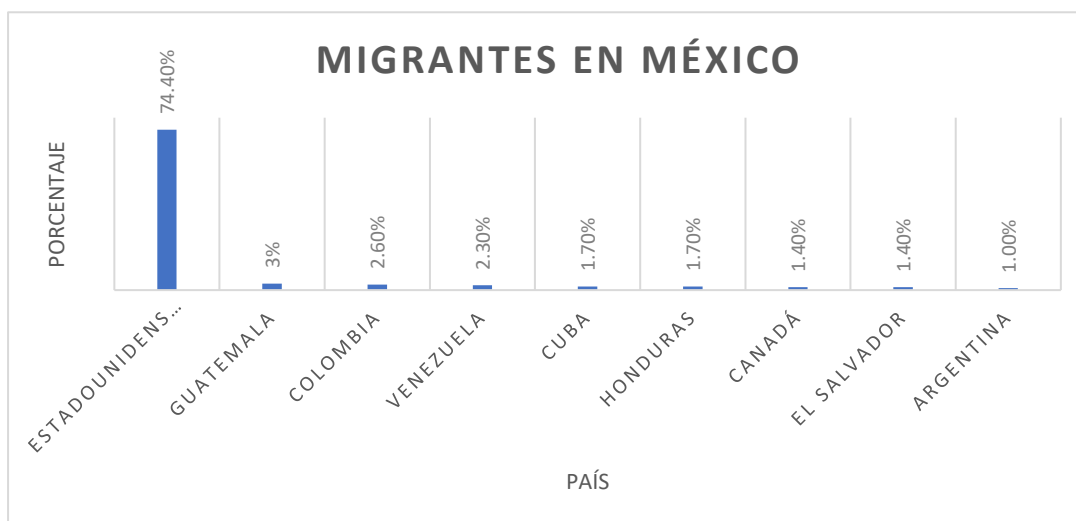
De acuerdo con la Organización Internacional para la Migración (2023) uno de cada 30 habitantes del mundo es un migrante; según las estimaciones más recientes disponibles en 2020, había aproximadamente 281 millones de migrantes internacionales en el mundo, lo que representa el 3,6% de la población mundial.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018) y los datos sobre migración de México son relevantes y revelan la dinámica de la migración del país:

Alrededor de un millón 74 mil personas que residen en México nacieron en otro país (ENADID, 2018). El cuarenta por ciento de ellos viven cerca de la frontera con los Estados Unidos. Los ciudadanos estadounidenses son la mayoría de los extranjeros que residen en México. La siguiente figura muestra la distribución de los migrantes que residen en México según su país de origen y el porcentaje de ellos. Estados Unidos es el país con la mayor cantidad de migrantes en México, seguido por otros países de América Latina. (Ver Figura 1)

**Figura 1**

*Migrantes en México*



*Nota.* Adaptado de *Migración Internacional*, por el INEGI 2018, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados\\_enadid18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf)

México es un destino atractivo para migrantes de diversas nacionalidades, con una concentración significativa de estadounidenses. Estos datos subrayan la diversidad y la dinámica de la población migrante en México, con un énfasis en la proximidad geográfica con los Estados Unidos como un factor influyente en la elección de lugar de residencia.

- Desde agosto de 2013 hasta agosto de 2018, más de 760 mil personas abandonaron México, de las cuales el 70% son hombres.
- El 84.8 % de los emigrantes internacionales eligen los Estados Unidos como su principal destino. El 70.9% de los emigrantes utilizaron algún documento legal para ingresar a los Estados Unidos, lo que indica un aumento en la emigración legal a este país. Desde el período de 2014, cuando fue del 56.0%, este porcentaje ha aumentado.
- La búsqueda de trabajo o un cambio de trabajo es la razón principal por la que las personas emigran a otro país, con un 57% de los casos.

Estos datos muestran la dinámica compleja de la migración en México, que cuenta con una gran cantidad de personas nacidas en otros países que residen en el país y un flujo constante de migrantes, principalmente hacia los Estados Unidos.

### **Migración Irregular en México.**

A pesar de que actualmente no existe una definición universalmente aceptada de lo que es la migración irregular, la Organización Internacional para la Migración (2019, p. 116) la define como un movimiento de personas que tiene lugar fuera de las leyes, regulaciones o acuerdos internacionales que rigen la entrada o salida del Estado de origen, tránsito o destino.












Hay 89.3 millones de personas desplazadas por la fuerza en todo el mundo, de las cuales 53.2 millones se encuentran dentro de su mismo país. La mayoría de las personas que cruzan una frontera internacional para poner a salvo su vida, su salud o su integridad se encuentran en un país vecino y 83% de ellas son acogidas en naciones con ingresos socioeconómicos clasificados como bajos o medios. (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR, s.f. como se citó en Saiz, 2023, p. 17-18).

En México, durante 2019 se detuvo en estaciones migratorias a más de 180 000 personas, de las cuales 10,000 eran Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) (Saíz, 2023, p. 15). Durante el periodo comprendido entre enero y agosto de 2023, se contabilizaron 402,324 personas en situación de migración irregular en México (OIM, 2023). La figura 2 que se presenta a continuación ilustra tanto el total como el porcentaje de personas que ingresaron a México en dicho período bajo el estatus de migración irregular.

**Figura 2**

*Total, y porcentaje de personas por país de nacionalidad*

2023 (ene -ago)		
País de nacionalidad	Total 2023 (ene-ago)	% del total 2023 (ene-ago)
 Venezuela	110 030	27%
 Honduras	70 996	18%
 Guatemala	48 369	12%
 Ecuador	37 821	9%
 Haití	17 278	4%
 Colombia	13 805	3%
 El Salvador	12 167	3%
 Brasil	8 979	2%
 Otros	82 879	21%
<b>Total</b>	<b>402 324</b>	<b>100%</b>

*Nota.* Adaptado de *Eventos de personas en situación migratoria irregular registrados por la autoridad migratoria mexicana, por los principales 8 países de nacionalidad, 2023 (enero-agosto)*,

por la Organización Internacional para las Migraciones, 2023 en la BOLETÍN DE ESTADÍSTICAS MIGRATORIAS EN MÉXICO, segundo trimestre de 2023, sp-oim-estadisticas-migratorias-t2-2023-light.pdf (iom.int).

Durante los primeros ocho meses del año 2023, se registraron casos de migración irregular en México que involucraron a personas de 144 nacionalidades distintas (OIM, 2023). En este contexto, es destacable observar la composición demográfica, donde el 27% de la población en situación migratoria irregular corresponde a ciudadanos venezolanos, seguido por un 18% de hondureños, un 12% de guatemaltecos, un 9% de ecuatorianos, un 4% de haitianos, un 3% de colombianos y otro 3% de salvadoreños. Además, se identifica un 2% de brasileños. En conjunto, los datos revelan que el 78% de la población en condición de migración irregular en México proviene de América Central y del Sur. Este análisis ofrece una perspectiva detallada de la composición demográfica de la migración irregular en el periodo mencionado.

La compilación de todos estos datos recalca la crisis migratoria que actualmente atraviesa México. Esta crisis se caracteriza por flujos migratorios complejos y, con frecuencia, de gran magnitud, revelando patrones de movilidad que surgen en el contexto de origen, y que, lamentablemente, conllevan considerables vulnerabilidades para las personas y las comunidades afectadas (OIM, 2012).

### ***Principales Causas de las Migraciones.***

A pesar de que la búsqueda de empleo sigue siendo un factor clave en la migración internacional, según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) México (2023b) gran parte de la población migrante que llega a México sale de su país por violencia, inseguridad y persecución, por lo que 22 millones de personas han sido forzadas a huir de sus países de origen con el fin de encontrar protección y refugio (ACNUR México, 2023c); asimismo, en 2023, 470 mil personas han atravesado la selva del Darién en Panamá (ACNUR México, 2023c) con la intención de llegar a México y

Estados Unidos; se calcula que en el mes de agosto de 2023 entre 4 mil y 6 mil personas llegaron todos los días a México (ACNUR México, 2023b).

Llegar a Estados Unidos representa uno de sus objetivos principales, motivados tanto por la búsqueda de unidad familiar, “y por considerar que ésta es la tierra de las oportunidades” (Saiz, 2023, p.18), la intención es poder construir una nueva vida en un nuevo lugar, en donde se han sembrado esperanzas “de llegar a otra tierra y forjar otra historia, ante experiencias sociales en sus pueblos de origen en los que las posibilidades de desarrollo y acceso a derechos son limitadas, en entornos de violencia” (Limas, 2023, p. 218).

Las migraciones en México, Centroamérica y Sudamérica son mayormente impulsadas por la pobreza extrema, los desastres naturales (García y Gaspar, 2020), las extorsiones, amenazas, violaciones y violencia física que ha ido en aumento, manteniendo a la población con temor; muchas familias intentan cambiar de domicilio antes de la salida internacional; sin embargo, la violencia se está convirtiendo en la protagonista de las nuevas movilizaciones, tanto internas como internacionales, siendo la meta Estados Unidos (Gómez-Johnson, 2015).

Asimismo, las diversas estrategias políticas delineadas por los líderes de los países ejercen una influencia directa tanto en la población nacional como en la internacional, como refiere Gustavo Mohar, en el contexto actual de los migrantes en México, las decisiones tomadas o la omisión de estas han dado lugar a extensas caravanas de migrantes que quedan varadas en las ciudades fronterizas mexicanas, enfrentándose a situaciones de vulnerabilidad ante grupos criminales locales:

Biden ofreció en su campaña promover la más ambiciosa reforma migratoria, sin embargo, no le fue posible por la crisis económica que ocupó toda su atención, más la imposibilidad de que la Cámara de Representantes de mayoría Republicana, la fuera a apoyar. Por el lado de México, el presidente López Obrador anunció la apertura de la frontera sur y la defensa de los derechos

humanos como ejes de su política. La misma provocó la inmediata reacción de Washington señalando que era responsabilidad del gobierno mexicano no permitir el libre tránsito de personas sin los permisos para migrar. El anuncio provocó enormes caravanas de nacionales de El Salvador, Honduras y Guatemala que, engañados por traficantes, pensaban que podrían cruzar la frontera con EU y reunirse con sus familiares ya residentes en ese país [...] hay un número indeterminado de esos migrantes que se vieron obligados a quedarse en las ciudades fronterizas mexicanas en condiciones de enorme vulnerabilidad frente a las bandas criminales que operan en ellas (*Excelsior*, 22 de octubre de 2023).

Las dificultades de las personas en movilidad se agudizan en su travesía debido a la compleja interacción entre factores económicos, de salud, sociales y políticos. La promesa de una vida mejor y la búsqueda de oportunidades en un nuevo lugar chocan con la cruda realidad de la violencia, la falta de permisos y las políticas migratorias cambiantes. Las contradicciones entre las promesas políticas y la realidad destacan la necesidad urgente de abordar no solo las causas fundamentales de las migraciones, sino también de establecer políticas coherentes que respeten los derechos humanos y aborden los escenarios de vulnerabilidad durante su trayecto, ya que las condiciones precarias en las ciudades fronterizas y las amenazas de bandas criminales se suman a los desafíos enfrentados por las personas migrantes.

### ***Dificultades Durante la Travesía.***

La población migrante se enfrenta a distintas adversidades durante su travesía. Lamentablemente, no se cuentan con estadísticas exactas relacionadas a estas problemáticas. Sin embargo, distintas organizaciones humanitarias han reportado los escenarios en los que esta población se encuentra en México. Estas situaciones incluyen la violencia, siendo susceptibles a ser víctimas de trata, tráfico de personas, reclutamiento forzado por grupos criminales y violencia de género (ACNUR México, 2023a).

De acuerdo con Médicos Sin Fronteras (2023), las personas migrantes se ven expuestas a condiciones climáticas extremas, falta de albergue, acceso insuficiente a alimentación y servicios básicos de agua y saneamiento, lo que impacta negativamente en su salud física y emocional. A lo largo de su camino, enfrentan diversos desafíos, como barreras burocráticas, accidentes, lesiones, extorsión, violencia sexual, desapariciones y la dolorosa separación de sus familias. Además, existe el riesgo constante de fallecer debido a enfermedades, condiciones ambientales adversas o actos violentos (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja IFRC, 2022).

Un ejemplo de la violencia por la cual atraviesa la población migrante es la masacre de San Fernando, Tamaulipas en 2010, con el asesinato de 73 migrantes mayoritariamente centroamericanos, que fue uno de los detonantes para reconocer cómo en México crecían la inseguridad y las violencias en ambas fronteras y sobre las diferentes rutas migratorias que enlazan los movimientos migratorios de Guatemala con el Río Bravo en Estados Unidos. (García y Gaspar, 2020: 56). Asimismo, las constantes detenciones de migrantes en el sur del país organizado por grupos criminales, la masacre de 19 migrantes en Camargo, Tamaulipas, el 22 de enero de 2021 (García y Gaspar, 2023). Y más recientemente, en abril de 2023, el secuestro de una centena de personas mexicanas desplazadas y migrantes internacionales en San Luis Potosí, México (Saíz, 2023).

Estos son hechos que han sido reportados, sin embargo, hay crímenes impunes de los que no se hablan, tales como, el aumento del tráfico y la trata de personas nuevos campos de violencia criminal en perjuicio de las personas en situación de movilidad tras la pandemia de 2020 (Limas, 2023, p. 213).

En México, diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) están dedicadas a brindar apoyo de diversas formas a la población migrante. Entre estas organizaciones se encuentran el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), Médicos Sin Fronteras (MSF), la Organización Internacional para la Migración (OIM), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el

Comité Internacional de Rescate (ICR), la Sociedad Hebrea de Ayuda al Inmigrante (HIAS), Save The Children, entre otras.

A continuación, se presentan dos figuras que detallan las estadísticas derivadas del trabajo con la población migrante llevado a cabo por dos organizaciones humanitarias Médicos Sin Fronteras (MSF) y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Estas estadísticas muestran la necesidad latente de atención médica y psicosocial para las personas en movilidad, resaltando la pertinencia de la labor de estas organizaciones en el país, específicamente en el ámbito de la atención a la población en cuestión. Asimismo, subrayan la urgente respuesta y responsabilidad que recae sobre los diferentes gobiernos implicados en los procesos migratorios.

### Figura 3

*Estadísticas de servicios brindados a población migrante por Médicos Sin Fronteras durante el 2022*

Organización	Estadísticas de servicios	Detalles
Médicos Sin Fronteras (MSF)	67,700 consultas médicas	Atención médica proporcionada a población en movilidad.
	5,300 consultas de servicios anticonceptivos	Acceso a servicios de planificación familiar.
	90 víctimas de tortura tratadas	Tratamiento y apoyo a víctimas de tortura.
	8,800 consultas individuales de salud mental	Atención integral de la salud mental para individuos en movimiento.

*Nota.* Adaptado de *Reporte Anual de Actividades México y Centroamérica 2022*, por MSF, 2022

[https://www.msf.mx/wp-content/uploads/2023/09/iar-2022\\_-23.09.12\\_compressed-1.pdf](https://www.msf.mx/wp-content/uploads/2023/09/iar-2022_-23.09.12_compressed-1.pdf)

La figura 3 resume las estadísticas de servicios proporcionados por MSF a la población en movilidad. Incluye información detallada sobre consultas médicas, servicios anticonceptivos, tratamiento de víctimas de tortura y consultas de salud mental individual. Estas cifras reflejan las necesidades de la población a nivel médico y de salud mental. Las personas en movimiento pueden presentar diversas enfermedades, como infecciones respiratorias, diarreas y problemas de la piel, debido a las condiciones precarias durante su experiencia migratoria, asimismo, lidian con desafíos emocionales, como la tristeza, el miedo y la angustia, debido a las dificultades del viaje y a vivir en lugares inadecuados (MSF, 2022).

#### Figura 4

*Estadísticas de servicios brindados a población migrante por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) durante el 2020*

Organización	Estadísticas de servicios	Detalles
<b>Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)</b>	20,879 consultas médicas	Asistencia médica proporcionada en colaboración con la Cruz Roja Mexicana.
	10,600 mensajes de autocuidado enviados	Asesoramiento digital para autocuidado dirigido a migrantes y organizaciones.
	49 personas migrantes con amputación	Asistencia en rehabilitación física y provisión de prótesis.
	26,864 beneficiadas con mejoras en albergues	Mejoras en infraestructura de albergues para migrantes.
	82,932 llamadas telefónicas	Facilitación del contacto entre familias y reducción de riesgos de desaparición.

	5,837 recibieron agua potable	Distribución de agua potable para prevenir deshidratación en Chiapas y Tabasco.
	6,952 personas visitadas en estaciones migratorias	Verificación de condiciones de detención y acceso a derechos en estaciones migratorias.

*Nota.* Adaptado de México: Informe de actividades 2020 México, por el Comité Internacional de la Cruz Roja

CICR, 2020, <https://www.icrc.org/es/document/informe-de-actividades-2020-mexico>

En la Figura 4 se presentan las estadísticas de servicios proporcionados por el CICR a la población migrante durante el 2020, estos incluyen:

- 1) atención médica, englobando asistencia médica y rehabilitación física.
- 2) apoyo psicosocial: que abarca mensajes de autocuidado, llamadas telefónicas y visitas a estaciones migratorias, asimismo, acciones destinadas a cubrir necesidades básicas, como mejoras en albergues y distribución de agua potable.

Estas estadísticas ilustran la amplia variedad de necesidades presentes entre la población migrante y subrayan la urgencia de abordarlas de manera integral.

Por otro lado, aunque no se cuenten con estadísticas específicas sobre la economía, la salud pública, el índice de suicidios y la violencia hacia las mujeres en la población migrante en situación irregular en México, a continuación, se presentan los registros disponibles en estas áreas en relación con el país. Este análisis resulta relevante para comprender el contexto en el que se encuentra la población en movilidad. En un entorno donde existen deficiencias en la garantía del bienestar para la población nacional, es posible identificar posibles déficits similares o mayores para los migrantes.



### **1.2.2 Contexto Psicosocial de México**

Para comprender mejor la dinámica de nuestra sociedad, es fundamental considerar los datos sociodemográficos más recientes, por ello, en este apartado se retomarán algunos datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y algunos otros del Gobierno de México, con el fin de contextualizar las problemáticas a las que se enfrentan las personas mexicanas y migrantes.

De acuerdo con las cifras publicadas por el INEGI (2023), la población total de México en el 2020 ascendía a 126,014,024 personas. De esta cifra, 61,473,390 eran hombres, representando el 47.80% de la población total, mientras que, 64,540,634 eran mujeres, lo que equivale al 52.20% de la población.

México enfrenta una serie de desafíos importantes en una variedad de áreas, incluida la salud pública, la economía, la seguridad pública, y la violencia de género.

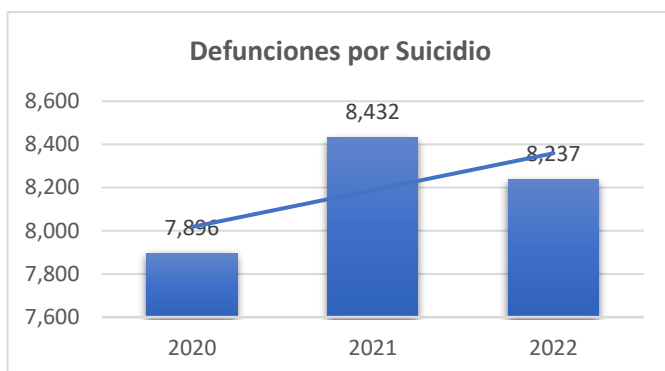
#### **Salud Pública.**

En el ámbito de la salud pública en México, se hace evidente la persistencia de enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Además, se enfrentan desafíos relacionados con discapacidad, salud mental, y consumo de alcohol y sustancias.

#### **Salud Mental.**

La salud mental también es motivo de preocupación, ya que, en 2017, 31,962,005 miembros de familias mayores de 12 años experimentaron sentimientos de depresión, el 39.65% de las personas afectadas correspondía a hombres y un 60.34% a mujeres (INEGI (2018).

En la Figura 5 se muestra a información sobre salud mental proporcionada por el INEGI (2022), estos datos reflejan la importancia de abordar y prevenir el suicidio como un grave problema de salud pública en el país.

**Figura 5***Defunciones por suicidio.*

*Nota.* Adaptado de *Demografía y Sociedad: Salud Mental*, por el INEGI, 2022. <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>

Por otro lado, el 32.5 % de la población de 12 años y más, declaró haberse sentido deprimido en algún momento; el 66.9% indicó que nunca se había sentido deprimido; y un pequeño porcentaje del 0.6% manifestó no saber si había experimentado sentimientos de depresión (INEGI, 2022).

Estos datos revelan que, un significativo porcentaje de la población ha experimentado síntomas de depresión en algún momento de sus vidas. Es fundamental seguir promoviendo la conciencia sobre la salud mental, para prevenir y brindar acceso a los servicios de atención para las personas que puedan necesitar tratamiento y apoyo para enfrentar los desafíos que de este diagnóstico pudieran derivarse.

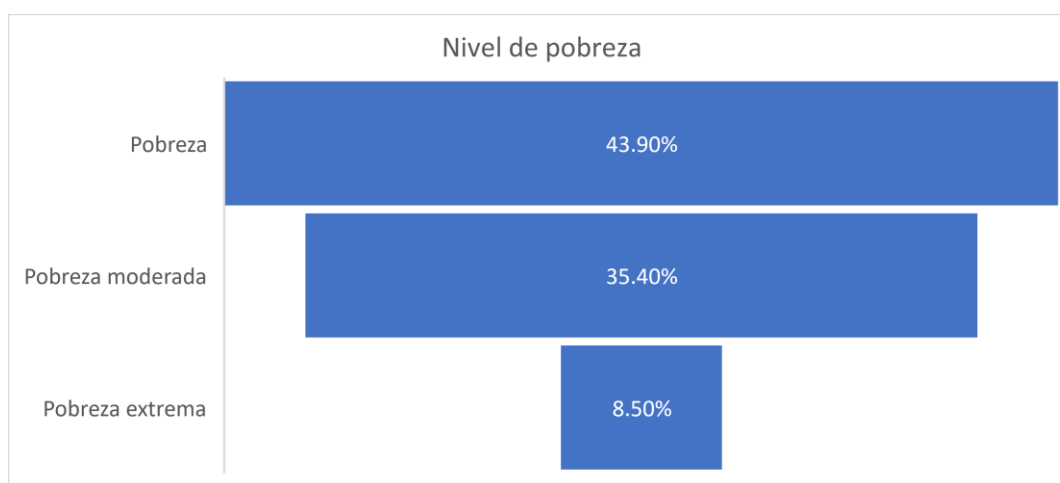
### **Economía.**

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (INEGI, 2018), nos permite dar cuenta de las notables desigualdades económicas en México: el ingreso promedio trimestral a nivel nacional es de 49,610 pesos mexicanos. Sin embargo, se observan diferencias significativas entre las zonas rurales y urbanas, con promedios de 30,016 pesos y 55,495 pesos, respectivamente. Estas desigualdades económicas contribuyen al aumento de la pobreza y la marginación, y se reflejan en marcadas diferencias entre los ingresos de mujeres y hombres.

En la Figura 6 se muestran los resultados del Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social (2023), en donde se observa que el 43.9% de la población total en México se encuentra en situación de pobreza; dentro de este grupo de población en situación de pobreza, el 35.4% se encuentra en pobreza moderada, lo que indica que su nivel de carencias y dificultades económicas es significativo, pero no llega a la extrema; finalmente, un 8.5% de la población vive en condiciones de pobreza extrema, es decir, que enfrenta carencias graves y extremas en términos de ingresos y acceso a servicios básicos.

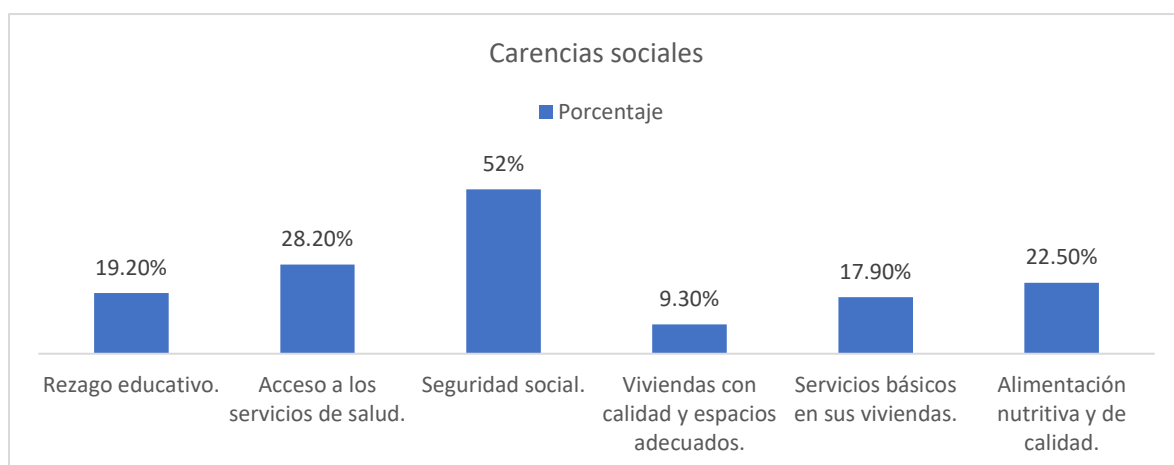
**Figura 6**

*Nivel de pobreza*



*Nota.* Adaptado de *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, por el INEGI, 2018.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018\\_ns\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018_ns_presentacion_resultados.pdf)

A continuación, se identifican los siguientes datos en relación con las carencias sociales a nivel nacional de la población mexicana (Ver Figura 7).

**Figura 7***Carencias sociales*

*Nota.* Adaptado de *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, por el INEGI, 2018. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018\\_ns\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018_ns_presentacion_resultados.pdf)

Estos datos reflejan una situación de pobreza y carencias sociales generalizadas en México, lo que subraya la necesidad urgente de políticas y programas que aborden estos desafíos y mejoren la calidad de vida de la población. Poner fin a la pobreza y promover el acceso a servicios esenciales es un objetivo crítico para el bienestar y el desarrollo sostenible del país. Las cifras presentadas en este informe deben servir como base para la formulación de políticas y acciones concretas orientadas a combatir la pobreza y mejorar las condiciones de vida de la población mexicana. Para obtener más detalles y análisis, se recomienda consultar el informe completo en la fuente proporcionada.

**Seguridad Pública.**

La violencia en México se ha disparado hasta niveles nunca vistos, con más de 250.000 personas asesinadas desde 2006 y una estimación de 61.000 desaparecidos<sup>16</sup> a fecha de enero de 2020. Solo en

2018, hubo registro de 35.964 homicidios<sup>17</sup> en todo el país, es decir 29 homicidios por cada 100.000 habitantes: fueron casi 100 homicidios al día (Médicos Sin Fronteras, 2020).

En cuanto a la seguridad pública, se observa una alta percepción de inseguridad, ya que el 71.3% de la población mayor de 18 años se siente insegura en su ciudad, con porcentajes aún mayores en lugares específicos tales como cajeros automáticos y transporte público. Además, una proporción significativa de la población anticipa que la delincuencia persistirá o incluso empeorará en el futuro, lo que genera un clima de inestabilidad en el ámbito biopsicosocial (INEGI, 2019).

Los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE, 2021) en los años 2020 y 2019 revelan una situación preocupante en cuanto a la victimización y la falta de denuncia de los delitos en México:

- Durante el año 2020, se estima que hubo un total de 21.2 millones de víctimas mayores de 18 años en el país, lo que equivale a una tasa de prevalencia delictiva de 23,520 víctimas por cada cien mil habitantes. Aunque esta cifra es estadísticamente inferior a la estimada en 2019, sigue siendo significativamente alta.
- El 28.4% de los hogares en México tuvo al menos un miembro que fue víctima de algún delito durante el año 2020. Esto indica que la incidencia delictiva afecta a un porcentaje considerable de la población y sus familias.
- Uno de los datos más alarmantes es que en el 93.3% de los delitos cometidos, no se realizó una denuncia formal ante las autoridades o, en caso de que se haya denunciado, la autoridad no inició una carpeta de investigación. Esta falta de denuncia se conoce como "cifra negra" y refleja la desconfianza o el temor de las víctimas hacia el sistema de justicia, así como la impunidad que prevalece en muchos casos.

Estos datos subrayan la importancia de abordar el problema de la victimización y la falta de denuncia de manera integral. Es fundamental mejorar la percepción de seguridad de la población, fortalecer las instituciones de justicia, promover la confianza en el sistema de denuncias y ofrecer apoyo a las víctimas para que se sientan seguras al reportar los delitos. La reducción de la cifra negra es esencial para garantizar la seguridad y el acceso a la justicia de todos los ciudadanos en México.

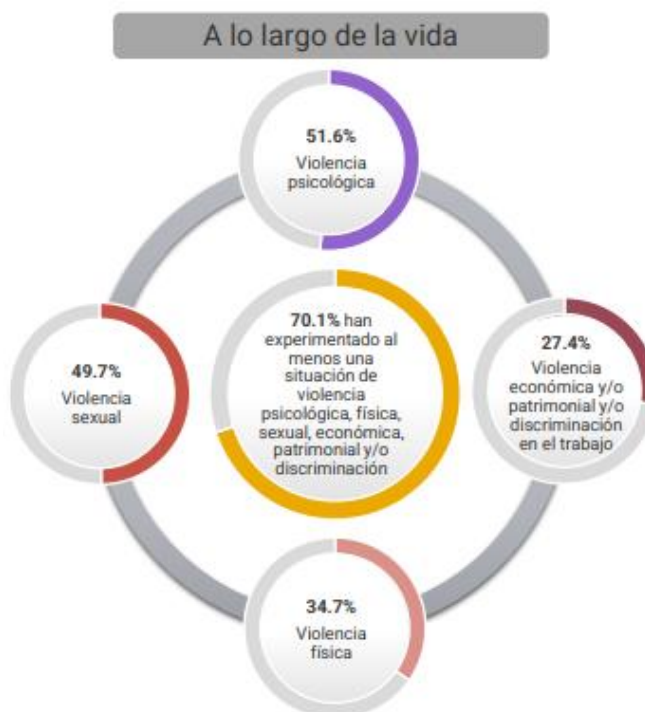
### **Violencia Hacia la Mujer.**

En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDRH, 2021) se presenta un análisis de los diferentes tipos de violencia (psicológica, física, económica/patrimonial) contra las mujeres en México y los ámbitos (escolar, laboral, comunitario, familiar y de pareja) en los cuales estos tipos de violencia se presentan.

Los datos proporcionados en la ENDRH (2021) muestran una preocupante realidad en cuanto a la violencia contra las mujeres en México. El 70.1% de las mujeres de 15 años y más en México han experimentado al menos una forma de violencia en algún momento de sus vidas. Esto indica que una gran proporción de mujeres en el país ha enfrentado situaciones de violencia en diferentes ámbitos. Más de la mitad de las mujeres (51.6%) han experimentado violencia psicológica en algún momento de sus vidas. Cerca de la mitad de las mujeres (49.7%) han experimentado violencia sexual en algún momento de sus vidas. Más de un tercio de las mujeres (34.7%) han experimentado violencia física en algún momento. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres (27.4%) ha enfrentado violencia económica, patrimonial y/o discriminación en sus vidas. Esto puede incluir el control económico por parte de un agresor, la destrucción de propiedad personal o cualquier forma de discriminación basada en género (Ver Figura 8).

**Figura 8**

*Violencia a lo largo de la vida.*



*Nota.* Adaptado de *Mujeres de 15 años o más que vivieron violencia a lo largo de su vida*, por el INEGI, 2021 en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDRH) [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).

Es visible la necesidad de abordar la violencia de género en México a través de políticas y programas efectivos. La violencia contra las mujeres tiene graves consecuencias físicas, emocionales y sociales, y es esencial tomar medidas para prevenirla, apoyar a las sobrevivientes. Además, es importante promover la conciencia pública sobre este problema y fomentar una cultura de respeto, igualdad y equidad de género en la sociedad mexicana.

En cuanto a la denuncia y búsqueda de apoyo:

- La mayoría de las mujeres que experimentan violencia de pareja no solicitan apoyo o denuncian, debido, principalmente, al miedo a las consecuencias (22.2%) y por considerar que no fue algo importante (22.7%) (ENDRH, 2021).
- Es importante destacar que la violencia contra las mujeres es un problema significativo en México, con múltiples formas y ámbitos de manifestación, con una alta proporción de casos que no se denuncian o buscan apoyo. Estos datos subrayan la urgencia de abordar este problema de manera integral, así como promover la conciencia, la acción para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres en todas sus formas.

### ***1.2.3 A Modo de Reflexión***

La complejidad de los desafíos que enfrentan las personas atendidas en la actualidad es evidente y refleja una intersección de factores que afectan el tejido social y la vida cotidiana de las familias. Entre estos desafíos, la migración emerge como un fenómeno crucial que impacta significativamente a comunidades, tanto en México como en otros países.

Los datos revelan una crisis migratoria en México, caracterizada por flujos complejos y vulnerabilidades considerables para las personas y las comunidades afectadas, provenientes principalmente de América Central y del Sur.

Las causas de la migración son multifacéticas, y aunque la búsqueda de empleo sigue siendo un factor central, la violencia, la inseguridad y la persecución también impulsan a un considerable número de personas a abandonar sus países de origen. La situación se agrava por las contradicciones entre las promesas políticas y la realidad, como se evidencia en la respuesta a la apertura de la frontera sur de México y la consecuente vulnerabilidad de los migrantes ante grupos criminales.



Durante su travesía, la población migrante enfrenta una serie de adversidades, desde la violencia y la trata de personas hasta condiciones climáticas extremas y falta de acceso a servicios básicos. Las organizaciones sin fines de lucro desempeñan un papel crucial en brindar apoyo médico y psicosocial, pero las estadísticas indican la urgente necesidad de respuestas integrales y coordinadas por parte de los gobiernos implicados.

El contexto psicosocial en México también presenta desafíos sustanciales, desde la persistencia de enfermedades crónicas hasta altas tasas de depresión y suicidio. Las desigualdades económicas y la inseguridad pública contribuyen a una situación de pobreza generalizada, subrayando la necesidad de políticas y programas que aborden estas problemáticas de manera integral.

La violencia hacia las mujeres es otro aspecto alarmante, con una alta prevalencia de distintas formas de violencia en varios ámbitos. La falta de denuncia y búsqueda de apoyo resalta la necesidad de promover la conciencia pública y garantizar la confianza en el sistema de justicia.

En resumen, la complejidad de los problemas que enfrentan las personas atendidas refleja la interacción de factores sociales, económicos y políticos. Abordar estos desafíos requiere respuestas integrales, políticas coherentes y colaboración entre gobiernos, organizaciones humanitarias y la sociedad en general. La atención a la migración y sus desafíos debe considerarse como parte de una agenda más amplia para mejorar la calidad de vida y promover el bienestar de todas las personas en la sociedad.

### **1.3 Descripción de la Sede en Donde se Realizó el Trabajo Clínico**

Los casos que se presentan en el tercer capítulo se desarrollaron en un contexto de práctica profesional, posterior a la maestría, en el cual ejercí como psicóloga clínica voluntaria. Esta fue llevada a cabo con una organización sin fines lucrativos que acompaña a personas en movilidad.

Las personas asistidas residían en campamentos diseñados para migrantes, donde habitaban y descansaban en tiendas de campaña. En algunas ocasiones, contaban con el respaldo de Organizaciones

No Gubernamentales, las cuales ofrecían apoyo mediante la provisión de agua purificada, ocasionalmente alimentos, acceso a llamadas telefónicas, atención médica básica y atención psicológica.

La población atendida procedía de Latinoamérica y el Caribe. Su migración, se debió a diversas razones, incluyendo la violencia en sus países de origen, el riesgo de permanecer en ellos y la búsqueda de mejores condiciones de vida. Antes de llegar al campamento mencionado, tuvieron que atravesar la selva del Darién, así como diversos países centroamericanos y las fronteras del sur de México. Si bien las migraciones tienen distinciones entre países, encontré que la similitud entre las personas fueron los motivos de salida del país de origen, los motivos de consulta relacionados a violencia y la familia, y el abordaje desde la Terapia de Sesión Única. Por respeto a la confidencialidad y privacidad de las personas, no se proporcionarán más detalles adicionales sobre el contexto específico.

El proceso de admisión de consultantes se llevó a cabo principalmente a través de referencias de colegas y, en muchos casos, por iniciativa propia de las personas afectadas. Las recomendaciones de familiares, amigos(as) o compañeros(as) de campamento también jugaron un papel fundamental en el acceso al servicio. La población migrante atendida presentaba una gama de problemas, incluyendo duelo, experiencias de violencia social y extrema, situaciones de violencia sexual, ansiedad y preocupaciones relacionadas con su proceso migratorio y familiar.

En todo momento, se hizo hincapié en la preservación de la confidencialidad de cada persona que buscaba la atención. Este énfasis garantizó un entorno seguro y de confianza, donde las personas pudieran compartir sus experiencias libremente y recibir el apoyo psicológico necesario para hacer frente a los desafíos emocionales y familiares asociados con la migración.



## Capítulo 2. Marco Teórico

---

En este capítulo, se describen los modelos, enfoques y prácticas que orientaron la intervención en los casos presentados en el Capítulo tres. Además, se exploran los temas transversales que han sido relevantes en los casos estudiados, con un enfoque en el fenómeno de la migración y sus consecuencias. Se examinan las diferentes dimensiones de este fenómeno, desde lo psicológico hasta lo social y lo cultural, proporcionando una comprensión completa de su impacto en las intervenciones realizadas.

### 2.1 Modelos que Guiaron los Casos Clínicos

En la primera sección, se aborda el fenómeno la deserción y el cambio en la terapia, esto con el fin de contextualizar cómo surge la Terapia de Sesión Única

A continuación, se abordan los antecedentes de la Terapia de Sesión Única, seguido de una detallada descripción de las premisas y pasos del modelo para la intervención en un contexto de crisis humanitaria.

Posteriormente, se presenta la postura colaborativa que permea integralmente las intervenciones de la terapeuta, destacando su importancia en la dinámica terapéutica.

A continuación, se examina la Terapia Familiar Feminista, la cual adopta una perspectiva de género para observar e intervenir en la práctica clínica.

Avanzando en el análisis, se exploran las Prácticas Narrativas y la Terapia Breve Centrada en Soluciones, proporcionando una breve explicación de los puntos específicos empleados en las intervenciones.

### **2.1.1 Terapia de Sesión Única**

#### **La Deserción y el Cambio en la Terapia.**

La deserción terapéutica, también conocida como abandono o interrupción anticipada del tratamiento, es un fenómeno complejo y multifacético. Las estadísticas mundiales revelan que entre el 25% y el 50% de los consultantes abandonan el tratamiento inmediatamente después de la primera sesión (Rondón et al., 2009).

Por otro lado, Hoyt et al. (1992, citado en Bobele et al., 2008) sugieren que entre el 30% y el 55% de los pacientes posiblemente solo asistirán a una única sesión. Diversos factores se atribuyen a la deserción del consultante, como el estigma asociado con la salud mental, largas listas de espera, el costo de la terapia, la complejidad y duración de los tratamientos, así como la falta de concordancia entre las expectativas del cliente y del terapeuta (Barrett et al., 2008; Bobele et al., 2008; López et al., 2002).

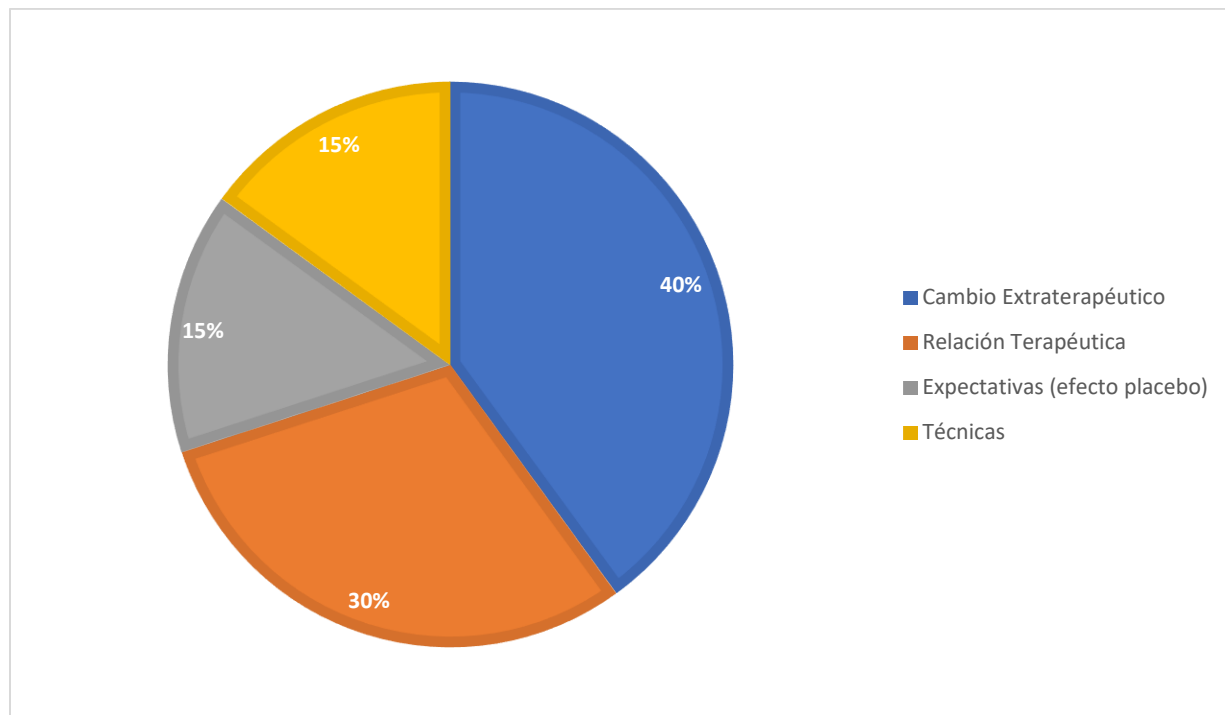
Según Barrett et al. (2008), más del 50% de los clientes pueden experimentar cambios confiables y clínicamente significativos después de una o dos sesiones. Bobele et al. (2008) sugieren que, en ocasiones, terapeutas y clientes deciden mutuamente al final de la sesión inicial que no son necesarias más sesiones. Asimismo, la brevedad y la resolución de problemas concretos son aspectos clave que los clientes desean en un tratamiento psicológico (Barrett et al., 2008).

A pesar de las tasas de deserción, hay terapeutas que, desde modelos teóricos diversos, continúan cuestionando la duración necesaria para que un proceso psicológico alcance un cambio significativo. Argumentan que, si este periodo no se cumple, el tratamiento podría no ser considerado eficaz.

En un estudio, Asay y Lambert (1999) identificaron que todos los enfoques son igualmente eficaces, que hay cuatro factores de cambio en la terapia: el cambio extraterapéutico, la relación terapéutica, las expectativas (efecto placebo) y las técnicas empleadas.

**Figura 9**

*Cuatro Factores para el Cambio en la Terapia*



Nota. Adaptado de *Porcentaje de Mejora en Pacientes de Psicoterapia como Función de Factores Terapéuticos*, por Asay y Larnbert, 1999, en *The Empirical Care for the Common factors in Therapy: Quantitative findings*. En M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. <https://psychodrama.org.nz/wp-content/uploads/resources/empirical-case-common.pdf>

De acuerdo con la Figura 9, el 40% de los cambios que se producen en la terapia están vinculados al *cambio extraterapéutico*, es decir, a la persona. Este aspecto se relaciona con todos aquellos factores inherentes al cliente y al entorno que contribuyen a la mejora, independientemente de su participación en la terapia. Incluye elementos como recursos y estrategias de afrontamiento, esperanzas, creencias y redes de apoyo.

En contraste, un 30% del cambio se atribuye a la *relación terapéutica*, la cual abarca diversas variables que son independientes al modelo teórico del terapeuta. Esto engloba cualidades como la empatía, calidez, aceptación y acercamiento, elementos fundamentales que impactan en el proceso terapéutico.

Otro 15% corresponde a las *expectativas*, identificadas como el *efecto placebo*, es decir, la confianza que la persona deposita en estar siendo tratada por un profesional de la salud mental. Finalmente, otro 15% se relaciona con las *técnicas* empleadas, es decir, las estrategias, tareas y preguntas que el terapeuta plantea durante la sesión. Este último aspecto está más directamente vinculado al modelo terapéutico que el terapeuta utiliza.

El estudio cuestiona la idea de que un modelo o técnica específica de terapia es superior a otros. Los resultados indican que la eficacia de la terapia se encuentra en factores comunes que trascienden las diferencias teóricas. Se enfatiza que los terapeutas deben prestar atención a los factores del cliente, la relación y las expectativas, ya que estos desempeñan un papel fundamental en el proceso terapéutico.

Por lo que, si el modelo terapéutico no es el factor más importante para realizar un cambio en la terapia, el cliente es el común denominador del cambio, la máquina del cambio (Tallman y Bohart, 1999, citado en Duncan et al., 2004). Asimismo, se reconoce que todos los modelos terapéuticos funcionan de buena manera, gracias al cliente (Tallman y Bohart, 1999, citado en Duncan et al., 2004).

La propuesta está en comenzar a tener un cambio de perspectiva como terapeutas acerca del cambio en la terapia, generando conversaciones terapéuticas que involucren activamente a la persona que consulta, reconociéndoles su poder de cambio (Duncan et al, 2004).

### **Antecedentes de la Terapia de Sesión Única (TSU).**

Durante más de dos décadas, diversos autores han explorado la Terapia de Sesión Única en diferentes regiones de Canadá y Estados Unidos, enfocándose principalmente en poblaciones de bajos

recursos socioeconómicos (Slive y Bobele, 2013). Esta Terapia de Sesión Única se desarrolló a raíz de interrogantes sobre la deserción en la terapia después de la primera sesión, la búsqueda de formas para hacer accesible el servicio de terapia psicológica y las mejoras presentadas por algunos clientes después del primer encuentro.

Mientras trabajaba en la clínica de Kaiser Permanente en Hayward, California, Moshe Talmon (1990, como se citó en Cannistrà et al.,2020) notó que muchos clientes solo acudían a la primera sesión. Intrigado por esta tendencia, decidió junto con Michael Hoyt y Robert Rosenbaum (Hoyt et al., 2020) realizar un seguimiento con 200 de estos clientes para indagar sobre las razones de su abandono. Descubrió que el 78% de ellos se encontraban satisfechos después de una sola sesión y reportaron mejoras significativas en el problema que presentaban.

Una investigación adicional, centrada en 60 clientes que participaron en una Terapia Breve planificada, reveló que el 58% asistió únicamente a una sesión, y el 88% informó mejoras sustanciales después de dicha sesión. Estos hallazgos desafiaron las concepciones comúnmente aceptadas de que todo cambio psicológico ocurre de manera gradual y de que todo tratamiento debe ser a largo plazo (Talmon, 1990, como se citó en Cannistrà et al.,2020)

Basándose en estas investigaciones, Talmon sugirió que al acordar de manera clara que se llevaría a cabo únicamente una sesión, se activan los recursos disponibles y se maximiza el valor de cada encuentro (Fry, 2012).

Desde 1990, en Canadá, el Centro Familiar Eastside con sede en Calgary, Alberta, ha adoptado el modelo de sesión única "sin cita previa" como respuesta a la demanda comunitaria, con el objetivo de proporcionar una mayor accesibilidad a los servicios de salud mental (Hoyt et al., 2020).

Además, Harper-Jacques et al. (2008, citado en Campbell, 2012) describen un servicio similar en el Centro de Salud South Calgary (SCHC), donde los clientes, de mayor posición económica, son más jóvenes y menos culturalmente diversos que aquellos que acuden al centro Eastside.

El Centro Reach Out for Kids (ROCK), también en Canadá, implementa el servicio de sesión única (Young et al., 2008, citado en Campbell, 2012) mediante la modalidad "sin cita previa", gestionando así largas listas de espera y buscando hacer el servicio más accesible.

A partir de una investigación desarrollada por el ROCK, el 84% de los 1,000 clientes que asistieron al centro "sin cita previa" indicaron en una escala Likert de 5 puntos que la sesión les fue de ayuda, ya sea en cierta medida o considerablemente. Asimismo, el 87% de los clientes afirmaron que la sesión les ayudó a desarrollar un plan, y el 91% informó que estaban llevando a cabo dicho plan (Young y Cooper, 2008, según lo citado en Campbell, 2012).

En la Universidad de Our Lady of the Lake en San Antonio, Texas, también se ofrece el servicio de terapia de sesión única sin necesidad de cita previa. Por otro lado, en el Reino Unido, Curtis et al. (2010, según lo citado en Campbell, 2012) denominan a su servicio "Wednesday Work It Out Days", siguiendo un formato similar a la mayoría de los servicios de sesión única. Identificando sus enfoques terapéuticos como práctica reflexiva orientada a soluciones y terapia narrativa, proporcionan retroalimentación, principalmente a través de cartas terapéuticas.

Hasta la fecha, se han llevado a cabo diversas investigaciones y se ha implementado el servicio de Terapia de Sesión Única en varios centros y países alrededor del mundo, incluyendo México, Perú, Colombia, Italia, Reino Unido, Alemania, Suecia, Australia, Finlandia, Noruega y Corea del Sur (Cannistrà et al., 2020; Hoyt et al., 2020).

La terapia de sesión única emerge como una estrategia valiosa en la psicología actual, abordando las altas tasas de deserción terapéutica y adaptándose a las expectativas de los consultantes. Este enfoque



no solo aborda la brecha entre las expectativas del consultante y la realidad terapéutica, sino que también reconoce que la resolución de problemas puede lograrse de manera efectiva en un lapso más breve.

La Terapia de Sesión Única considera que el cambio es un proceso inevitable en la vida y que los clientes a menudo solo necesitan el respaldo y la asistencia de los terapeutas durante breves períodos, para permitirles utilizar sus propios recursos y resolver sus problemas (Talmon, 1990; Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974, citado en Campbell, 2012).

Debido a su accesibilidad y flexibilidad en la utilización de recursos, enfoques y prácticas terapéuticas, la Terapia de Sesión Única ha sido reconocida como un modelo viable para la intervención en contextos de crisis humanitaria. Esto se debe a la urgencia y la necesidad de atención rápida que caracterizan estas situaciones.

### **Terapia de Sesión Única (TSU) en Contextos Crisis Humanitaria.**

La Terapia de Sesión Única (TSU) se ha establecido como un modelo terapéutico que utiliza preguntas semiestructuradas para abordar las preocupaciones del cliente con la comprensión de que una sesión puede ser la única (Bloom, 1981, en Paul y Van Ommeren, 2013; Talmon, 1990, en Paul y Van Ommeren, 2013), de manera general se caracteriza por su flexibilidad y creatividad en las intervenciones y el hacer uso de los conocimientos previos de la terapeuta. En contextos de crisis humanitaria<sup>1</sup>, donde los recursos son escasos y las oportunidades de intervención limitadas, este enfoque se vuelve crucial.

Según el Comité Permanente entre Organismos IASC (2007) las personas en situaciones de crisis humanitarias tienen acceso restringido a cubrir sus necesidades básicas y físicas, tales como alimentación,

---

<sup>1</sup> “Aquellos fenómenos en los que convergen distintas formas de sufrimiento humano vinculadas a factores económicos, sociales demográficos, medioambientales, militares o políticos. Tales crisis suelen darse en contextos de pobreza, fragilidad del estado y escasez alimentaria, en los que un desastre natural o un conflicto armado genera la aparición de una crisis alimentaria, enfermedades desplazamientos forzados de población dentro del país o hacia el exterior, y una movilización importante de recursos internacionales en términos de ayuda” (De Cultura De Pau y Armengol, 2003, como se citó en Ceballos y Suárez, 2004, p.58).

albergue, abastecimiento de agua, servicios básicos de salud, atención médica ante enfermedades transmisibles. Lo cual, genera que una de las necesidades sea la atención psicológica de emergencia, sin embargo, la demanda de servicios psicológicos supera las capacidades disponibles para proporcionar ayuda (Akerele y Yur'yev, 2017).

Por ello, considero que, la Terapia de Sesión Única (TSU) es una herramienta valiosa, que permite a los/las terapeutas adaptar diferentes intervenciones terapéuticas según las necesidades específicas de cada persona (Paul y Van Ommeren, 2013). Esta flexibilidad es esencial para abordar las complejidades de las crisis humanitarias y ofrecer apoyo psicológico de manera efectiva y accesible.

Talmon (como se citó en Slive y Bobele, 2013) clasifica la terapia de sesión única en tres categorías: 1) Planificada, donde se acuerda previamente con el cliente la fecha y hora de la sesión, con la comprensión de que será la única; 2) no planificada, en la que el cliente está al tanto de la disponibilidad del servicio y solicita la sesión, con la comprensión de que será única; y 3) aquellas que resultan de la decisión mutua entre el terapeuta y el cliente de que no se requieren más sesiones.

#### *Premisas de la Terapia de Sesión Única (TSU)*

La terapia de sesión única se basa en una serie de premisas que desafían la idea de la terapia a largo plazo, centrándose en la eficiencia, la capacidad de cambio rápido, la colaboración activa entre terapeutas y clientes, así como el acceso al servicio de salud mental.

La comprensión de los supuestos que guían la terapia de sesión única es crucial para ofrecer intervenciones terapéuticas efectivas para los clientes. En la figura 10 se presentan una recopilación de las distintas creencias y supuestos desde las perspectivas de varios autores (Bloom, 2001; Bobele, López, Scamardo y Solórzano; 2008; Bobele y Slive, 2013; Hoyt et.al, 2020; Young et al., 2012; Young, 2013):

**Figura 10***Premisas de la TSU*

<b>Premisas de la TSU</b>
La gente sabe cuándo necesita ayuda.
Ofrecer terapia cuando las personas la solicitan, en lugar de imponerla.
El cambio rápido es posible y una experiencia humana. Esta creencia resalta la capacidad inherente de las personas para hacer cambios significativos en sus vidas.
Los terapeutas comparten sus expectativas con los clientes sobre la rapidez y la cantidad de cambios que se pueden esperar en el proceso terapéutico. Esto promueve la transparencia y la colaboración en la toma de decisiones terapéuticas.
No hay correlación directa entre la duración de la queja y la duración del tratamiento
Cada situación es considerada única, y el enfoque se ajusta a las necesidades individuales.
Menos énfasis en la historia y más en la persona; se necesita saber menos sobre la historia del problema; y más sobre la persona, sus recursos, habilidades y destrezas. El enfoque se centra en el presente y las soluciones posibles.
La mayor oportunidad de cambio se encuentra en las etapas iniciales del proceso terapéutico.
Algunas personas pueden beneficiarse de una sola sesión y es posible que no necesiten un tratamiento continuo.
Cada persona tiene múltiples facetas y versiones de sus problemas y soluciones. La terapia de sesión única reconoce la riqueza y complejidad de la experiencia humana.
Los clientes poseen conocimientos, habilidades y destrezas que pueden ser identificadas y desarrolladas para ayudarles a resolver dificultades actuales.
Los clientes son vistos como expertos en sus propias vidas y saben lo que funciona mejor para ellos.

Los clientes pueden estar menos interesados en la psicoterapia en comparación con los terapeutas, prefiriendo soluciones terapéuticas puntuales.

Verificar durante la sesión que se está en el camino correcto; aclarar lo que el cliente desea de la terapia y del terapeuta.

*Nota.* Adaptado de Bloom, (2001), Bobele et al., (2008) Bobele y Slive (2013), Hoyt et.al, (2020), Young et al., (2012), Young, (2013).

Los autores citados en la figura 10 destacan la importancia de reconocer la capacidad innata de las personas para buscar ayuda cuando la necesitan y la creencia de que cada persona posee múltiples facetas y versiones de sus problemas y soluciones. La terapia de sesión única enfatiza reconocer a los clientes como expertos en sus propias vidas, subrayando que su conocimiento, habilidades y destrezas son cruciales para superar las dificultades actuales; por ello, la postura de quien acompaña es fundamental.

### **Pasos de la Terapia de Sesión Única.**

La Terapia Sesión Única en contexto humanitario implica una serie de pasos (Akerlele y Yur'yev, 2017; Bobele, et al., 2008; Paul y Van Ommeren, 2013; Miller, 2013; Slive y Bobele, 2013; Young, 2006, 2013):

***Preevaluación.*** La preevaluación se trata de evaluar si la persona es candidata para la terapia de sesión única a través de: evaluar los riesgos, evaluar la disponibilidad y el motivo de la consulta.

***Evaluación de Riesgos y Opciones de Intervención.*** Durante la evaluación inicial, es crucial identificar de inmediato posibles riesgos, como ideación o intención suicida, sintomatología que podría requerir atención médica, factores sociales como estar en riesgo. Para este propósito, se puede utilizar escalas de medición de riesgos<sup>2</sup> o depender de la experiencia y percepción clínica del terapeuta.

---

<sup>2</sup> Se pueden utilizar diversas escalas para evaluar la salud mental, entre ellas el Cuestionario sobre la Salud del Paciente 9 por sus siglas en inglés PHQ9 y la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada 7 (GAD7). El PHQ9 es un instrumento auto aplicable que evalúa la presencia y severidad de síntomas depresivos, compuesto por nueve reactivos en escala Likert, que varía de 0

Simultáneamente, se evalúa el tipo de servicio del cual podría beneficiarse la persona, y la decisión se toma de manera colaborativa con el cliente, considerando si es necesario ajustar la ruta de intervención. Por ejemplo, podría dirigirse hacia una intervención en crisis, Terapia de Sesión Única o referencia a otros servicios:

- a) *Intervención en Crisis*. Everly y Lating (2019) definen la intervención en crisis como un cuidado psicológico urgente diseñado para estabilizar y reducir los síntomas de angustia tras un evento traumático<sup>3</sup>, por ejemplo, violencia sexual, asalto, secuestro, pérdida de un ser querido; logrando un estado de funcionamiento adaptativo o facilitando el acceso a una atención continua cuando sea necesario. Los objetivos incluyen la estabilización y mitigación de síntomas agudos, la restauración de un estado psicológico más estable y la reducción del deterioro funcional manifiesto. Este enfoque se elige cuando la persona está en crisis<sup>4</sup>. Ésta es una sesión estructurada, directiva y consta de pasos y orden específicos, un ejemplo de intervención en crisis es el Modelo de Intervención en Crisis de Siete Etapas de Roberts (R-SSCIM)<sup>5</sup>.
- b) *Terapia de Sesión Única*. Cuando la persona no se encuentra en crisis, se puede intervenir desde la Terapia de Sesión Única, la cual, tiene las características de una terapia en una sola sesión, sigue modelos terapéuticos, está centrado en lo que el cliente quiere para la terapia, se negocia y se construye con el/ella la terapia, en ocasiones, la terapia de sesión única se puede convertir en una intervención en crisis, por lo que siempre hay que estar evaluando el riesgo de la persona que

---

(nada en absoluto) a 3 (casi todos los días). Por otro lado, la GAD7 es un cuestionario auto aplicable que evalúa la presencia y severidad de síntomas de ansiedad generalizada, conformado por siete reactivos en escala Likert. Se considera que una puntuación superior a 10 en la GAD7 indica la presencia de ansiedad generalizada (Álvarez-García, 2024).

<sup>3</sup> Cualquier evento poco común que amenaza tu integridad o tu vida ((La Asociación de Facultades, Escuelas e Institutos de Psicología de América Latina AFEIPAL, s. f.)

<sup>4</sup> Roberts y Ottens (2005) describen una crisis como una interrupción aguda del equilibrio psicológico en la que los mecanismos habituales de afrontamiento no son suficientes y hay evidencia de angustia e impedimento de manejarse en su modo usual, esto tras haber vivido un evento intensamente estresante, traumático o peligroso.

<sup>5</sup> Allen R. Roberts y Allen J. Ottens (2005) crearon un modelo de intervención que consta de siete pasos clave que describen las acciones apropiadas a tomar en situaciones de crisis.

consulta. Por ejemplo, la persona puede referir que vivió un evento traumático, sin embargo, no es lo que la trae a consulta, no es un riesgo para otras personas o para ella misma, no hay presencia de síntomas exacerbados relacionados con el evento traumático.

- c) *Referencia*. Cuando se determina que la persona necesita otro tipo de servicio, ya sea urgente, como refugio, alimentos, atención médica u objetivos diferentes, como la necesidad de comunicarse con un familiar, se realiza una referencia a servicios sociales u otras organizaciones que puedan ofrecer el apoyo requerido.

Es crucial diferenciar entre personas que han vivido eventos traumáticos, pero pueden gestionarlo con el tiempo y apoyo social, y aquellas que requieren ayuda psicológica específica, posiblemente también farmacológica, debido a la persistencia de síntomas y dificultades en la vida diaria. El enfoque de intervención se adapta según la evaluación continua de la situación de la persona (Echeburúa, E., y Corral, 2007).

*Evaluar la disponibilidad*. La evaluación de disponibilidad se refiere a explorar cuál es la posibilidad de volver a ver al cliente, ya que los y las terapeutas que colaboran en situaciones humanitarias a menudo se enfrentan a la posibilidad de que sus clientes no vuelvan después del primer encuentro.

*Motivo de consulta*. Identificar cuál es el motivo que llevó a la persona a solicitar el servicio ya que la se evaluaron los riesgos, y se considera que la persona es candidata para la Terapia de Sesión Única, se trabaja con los clientes hacia definiciones de problemas que sean conductuales, observables, específicas y bajo el control del cliente (Walter y Peller 1992, como se citó en Bobele, et al., 2008).; Una pregunta útil puede ser ¿por quién fue referido?, ya que esto puede dar antecedente del problema, por ejemplo, un familiar, amistad, médico.

*Encuadre de la sesión*. El encuadre de la sesión consiste en: explicar en qué consiste la terapia de sesión única e informar acerca de la duración que tiene; proporcionar un formato de consentimiento

informado y recordarles que pueden regresar al servicio, pero, si es así, es probable que vean a otro terapeuta, ya que en el contexto de crisis humanitario es usual que el equipo no sea el mismo.

**Ejes de intervención en la sesión única.** Los ejes de intervención se dividen en: aprender lo que el cliente quiere; desarrollar un entendimiento contextual; conocer a la persona más allá del problema.

**Aprender lo que el cliente quiere (Slive y Bobele, 2013).** Se trata de la exploración sobre la asistencia prioritaria que el cliente requiere actualmente; priorizar las necesidades inmediatas y esenciales, como las de refugio, acceso a atención médica, a la ingesta/uso de agua, y resguardar su seguridad. Algunos ejemplos de preguntas son, ¿Cuál es la preocupación más importante que tienes en este momento?, ¿Qué esperas de esta conversación/sesión?

**Desarrollo de un entendimiento contextual.** En este proceso, es fundamental comprender por qué la persona está buscando apoyo en este momento, así como considerar el contexto social en el que está inmersa la persona para entender sus posibilidades y explorar soluciones frente a la problemática. Algunos ejemplos de preguntas son: *¿Por qué decidiste venir hoy? ¿Por qué ahora?*

*Identificar ¿qué personas están involucradas? Y ¿cómo estas personas se involucran en los patrones del problema?*

**Conocer a la persona fuera del problema.** Identificar con los clientes los factores clave de resiliencia, por ejemplo, relaciones familiares sólidas, perspectivas positivas, convicciones espirituales, sentido de esperanza, sentimientos de control personal, creatividad o humor; Explicar el papel de los factores de resiliencia como componentes cruciales del proceso de avanzar y reconstruir sus vidas (Young, 2006). Preguntas como *¿Qué fortalezas nos sería útil conocer de ti?*, puede ser de utilidad para que la persona pueda verse más allá del problema y percatarse de cómo ha sido capaz de responder y resistir ante contextos y circunstancias de desigualdad y violencias extremas.

***Ir a lo pequeño.*** Aquí el/la terapeuta pretende ayudar al cliente a identificar y priorizar sus objetivos y problemas; contribuir a que comprenda que los múltiples problemas y objetivos pueden abrumar al cliente o aumentar sus sentimientos de pérdida de control y favorecer la sensación de control del cliente, ayudándolo, por ejemplo, a pensar en pequeño en vez de lo global o en grande, para si poder concentrarse en el siguiente paso que puede dar (incluso si es en la sesión). frases como “El cambio es constante y... los cambios pequeños llevan a algo grande...”, ayudan, así como la siguiente pregunta ¿Cuál sería el cambio más pequeño necesario para mostrarte que las cosas van en la dirección correcta? (Slive y Bobele 2013).

***Cierre.*** Al final de una sesión única, el cliente irse de la sesión con un plan de cómo resolver su problema, así como tener presente sus recursos, herramientas, destrezas y habilidades (Campbell, 2012). Una intervención esencial implica el empleo de elogios durante la sesión y concluirla. Se busca activamente cualquier ocasión para reconocer y enfatizar los aspectos positivos (O'Hanlon y Weiner Davis, 1989). En este momento es importante preguntarse si es necesario seguimiento, si es viable o posible, y si se requiere de alguna referencia o derivación a algún otro servicio. Es importante tener conocimiento de los servicios de salud mental y psicosociales existentes para distintas problemáticas del contexto para asegurar la construcción de sistemas de apoyo (Paul y Van Ommeren, 2013).

La Terapia de Sesión única se presenta como un enfoque terapéutico adaptable y accesible en contextos humanitarios, centrado en las soluciones y los recursos que la persona tiene, así como en la colaboración activa entre el terapeuta y el cliente. Su flexibilidad y enfoque pragmático lo convierten en una herramienta valiosa para ofrecer apoyo psicológico efectivo en contextos de crisis.

### ***2.1.2 La Postura Colaborativa***

Una terapeuta con postura colaborativa muestra una actitud que le comunica al otro que vale la pena escuchar lo que tiene que decir, que se le ve como un ser humano único y no se le categoriza como



miembro de cierto grupo o tipo de personas (Tarragona, 2006), es decir, desde una *postura no-patologizante* (Sesma, 2011).

A continuación, se presentan una recopilación de las distintas creencias y supuestos desde las perspectivas de varias autoras acerca de las características de la postura colaborativa:

- *La transparencia*, es decir, la agenda es informada, las decisiones se toman con base a la perspectiva de los clientes, la terapeuta escucha, oye y afirma lo que el cliente cree y decide (González y Faubert, 2019).
- Se fomentan *conversaciones abiertas* asegurando que todo lo expresado por la terapeuta sea accesible para el cliente (Andersen, 2018).
- La postura de *curiosidad genuina* (Sesma, 2011), es decir, interés genuino por las personas y el *conocimiento local*, es decir, por lo que el cliente sabe sobre su experiencia y su situación, más que por una teoría general que la explique (Tarragona, 2006), asimismo, lo que valoran y prefieren para su vida (Young, 2013), sus historias, sus narrativas, su lenguaje y sus significados.
- La terapeuta adopta una postura de *no saber*, reconociendo que no tiene acceso a información privilegiada y siempre está dispuesta a aprender más sobre la perspectiva del cliente (Tarragona, 2006).
- *La experticia en las relaciones* (Anderson, 2012, traducción por la autora), el cliente y la terapeuta aportan una experiencia específica al proceso:
  - La terapeuta considera que *el cliente es el experto* sobre su propia vida, (Anderson, 2003, como se citó en Tarragona, 2006). La terapeuta respeta la historia del cliente y toma en serio lo que éste tiene que decir y la manera en la que quiere expresarlo.
  - La terapeuta es *experta en los procesos conversacionales*, es decir, tiene la responsabilidad de crear un espacio conversacional que invite al diálogo, a la exploración

conjunta y a la colaboración al definir y “disolver” los problemas (Anderson, 2003, como se citó en Tarragona, 2006)

- *Multiplicidad de perspectivas.* Tarragona (2006), es decir, existen muchas perspectivas y diferentes significados posibles para cualquier evento de la vida, se valora la pluralidad y la complejidad y con frecuencia se buscan maneras de incluir distintas ideas o voces en las sesiones, en donde la terapeuta puede traer a la conversación terapéutica todas sus diversas áreas de experiencia y conocimiento. Estas ideas pueden venir de libros, autores, colegas, teorías, películas, literatura, historia, metáforas, amigos, de sus propias experiencias, de otros modelos terapéuticos o de cualquier lugar siempre que sea relevante y pertinente para el proceso (Sesma, 2011)
- *Ofrecer sin imponer,* es decir, el terapeuta aporta, comenta o sugiere durante la conversación como una invitación y un ofrecimiento, y no como una imposición u obligación (Sesma, 2011).
- *La incertidumbre,* es importante capacidad de la terapeuta para confiar, esto implica asumir riesgos y estar abierto a lo imprevisto (Anderson, 2012).
- La terapeuta trata de seguir el paso y el ritmo de la narración del cliente y de mantener sus preguntas dentro de los parámetros de los problemas y soluciones descritos por el cliente (Anderson, 2003, como se citó en Tarragona, 2006).

La terapeuta con postura colaborativa explora el tema elegido por el cliente y cuidadosamente indaga qué pasa en esas situaciones narradas (Sesma, 2011). Se escucha lo que los clientes dicen, evitando interpretar el diálogo interno de la terapeuta sobre lo que cree que quisieron decir (Andersen, 2018), es decir, se asegura de entender lo que le están diciendo. Asimismo, es importante destacar el trabajo de *cada proceso a la medida*, ya que más que trabajar con los clientes con un modelo o técnica de terapia específico, la terapeuta trabaja con la postura de la terapia colaborativa, por lo que, cada proceso es diferente con cada cliente (Sesma, 2011).

### **2.1.3 Terapia Familiar Feminista**

Goodrich et al., (1989) definen al feminismo como un movimiento filosófico, el cual nombra y destaca las diferencias de poder y subordinación que las mujeres viven en el día a día, a causa del patriarcado. María Elena Acuña (2019) menciona que, el significado literal de patriarcado es “gobernado por el hombre jefe de la unidad social”, sin embargo, el concepto se ha transformado a “sistema social de dominación masculina sobre las mujeres”.

Algunas otras corrientes del feminismo consideran que, el patriarcado se expresa principalmente en la organización de la familia. Considerando a la familia como un sistema social donde se transmiten y manifiestan los valores de la sociedad, junto con sus expectativas, roles y estereotipos de género (Goodrich, et al., 1989). Walters et al., (1991) mencionan el presupuesto patriarcal de *complementariedad de los roles*, en donde las tareas instrumentales corresponden a los hombres, por ejemplo, mantener económicamente a su familia; por otro lado, la mujer tiene la responsabilidad de las tareas emocionales, es decir, cuidar, generar y optimizar las relaciones, de modo que, se ve al padre como *jefe*, lo cual, en una sociedad patriarcal, se traslada a ser la autoridad en la sociedad; en cuanto a la madre, se le mira como una *guardiana*, por ende, cumple con lo establecido socialmente, teniendo la responsabilidad de mantener la paz y serenidad en la sociedad, esto también se relaciona con lo que es considerado como una familia *normal* (Goodrich, et al. 1989).

Las tareas entonces son asignadas con relación a tres supuestos principales (Goodrich et al., 1989): 1) los hombres creen que deben tener siempre el privilegio y el derecho de controlar la vida de las mujeres, es decir, hay un individuo poderoso (hombre) y otro impotente (mujer); 2) las mujeres creen que son responsables de todo lo que va mal en una relación humana; 3) las mujeres creen que los hombres son esenciales para su bienestar. A partir de estos supuestos se construyen las relaciones humanas, en donde se da pie a que las interacciones se basen en cómo debe ser una mujer y cómo debe ser un hombre, responsabilizando a la mujer de satisfacer al prójimo.

Peggy Papp (1991) menciona que, hay *programa de feminización*, cuyo objetivo principal es que la mujer asuma el cuidado de otros y ayude al crecimiento de las demás personas; se les estereotipa como seres afectuosos, con empatía y expresividad emocional. Asimismo, las mujeres se autoevalúan constantemente en relación con estar dando lo suficiente o estar siendo lo suficientemente buenas para los otros. Al pensar en el crecimiento de los otros menos en el propio, se promueve que la mujer sea dependiente, siendo el factor económico uno de los más evidentes. Por otro lado, también habla del *programa de masculinización*, a diferencia de la mujer, el hombre es preparado para centrarse en el logro, por lo cual, se le enseña a prevenir, calcular y controlar, generando que, el hombre no esté en contacto con la sensibilidad y empatía ante las necesidades de los otros.

Las mujeres y hombres dependen, de diferente forma, uno del otro: las mujeres esperan que se les sea reconocido el esfuerzo y dedicación que le dan a la relación, sin embargo, el hombre al notar esto, se aleja por la sensación de exigencia y obligación. No obstante, sigue presente con el fin de alimentar la dependencia y su propio ego; las mujeres en ocasiones se muestran débiles ante el hombre, con la intención de que se sienta fuerte y con poder; la mujer teme que, en algún punto, si llega a no mostrarse de esa forma, el hombre lo perciba como agresiva, y por lo tanto, dañe la relación. Entonces, la mujer desarrolla distintos patrones de comunicación, por ejemplo, ponerse a la defensiva, aislarse, llorar, o desarrollar algún síntoma; cuando esto sucede, el hombre puede considerarlo como manipulación o incluso como inestable. Por otro lado, el hombre al no haber aprendido cómo expresar sus sentimientos y necesidades, si la mujer no adivina lo que desea, esto puede generar discusiones en torno a otras situaciones siendo exigentes. Asimismo, al expresar sentimientos como la tristeza, temor y soledad podría cuestionar su masculinidad tradicional (Papp, 1991).

Walters et al. (1991) plantean la idea de una *simetría de roles*, es decir, donde hombres y mujeres desempeñan las mismas tareas de manera equitativa. En respuesta a esta perspectiva, las autoras proponen una terapia feminista basada en los siguientes puntos:

- Identificación del mensaje y las construcciones sociales basados en el género que condicionan la conducta y los roles según el sexo; mirar la construcción de los roles de género e identificar los que se presenten de manera explícita e implícitamente.
- Reconocimiento de las limitaciones reales del acceso femenino a los recursos sociales y económicos.
- Apercibimiento de un modo de pensar sexista que restringe las opciones de las mujeres para dirigir sus propias vidas.
- Reconocimiento de que las mujeres han sido socializadas para asumir la responsabilidad primordial por las relaciones familiares.
- Reconocimiento de los dilemas y conflictos de tener y criar hijo en nuestra sociedad.
- Apercibimiento de ciertos patrones que dividen a las mujeres en las familias en tanto buscan adquirir poder a través de sus relaciones con los hombres.
- Afirmación de los valores y conductas características de las mujeres como la vinculación, emotividad y afectuosidad.
- Reconocimiento y aprobación de las posibilidades para las mujeres fuera del matrimonio y la familia.
- Ninguna intervención es prescindente del género y que toda intervención tendrá un significado diferente y especial para cada sexo.

Tomando en cuenta estos puntos se genera una terapia feminista en donde se toma en cuenta los marcos sociales en los cuales mujeres y hombres nos desarrollamos, asimismo, identificando las diferencias en cuanto a los estatutos de poder y desigualdad.

#### **2.1.4 Prácticas narrativas**

Las prácticas narrativas evitan generar culpa y promueven relaciones de respeto hacia las dignidad y vida de las personas, situándolas como expertas en sus propias vidas. Desde aquí, se consideran que, las

personas son separadas de los problemas, asumiendo que poseen habilidades, recursos, creencias, valores, compromisos y capacidades que les permiten disminuir la influencia de los problemas en sus vidas (Morgan, 2000).

Una de las principales premisas de las prácticas narrativas es que “los problemas existen fuera de la gente, relaciones y en contextos. La persona no es el problema; el problema es el problema” (Young, 2013, p. 243).

Otra idea principal es la *agencia personal*, de acuerdo con Tarragona (2006), esto se refiere a la posibilidad de tomar decisiones que nos acerquen a lo que queremos lograr en la vida, a lo que preferiríamos hacer y cómo nos gustaría ser, es decir, “ir en el asiento del conductor de la propia vida” (White y Epston, 1989, como se citó en Tarragona, 2006).

Tomoko Yashiro (2013) refiere que las personas tienen historias dominantes, éstas representan las explicaciones negativas y limitantes que están establecidas de manera predominante en la vida de las personas, dando sentido a qué tipo de persona es y cómo es el mundo con ella. Un ejemplo de historia dominante sería decir “siempre me sale todo mal, ¿para qué lo intento?, soy una mala hija, mala madre, o una mala persona”, una vez establecido este tipo de explicación sobre sí misma y sobre el mundo, la persona tendrá dificultad de integrar una experiencia que no concuerde con ella.

***Conversaciones de Remembranza.*** Russell y Carey (2002) refieren que, Michael White (1997) introdujo el concepto de remembranza en las prácticas narrativas, proponiendo que nuestras identidades están moldeadas por un “club de vida”. Este concepto sugiere que ciertas personas en nuestro entorno tienen roles significativos en nuestra autopercepción, siendo algunas más influyentes y respetadas que otras. White describió estos roles como diferentes “rangos” o “estatus” dentro del “club de vida”; es decir, se da más importancia a las opiniones de ciertas personas, considerándolas con un estatus de membresía más alto, mientras que, damos menos credibilidad a otros, asignándoles un estatus de membresía más

bajo o menos significativo. El “club de vida” representa la red de relaciones que están involucradas la construcción de nuestra identidad. En este tipo de conversaciones la persona reconoce la influencia positiva que otras personas han tenido en su vida, así como también reflexiona sobre la influencia que ella misma ha ejercido en los demás (Young, 2014). *Preguntas como las siguientes pueden ser útiles para ello: ¿Qué crees que esto que hiciste o esta decisión que tomaste podría decirnos de lo que es importante para ti?, ¿Cómo aprendiste que esto es importante para ti?, ¿Con quién lo aprendiste?, etc.* La idea principal al hacer este tipo de preguntas es subrayar cómo la identidad se constituye en el contexto de estas relaciones entrelazadas (Tarragona, 2006).

### **2.1.5 Terapia Breve Centrada Soluciones**

Este enfoque fomenta un pensamiento que no aborda directamente el problema, sino que busca soluciones, sin importar cuán lejanas puedan parecer. El núcleo central de esta metodología se enfoca en las fortalezas y habilidades de los clientes. Se inclina notablemente hacia la búsqueda de cambios y soluciones en lugar de enfocarse en la comprensión y explicación. Asimismo, atender las excepciones al problema, preguntándose ¿en qué momentos no ha estado presente el problema?; explorar excepciones puede ser una tarea compleja, de acuerdo O'Hanlon y Weiner-Davis (1989). A continuación, se describen algunas estrategias plateadas por los autores para lograrlo:

*Regresar al futuro (Preguntas de avance rápido):* Cuando las excepciones no se recuerdan y no surgen soluciones del pasado o presente, se realizan preguntas orientadas hacia el futuro. Se alienta a los clientes a imaginar un futuro sin el problema y describirlo. Esta técnica es una variante de la pregunta del milagro (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

*Indagar sobre el problema:* Si el cliente no puede describir excepciones o responder preguntas orientadas hacia el futuro, se recopila información sobre el problema.

*Preguntas presuposicionales:* Al responder estas preguntas, los clientes se ven obligados a aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable, siguiendo la regla básica de que las preguntas deben ser abiertas.

*Normalización:* Según O'Hanlon y Weiner-Davis (1989), las intervenciones en la primera sesión y las siguientes podrían incluir. Aquí se guía la sesión considerando la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en lugar de verlo como algo psicológico o patológico. Se normalizan las sensaciones y pensamientos comunes en personas que han experimentado pérdidas y eventos traumáticos.

***Soluciones intentadas.*** Es importante recordar que, las personas tratan y han intentado resolver el problema por sí mismas. Por ello, es útil explorar ¿Qué cosas has intentado para solucionar el problema? pero, además, identificar con la persona sus fortalezas y recursos. Aquí se parte del supuesto de que las personas aprenden de sus recursos, fortalezas y resiliencia personal e interpersonal a partir de experiencias previas de pérdida, pero que a la par pueden requerir apoyo en el proceso para avanzar y reconstruir sus vidas. Sin embargo, las experiencias previas y el reconocimiento de recursos son muy útiles en este proceso; investigar enfoques previos para evitar repeticiones ineficaces y considerar estrategias que hayan funcionado en el pasado; explorar estas preguntas resulta crucial para elevar la esperanza del cliente, marcando así el primer paso hacia la solución.

## **2.2 Análisis y Discusión de los Temas que Sustentan los Casos Clínicos**

A continuación, se describen los temas transversales que han surgido como puntos cruciales en los casos analizados. El foco será específicamente las vulnerabilidades, retos, y violencias que viven las personas en movilidad. La migración, como fenómeno, trasciende fronteras y afecta a individuos y comunidades en diversos niveles, desde el bienestar emocional hasta las estructuras sociales y los sistemas de valores culturales.



Como se expuso en el primer capítulo, México enfrenta actualmente una crisis migratoria, este fenómeno se caracteriza por un notable flujo de personas desplazándose a lo largo del país, enfrentando riesgos y viviendo en condiciones precarias.

En el contexto de las migraciones, diversos elementos como género, clase, origen nacional, raza, etnicidad, edad, condición migratoria y religión desempeñan un papel crucial al incidir directamente en la vida cotidiana tanto de mujeres como de hombres; estos factores ejercen una influencia determinante en el acceso a derechos y oportunidades, dando forma a las situaciones de privilegio o de exclusión que emergen como consecuencia (Magliano, 2015).

### ***2.2.2 Retos, Vulnerabilidades y Violencias Durante el Viaje***

Salcedo Zárraga et al., (2014) refieren que, el migrar, ya sea por elección o por coacción, implica una serie de pérdidas significativas, incluyendo la desaparición de seres queridos, la pérdida de las condiciones de vida originales y la ruptura de redes de apoyo y comunitarias. Durante su viaje, los migrantes se enfrentan a amenazas constantes que pueden afectar su integridad física, psicológica y emocional. Estos riesgos se dividen en tres categorías principales:

1. **Detenciones y Deportaciones:** Los migrantes son susceptibles a la detención por parte de autoridades migratorias, lo que los expone al robo y al maltrato físico y verbal. La posibilidad de deportación es una constante, generando vulnerabilidad y estrés continuos. Existe una práctica sistemática de deportaciones exprés sin respetar el debido proceso, el derecho al asilo y sin verificar si la vida de estas personas devueltas corre peligro al ser regresadas a sus países de origen (Saíz, 2023, pp. 15-16).
2. **Accidentes y pérdidas:** Durante el trayecto, los migrantes enfrentan amenazas como caídas de trenes, otros vehículos o ríos, lo que puede resultar en lesiones graves e incluso la muerte y la pérdida de familiares.

3. Violaciones de los Derechos Humanos: Los migrantes son víctimas comunes de diversas violaciones, incluyendo robo, abuso verbal, físico y sexual, asalto, estafa, violación sexual, secuestro, trata y tráfico de personas, ocasionadas tanto por autoridades como por particulares.

Las personas migrantes en México enfrentan discriminación, maltrato y diversas formas de violencia (Saíz,2023). Según Médicos Sin Fronteras (2020), las prácticas abusivas de los Gobiernos de Estados Unidos y México, como la detención de migrantes en condiciones inhumanas, tienen un impacto significativo en la vida y la salud de estas personas. La permanencia en centros de detención está directamente vinculada a episodios de estrés agudo, siendo un factor desencadenante potencialmente traumático. La criminalización de la migración ha generado informes de trato inhumano en dichos centros, exponiendo a los migrantes a condiciones de vida en las cuales sus necesidades básicas no pueden ser completamente satisfechas.

### **Las Violencias en la Vida de los y las Migrantes.**

Galtung (1969) describe a la violencia como la causa de la discrepancia entre lo que podría haber sido, el potencial, y lo que realmente es, lo actual. Asimismo, argumenta que la violencia es aquello que aumenta la distancia entre estas dos cosas o que impide que esta distancia disminuya.

Se destaca que cuando el potencial es mayor que lo actual, es considerado evitable, y cuando es evitable, entonces la violencia está presente. Por otro lado, si lo actual es inevitable, incluso si está en un nivel muy bajo, no se considera violencia. Por ejemplo, la esperanza de vida, señalando que una esperanza de vida corta en el pasado no sería considerada violencia, pero la misma esperanza de vida hoy, debido a guerras o injusticia social, sí se vería como violencia (Galtung, 1969).

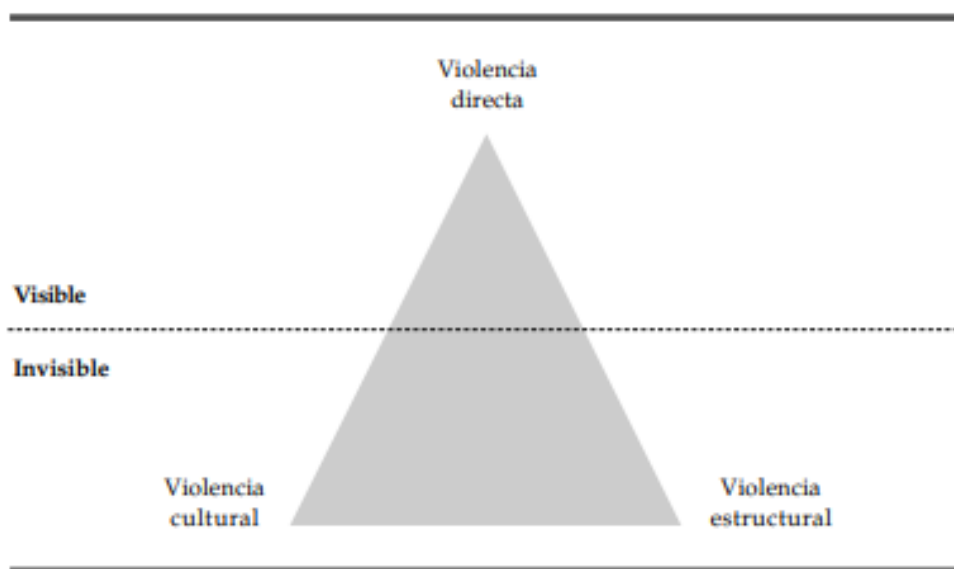
La vida de los y las migrantes se encuentra permeada por diversos factores que moldean su experiencia, y entre ellos, la violencia estructural emerge como un elemento crucial. Johan Galtung (1999) proporciona una perspectiva sobre la naturaleza de la violencia y sus raíces, destacando cómo la violencia

directa, la física, psicológica y/o económica, es decir, la visible, se origina en una cultura y estructura que, por sí misma, es inherentemente violenta, sin embargo, invisible. Esto quiere decir que en la violencia directa se sabe quién ejerce la violencia y se ven los efectos, por otro lado, en la violencia estructural y cultural no se ve directamente quién lo ejerce, sino, la sociedad y la comunidad.

Galtung (1999) desmonta el concepto común de que la violencia es intrínseca a la *naturaleza humana*, argumentando que el potencial para la violencia, al igual que el potencial para el amor, existe en la naturaleza humana, pero las circunstancias condicionan su manifestación. La violencia cultural se manifiesta a través de mitos y narrativas que justifican la violencia directa, mientras que la violencia estructural se arraiga en las estructuras sociales y globales, generando resultados injustos para diferentes comunidades de la sociedad.

### Figura 11

#### *Triángulo de la Violencia*



*Nota.* Adaptado de *Triángulo de la Violencia*, de Johan Galtung, 1999. Tras la violencia, 3R: Reconstrucción, Reconciliación, Resolución: Afrontando Los Efectos Visibles e Invisibles de la Guerra y la Violencia.

El triángulo de la violencia (Galtung, 1999) refleja la posición de las distintas violencias ante lo que es visible e invisible. Siendo la violencia directa (visible) un tipo de violencia que es ejercida por una o varias personas en específico, sin embargo, la violencia directa refuerza la violencia estructural y cultural. Es esencial reconocer que los efectos invisibles, como el odio o rechazo a una comunidad en específico, pueden tener consecuencias más perjudiciales que los efectos visibles de la violencia.

Cuando nos adentramos en la vida de los migrantes, la violencia estructural se manifiesta en formas específicas. Galtung (1999) señala que la explosión de la violencia suele tener dos causas estructurales, la dominación política u opresión económica, y la distancia entre clases o grupos, incluso entre países. Esta combinación puede dar lugar a fenómenos como la exclusión social o la marginación, llegando a extremos como la atomización, una sociedad que ejerce violencia y se presenta carente de tejido social.

La perspectiva de Galtung también destaca la importancia de desmitificar los roles de género, especialmente la conexión entre masculinidad y violencia. La realización masculina vinculada a la violencia y la glorificación de ciertos comportamientos refuerzan la violencia directa y estructural. Más del 90% de la violencia directa en el mundo es perpetrada por hombres, lo que subraya la necesidad de desafiar los mitos masculinos para abordar eficazmente la violencia (Galtung, 1999, p. 74).

Johan Galtung refiere que la violencia directa como la estructural tienen un impacto profundo y las consecuencias en las personas y las comunidades cuando el *orden establecido se ve desafiado*. El autor lo describe como un “trauma”, en este contexto, el trauma no se refiere exclusivamente a eventos físicos o psicológicos individuales, sino que se amplía para abarcar experiencias colectivas que afectan a comunidades enteras:

Tanto la violencia directa como la estructural son generadoras de ansiedad y desesperación cuando el orden establecido se ve desafiado. Cuando esto sucede súbitamente podemos hablar

de un trauma. Cuando se traslada a un grupo, a una colectividad, tenemos un trauma colectivo que lo envuelve todo y que puede sedimentar en el subconsciente grupal y se convierte entonces en la materia prima para los principales procesos y acontecimientos históricos (1990, p. 155)

En ese sentido, la población migrante a menudo se encuentra desafiando el *orden establecido* en los países de destino. Este desafío puede ser resultado de políticas migratorias restrictivas, discriminación cultural o barreras socioeconómicas. La confrontación con estas estructuras establecidas puede generar tensiones y experiencias traumáticas.

Las dificultades y adversidades compartidas por la población migrante pueden dar lugar a un trauma colectivo. Este trauma no solo se limita a las experiencias individuales, sino que se amplifica al afectar a comunidades enteras que comparten similares desafíos y dificultades en su proceso migratorio. El trauma colectivo puede influir en la construcción de la identidad de la población migrante. Las experiencias de violencia estructural y directa pueden moldear la percepción que los migrantes tienen de sí mismos y de su grupo, impactando en la formación de una identidad colectiva.

En el caso de la población migrante, estas experiencias traumáticas pueden influir en la manera en que se desarrolla la historia de esa comunidad migrante en el país de destino, afectando sus interacciones con la sociedad local y su participación en la construcción de la historia de la nación.

La violencia estructural, representada a través de condiciones del camino y políticas migratorias desfavorables para la población como parte integral de la vida de los migrantes, se manifiesta a través de la cultura y la estructura de la sociedad, generando consecuencias visibles e invisibles. Asimismo, la violencia directa que se presenta en la travesía en donde grupos armados hacen uso de la fuerza para obtener dinero y poder. La conexión entre el concepto de trauma colectivo y la población migrante se establece a través de las experiencias compartidas de desafío, adversidad y violencia que enfrentan en el

proceso migratorio, y cómo estas experiencias colectivas pueden tener repercusiones significativas en su identidad y su contribución a la historia de la sociedad en la se establecen.

### **El Género en el Marco de la Migración.**

El Instituto Latinoamericano de la Familia, ILEF (2017) refiere que, en el contexto de la migración, las diferencias de género tienen profundas implicaciones psicosociales. Antes de la migración, las estructuras de género en las familias solían ser conservadoras, con hombres como proveedores económicos y mujeres dedicadas a las tareas del hogar. A menudo, los hombres no expresaban emociones profundas y se esperaba de ellos que fueran los pilares emocionales de la familia. Esta socialización machista resultó en hombres que se sobrecargaban emocionalmente y se veían obligados a ocultar sus miedos y angustias para no preocupar a sus familias.

Los roles de género adquieren una dimensión aún más preocupante y restrictiva durante el proceso migratorio, donde las expectativas tradicionales sobre cómo debería ser un hombre se intensifican. En este contexto, los hombres se ven sometidos a una presión abrumadora al asumir el rol de "jefes de familia" durante la travesía, enfrentándose a la necesidad de tomar decisiones cruciales y de no decir en voz alta los peligros que acechan. La carga emocional que conlleva esta responsabilidad lleva a muchos hombres a ocultar sus sentimientos, sumiéndose en un estado de malestar físico marcado por el agotamiento.

Según Michael Kaufman (1999), paradójicamente, las estructuras de poder social e individual que los hombres han construido a lo largo del tiempo se convierten en una fuente de temor, aislamiento y sufrimiento. La concepción del poder como dominación y control impone la construcción de una armadura personal y una distancia temerosa hacia los demás.

Asimismo, esta construcción del poder, que se aleja del mundo de la crianza y el apoyo emocional, genera una experiencia disfuncional del mismo. La internalización de expectativas masculinas

inalcanzables agrava aún más la situación. La imposibilidad de satisfacer estas expectativas genera inseguridades personales, exacerbadas por la incapacidad de superar la prueba de la hombría o la constante amenaza del fracaso.

Estas inseguridades, especialmente palpables en la juventud, conducen a un abismo emocional caracterizado por el miedo, el aislamiento, la ira, el autocastigo, el autorrepudio y la agresión (Kaufman, 1999). Es crucial reconocer que la presión para cumplir con los estándares de masculinidad convencionales contribuye a la creación de un entorno perjudicial que afecta la salud mental y emocional de los hombres migrantes.

En el contexto de la migración, las mujeres que enfrentan la difícil decisión de viajar solas se ven envueltas en una compleja tela de responsabilidades. Además de asumir el papel de jefas de familia, estas mujeres enfrentan la tarea de mantener sus roles tradicionales como cuidadoras y madres. La carga emocional resultante y las demandas contradictorias de estos roles generan un agobio significativo, exacerbando sentimientos de soledad en el camino migratorio.

Para muchas mujeres, la maternidad y la crianza de los hijos son motivaciones fundamentales para migrar. La búsqueda de una vida mejor para sus hijos, que incluya un hogar estable, acceso a la educación y una alimentación adecuada, impulsa a estas mujeres a dejar sus lugares de origen. Sin embargo, esta decisión también conlleva desafíos adicionales, especialmente en el ámbito de cuidado y sustento de los hijos, tales como, la dificultad para cuidar y mantener económicamente a los hijos se ve agravada por diversas precariedades relacionadas con la desigualdad de género, la ausencia de redes familiares de apoyo y la carencia de asistencia estatal (Willer, 2016)

Según Jiménez (2005b), las mujeres se enfrentan a la construcción social de la "buena maternidad" la cual refleja un patrón de sacrificio y autosacrificio. La figura de la madre fuerte y luchadora persiste, con las mujeres viviendo a través de sus hijos y sacrificándose por ellos. La presión social y el

miedo de ser percibidas como "malas madres" generan un temor generalizado. Existe la creencia arraigada de que el destino de los hijos depende exclusivamente del esfuerzo de las madres, alimentando el pánico a que los hijos desarrollen problemas psicológicos, percibidos como un símbolo de fracaso materno. Este temor se convierte en una profecía autocumplidora que limita la vivencia libre y expansiva de la maternidad, imponiendo restricciones emocionales y perpetuando estereotipos dañinos.

La migración y la maternidad se entrelazan de manera compleja para las mujeres, enfrentándose a llevar a cabo responsabilidades de cuidado a sus hijos y la imposición constante del constructo social de cómo debería ser una buena madre.

Tanto los hombres como las mujeres se ven obligados a adaptarse rápidamente a nuevas circunstancias y a asumir roles no tradicionales para mantener el equilibrio personal y el bienestar familiar. La migración no solo afecta las expectativas y roles familiares, sino que también pone de manifiesto las desigualdades y las presiones de género.

### **Violencia Contra la Mujer.**

La Asamblea General de las Naciones Unidas (1993) define la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada".

La Convención Interamericana para Erradicar la Violencia contra la Mujer "Belem Do Pará" (Organización de Estados Americanos OEA, 1994) complementa esta definición, abarcando aspectos físicos, sexuales y psicológicos de la violencia que puede manifestarse de diversas maneras:



a) En el ámbito familiar o de convivencia doméstica, así como en cualquier otra relación interpersonal, independientemente de si el agresor comparte o ha compartido el mismo domicilio que la mujer. Esto incluye acciones como violación, maltrato y abuso sexual, entre otras.

b) En la comunidad, perpetrada por cualquier persona, e incluye, entre otras formas, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro entorno.

c) Perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, sin importar el lugar donde ocurra.

Estas definiciones subrayan la amplitud y la complejidad de la violencia contra la mujer, destacando la necesidad de abordar esta problemática en diversos contextos y resaltando la responsabilidad tanto a nivel individual como estatal en la prevención y erradicación de esta forma de violencia de género.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021):

- Alrededor de una de cada tres (30%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.
- La mayor parte de las veces el agresor es la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (27%) de las mujeres de 15 a 49 años que han estado en una relación informan haber sufrido algún tipo de violencia física y /o sexual por su pareja.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud refuerzan la urgencia de abordar este problema global, evidenciando que una proporción significativa de mujeres ha experimentado violencia en algún momento de sus vidas, con la pareja siendo con frecuencia el agresor.

### ***Violencia Contra las Mujeres Migrantes.***

En general, la población en movilidad irregular corre el peligro de sufrir abusos, sin embargo, las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, especialmente los no acompañados, son mayormente vulnerables. Estos peligros se relacionan con ser víctimas de trata y de sufrir agresiones sexuales a manos de grupos criminales. Lamentablemente, hay pocos registros de estas violencias, no obstante, algunas organizaciones dedicadas al apoyo de poblaciones en movilidad refieren que hasta seis de cada diez mujeres y niñas migrantes sufren violencia sexual en el trayecto (Amnistía Internacional, 2021).

### ***Violencia en la Pareja.***

Algunas mujeres pueden estar viviendo una situación de violencia en la pareja incluso antes de decidir migrar, lo que se convierte en un factor crucial para impulsar su desplazamiento. En algunos casos, estas mujeres se ven obligadas a migrar con sus agresores, manteniendo la esperanza de reunirse con familiares o amigos en otro país y la expectativa de lograr una separación segura al llegar a su destino.

Durante el trayecto, al viajar con su agresor, se agrava la situación debido a la falta de apoyo familiar que solían tener en sus lugares de origen. Esta carencia no solo intensifica los efectos de la violencia que experimentan, sino que también abre la posibilidad de que los agresores aprovechen la situación de amenaza en la que se encuentran las mujeres en este contexto (Willers, 2016).

Aquellas mujeres que viven violencia en la pareja se ven confrontadas con diversos factores complejos que dificultan su decisión de abandonar estas relaciones. Entre las causas recurrentes se encuentran la ausencia de un refugio seguro, limitaciones económicas, el miedo a represalias, la falta de planificación a largo plazo debido a la necesidad de subsistir día a día, experiencias previas de separación que resultaron en un aumento de la violencia, la preferencia por permanecer en un entorno familiar a pesar del temor al abuso, la persistencia de la violencia incluso después de la ruptura de la relación, la

esperanza de que el agresor cambie, y la creencia de que no podrían sobrevivir de manera independiente (Johann, 1994, según lo citado en Lira, 2002).

Según ONU Mujeres, se identifican diversos tipos de violencia que las mujeres pueden experimentar en el ámbito de la pareja:

<b>Tipo de Violencia</b>	<b>Descripción</b>
<b>Violencia Económica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se refiere a buscar o intentar lograr la dependencia financiera de la otra persona.</li> <li>-Implica mantener un control total sobre los recursos financieros, negar el acceso a ellos y prohibir el trabajo o la asistencia a la escuela.</li> </ul>
<b>Violencia Psicológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incluye generar miedo mediante intimidación.</li> <li>-Amenazar con causar daño físico a la persona, su pareja o hijos, así como destruir sus pertenencias y mascotas.</li> <li>-Someter a maltrato psicológico y forzar el aislamiento social de la víctima.</li> </ul>
<b>Violencia Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se manifiesta en la degradación constante de la autoestima a través de críticas, la infravaloración de capacidades, insultos y abuso verbal.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede dañar la relación de la pareja con sus hijos y limitar el contacto con familiares y amigos.</li> </ul>
<b>Violencia Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implica causar o intentar causar daño mediante golpes, patadas, quemaduras, agarres, pellizcos, empujones, bofetadas, tirar del cabello, mordeduras, negación de atención médica o la imposición de consumo de sustancias.</li> <li>- Incluye posibles daños a la propiedad.</li> </ul>
<b>Violencia Sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obligar a la pareja a participar en actos sexuales sin su consentimiento.</li> </ul>

*Nota.* Adaptado de ONU Mujeres, (s. f.), Álvarez García et. al. (2016).

Estos tipos de violencia reflejan manifestaciones diversas que van más allá de lo físico, abarcando aspectos económicos, psicológicos, emocionales y sexuales.

En situaciones donde la violencia ya existe en la pareja, ciertos eventos y factores durante el proceso migratorio pueden contribuir a su intensificación. Este fenómeno puede estar vinculado a la tensión asociada con la adaptación a una nueva cultura, especialmente cuando las expectativas culturales respecto a roles de género y normas de comportamiento difieren significativamente.

El estrés financiero, los cambios experimentados e incluso las desigualdades de poder pueden ser elementos que agraven la violencia. Por ejemplo, si uno de los miembros de la pareja tiene un estatus

migratorio más sólido o está más integrado en la sociedad receptora, podría ejercer mayor poder y control en la relación, desencadenando así conflictos. Incluso el acceso aumentado de las mujeres al empleo remunerado, aunque sea con ingresos bajos, podría llevar a algunos hombres a reafirmar su autoridad mediante la violencia (Guruge et al., 2009).

El aislamiento social y la carencia de una red de apoyo social pueden incrementar la vulnerabilidad de quienes migran. Esta falta de conexión puede dificultar la búsqueda de ayuda o el escape de situaciones violentas. Durante la migración, la consecuente falta o pérdida de apoyo ha aumentado la dependencia mutua para recibir apoyo (Guruge et al., 2009). El aislamiento social desconecta a las mujeres maltratadas de sus redes, haciendo que los esfuerzos de terceros para prevenir la violencia sean inaccesibles; incluso en el caso de parejas que residen en comunidades donde la violencia hacia la mujer es tolerada, este aislamiento puede agravar la situación al limitar aún más las posibilidades de buscar ayuda externa. (Choi et al., 2012).

Choi et al. (2012) señalan que, en algunas culturas, la idea de que las mujeres tengan amistades puede percibirse como una transgresión de las normas de género, generando miedo y sospechas de infidelidad sexual, así como celos por parte del hombre, lo que podría desembocar en violencia contra la mujer.

### ***El Ciclo de la Violencia.***

El modelo del ciclo de violencia, desarrollado por la investigadora estadounidense Leonore Walker en 1979, ofrece una comprensión profunda sobre cómo se origina y perpetúa la violencia en las relaciones de pareja (Nogueiras, 2005).

Figura 12

*El ciclo de la violencia*



*Nota.* Adaptado de *El Ciclo de la Violencia* (p. 53), por Nogueiras, 2005, en *Violencia en la Pareja*.

En Ruiz-Jarabo Quemada, C., y Blanco Prieto, P. *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 29-55)

En la primera fase, denominada fase de tensión, se observa un aumento gradual de la tensión en la pareja, manifestándose en actos que intensifican los conflictos. Durante este período, el hombre expresa hostilidad y la mujer, en un intento por calmar la situación, trata de evitar molestar a su pareja, a pesar de su creencia irreal de que puede controlar la agresión.

La fase de agresión marca el estallido de la violencia, que puede ser psicológica, física o sexual. Es en esta etapa que las mujeres suelen denunciar los abusos y, a veces, deciden compartir su experiencia con otros.

Finalmente, la fase de conciliación o luna de miel sigue a la agresión. Durante este período, el agresor muestra arrepentimiento, pide perdón y hace promesas de cambio. Esto crea un refuerzo positivo que lleva a la mujer a mantener la relación, alimentando la esperanza de que su pareja puede cambiar, al mostrar su lado amable. Esta fase también explica por qué algunas mujeres retiran las denuncias presentadas durante la fase de agresión, especialmente cuando el agresor muestra remordimiento y está en la fase de luna de miel.

Con el tiempo, la fase de agresión se repite con mayor frecuencia o la relación permanece constantemente en un estado de tensión y agresión. En estos casos, algunas mujeres optan por buscar ayuda y apoyo para salir del ciclo de violencia.

Hablar del ciclo de la violencia es esencial para proporcionar información, apoyo y empoderamiento a las mujeres que viven violencia. Ayuda a crear conciencia, promover la toma de decisiones informadas y contribuir a la prevención y la intervención temprana en situaciones de abuso. Es importante señalar que el ciclo puede manifestarse de manera diferente en la población migrante. Por ejemplo, aunque la fase de "luna de miel" puede influir en la decisión de quedarse, también es posible que el temor a viajar sola sea un factor determinante. Durante la travesía, la relación puede proporcionar protección, lo cual es especialmente significativo dadas las circunstancias y el riesgo con respecto a otros hombres (Goodrich et al., 1989).

### ***Violencia Sexual.***

Las rutas de tránsito resultan particularmente difíciles para las mujeres, por los recurrentes asaltos acompañados por violaciones y otros abusos sexuales (Willers, 2016).

La violencia sexual, o la amenaza de violencia sexual, a menudo se utilizan como medio para aterrorizar y dominar a las mujeres y sus familias, asimismo, muchos grupos de crimen organizado utilizan la violencia sexual como parte del "precio" que exigen a los migrantes. Según la Amnistía Internacional

(2021) el peligro de violación es de tal magnitud que los traficantes de personas muchas veces obligan a las mujeres a administrarse una inyección anticonceptiva antes del viaje, como precaución contra el embarazo derivado de la violación.

Muchas mujeres migrantes temen denunciar la violencia sexual por la presión para continuar su viaje y por la falta de acceso a un procedimiento efectivo de denuncia, asimismo, la desinformación y falta de recursos institucionales para la protección de las sobrevivientes. Las migrantes que han sido violadas tienen que hacer frente no sólo al estigma asociado con la violencia sexual, sino también al peligro de que si denuncian lo sucedido pueden ser expulsadas del país, o de que si buscan tratamiento perderán la oportunidad de llegar a Estados Unidos (Amnistía Internacional, 2021).

### ***Prostitución.***

La Real Academia Española define *prostitución* como la "actividad de quien mantiene relaciones sexuales con otras personas a cambio de dinero". Según Cloria (1988), este intercambio implica la cosificación y transformación del servicio personal en un objeto susceptible de ser comprado y vendido. Sin embargo, la prostitución va más allá de una transacción comercial, siendo considerada una forma de violencia de género. Díez (2009) equipara las experiencias de las mujeres prostituidas con formas aceptadas de acoso y abuso sexual, señalando que la sexualidad *prostitucional* equivale a una "violación remunerada".

Frente a este panorama, las prostitutas se ven obligadas a *escindir*, separando lo público de lo privado para proteger sus vidas personales de la estigmatización social, sobre todo por parte de sus familiares, amigos y parejas. Esta separación, según Pachajoa y Figueroa (2008), actúa como un mecanismo de defensa psicológica.

A lo largo de la historia, el intercambio en la prostitución ha estado mayormente en manos de hombres, quienes, al poseer el dinero, accedían a las mercancías deseadas. Aunque toda transacción



implica a ambas partes, el estigma se enfoca principalmente en quien entrega su sexualidad a cambio de dinero (Cloria, 1988). No obstante, las percepciones sobre esta ocupación varían, ya que algunas personas la encuentran digna o aceptable, mientras que otras la consideran vergonzante (Ministerio de Sanidad, 2005).

La prostitución no solo es una transacción comercial, sino un fenómeno complejo que refleja la violencia de género y la necesidad de abordar sus diversas dimensiones.

### ***Consecuencias de la Violencia contra la Mujer.***

La violencia dirigida hacia las mujeres ya sea de naturaleza física, sexual o psicológica, genera consecuencias significativas en su salud a corto y largo plazo. En la figura a continuación, se presenta una compilación de las diversas repercusiones en distintos niveles:

**Figura 13**

#### *Consecuencias de la Violencia contra las Mujeres*

<b>Categoría de Consecuencias</b>	<b>Detalles y Estadísticas</b>
<b>Consecuencias Mortales</b>	Puede resultar en homicidio o suicidio.
<b>Lesiones Físicas</b>	El 42% de mujeres víctimas de violencia de pareja reportan lesiones.
<b>Impacto en la Salud Reproductiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las mujeres maltratadas tienen 1,5 veces más probabilidad de padecer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el doble de probabilidades de sufrir abortos.</li> <li>- Aumento de embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos e ITS, e incluso VIH.</li> <li>- Violencia durante el embarazo se asocia con abortos involuntarios, muertes fetales, partos prematuros y bajo peso al nacer.</li> </ul>
<b>Problemas de Salud Física General</b>	- Incluye cefaleas, síndromes de dolor crónico (espalda, abdominal, pélvico), trastornos gastrointestinales, limitaciones de movilidad y mala salud en general.
<b>Impacto de Violencia Sexual en la Infancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede aumentar el consumo de tabaco y drogas, así como prácticas sexuales de riesgo.</li> <li>- Vivir otros actos de violencia.</li> </ul>

<b>Impacto en la Salud Mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres víctimas de violencia tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión y problemas con el abuso de sustancias como el alcohol u otras drogas.</li> <li>- Puede causar miedo, culpa, enojo.</li> <li>- Estrés postraumático, hipervigilancia, trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios, ideación e intención suicida y autolesión.</li> <li>- Cambios cognitivos.</li> <li>- Pueden surgir problemas en el funcionamiento y deseo sexual.</li> </ul>
-----------------------------------	--

*Nota.* Adaptado de la Organización Mundial de la Salud (2021), Lira et al., (2001), Álvarez García et. al. (2016).

Esta información destaca la amplia gama de impactos negativos que la violencia contra las mujeres puede tener en su salud física, reproductiva y mental, así como en su bienestar general.

### ***Plan de Seguridad Personal.***

Según Cecilia Claramunt (1999), el plan de seguridad personal desarrollado por tiene como objetivo orientar para crear una estrategia estructurada y sistemática a la cual acudir en una necesidad. El procedimiento se basa en (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010):

- a) Identificar cuál es la fuente del peligro y sus señales de inminencia.
- b) Buscar un lugar seguro donde se sienta protegida de otras personas o de ella misma. Este lugar puede ser una casa refugio, la casa de un amiga o familiar o dentro de la propia, un espacio donde se sienta bien y si es el caso, en privacidad.
- c) Tener a mano una lista de teléfonos para pedir ayuda cuando se sienta en crisis o perciba que la vida está en peligro. Si no tiene teléfono, buscar la forma de enviar una señal a un (a) vecino (a) o de avisar a la policía.
- d) Tener a mano documentos, medicinas u otros objetos que eventualmente se puedan necesitar en un momento de emergencia.

- e) Si tiene hijos o hijas o personas que dependen de ella, identificar si la fuente de peligro puede extenderse hacia ellos y buscar alternativas para su seguridad.
- f) Construir una red de apoyo<sup>6</sup>
- g) Fomentar que la mujer comparta sus necesidades para enfrentar el peligro con otras personas, lo cual puede implicar la identificación de personas en quien confíe libremente como una amiga o amigo, familiares, un terapeuta o una terapeuta o un programa de ayuda en situaciones de crisis.

---

<sup>6</sup> Con base en mi experiencia colaborando con la población migrante, he observado que las redes de apoyo entre mujeres en movimiento se pueden formar a través de la creación de grupos. Esto se logra identificando mujeres que comparten características similares, ya sea en términos de edad, nacionalidad o por ser madres solteras. Además, estas mujeres suelen mostrar una mayor iniciativa, buscando apoyo en organizaciones que están presentes a lo largo de su travesía.



### Capítulo 3. Casos clínicos

---

El tercer capítulo se centra en dos aspectos fundamentales: la "Descripción de los Casos" y el "Análisis y Discusión Teórico-Metodológicas de las Intervenciones Clínicas". Se llevaron a cabo la descripción de cinco experiencias<sup>7</sup>, para acentuar que cada manera de abordar los casos en la Terapia de Sesión Única es distinta y particular conforme a los motivos de consulta.

#### **3.1 Descripción, Análisis y Discusión Teórico Metodológicas de la Intervención Clínica de las Experiencias Elegidas**

En este capítulo se presentan el desarrollo de cinco situaciones abordadas con la modalidad de Terapia de Sesión Única (TSU), analizando cada eje de intervención: Aprender lo que el cliente quiere, desarrollo de un entendimiento contextual, ir a lo pequeño (Slive y Bobele, 2013), conociendo a la persona fuera del problema (Young, 2013); y el cierre. Durante el desarrollo de los casos se analizan los enfoques teóricos utilizados en la intervención, así como las metodologías específicas aplicadas.

Las cinco situaciones presentadas se desarrollaron en un campamento de tránsito para migrantes en espera de continuar el camino hacia Estados Unidos (E.U.), el trabajo clínico se realizó en un contexto de práctica profesional, posterior a la maestría, en el cual ejercí como psicóloga clínica voluntaria. La complejidad de las condiciones contextuales en las que se desarrollaron las situaciones cruciales para comprender las intervenciones terapéuticas. Los y las consultantes, tras haber emprendido una travesía para llegar al campamento, se encontraron inmersos en condiciones de confinamiento debido a cuestiones migratorias irregulares. Estas condiciones de vida se caracterizaron por la precariedad de los

---

<sup>7</sup> A partir de este momento, se llevará a cabo un cambio en el uso de la palabra "caso", sustituyéndola por "experiencia". Esta modificación tiene como objetivo hacer la narración más horizontal y conectada con las historias y vivencias de mis clientes. Asimismo, los nombres que se presentan en la descripción de las distintas experiencias fueron cambiados por fines de confidencialidad.

recursos, como el alojamiento en tiendas de campaña y la carencia de condiciones básicas semicubiertas, tales como el acceso limitado al agua y saneamiento.

En conjunto, este capítulo busca analizar la aplicación práctica del modelo de sesión única en un contexto de crisis humanitaria.

### **3.1.1 ¿Seguir o no el Camino?**

#### **Datos Generales.**

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>
Diana	17 años	Primaria	Población en tránsito

#### **Introducción a la Experiencia de Diana.**

Diana, es una joven de 17 años, que, en ese momento, estaba acompañada por cuatro adultos, tres hombres y una mujer, ninguno de los cuales era un familiar. Entre ellos se encontraba su pareja, Roberto, de 23 años, a quien Diana había conocido en otro país, en donde él se dedicaba a un negocio ilegal.

Diana comentó que en la relación de pareja se presentaba violencia física, económica, patrimonial, emocional y psicológica (durante la sesión la consultante no nombra de esta manera la violencia, como terapeuta lo nombro así tras los distintos eventos que la consultante comenta). Diana refirió que había pensado en hablar con agentes de migración para recibir ayuda, sin embargo, mencionó que tenía miedo de continuar el camino sola o regresar a su país, ya que no contaba con el apoyo de su familia de origen o alguna otra persona.

**Motivo de Consulta.**

La consultante buscó la atención por sí misma. Comentando que necesitaba apoyo, ya que no sabía qué decisión tomar: “Necesito ayuda para tomar la decisión de seguir el camino o no”.

**Antecedentes y Condiciones Generales en las que se Presenta el Problema.**

Diana se vio obligada a abandonar su hogar a los 14 años debido a que su madre no podía sostener económicamente a ella y a sus tres hermanos. Ante esta situación, decidió mudarse a otro país, donde comenzó a prostituirse (Diana hizo uso de esta palabra) para poder subsistir. Fue en ese lugar en donde conoció a su actual pareja.

Esta situación le generó problemas con Roberto, quien constantemente le reclamaba el haberse relacionado sexualmente con otras personas, además de comentarios tales como “si no es conmigo nadie te va a aceptar”, “no podrías seguir el camino sin mí”, de igual manera, comentó que su novio la agredía físicamente de manera constante, y no solo cuando están solos, sino también, en frente del grupo con el cual viajan. Asimismo, refirió que en ocasiones ella también recurría a la agresión física, intentando defenderse. Comentó que había sentido mucha tristeza, impotencia y enojo al no saber qué hacer. Sin embargo, su sueño era llegar a Estados Unidos con una tía.

**Descripción del Proceso Terapéutico.****1) Aprender lo que el cliente quiere,**

La consultante comentó que era probable que ese día fuera su último en el campamento. La terapeuta, ante la posibilidad de que ésta fuera la única sesión, le preguntó directamente qué necesitaba de la conversación para que resultara útil para ella. Esto permitió a Diana que reflexionara y se centrara en lo que quería, en lo que le estaba preocupando en ese momento: tomar la decisión de seguir el camino o solicitar apoyo de migración.

Diana se mostró abierta al compartir su motivo de consulta: *seguir o no el camino*, pero a la vez, desconfiada. Se le recordó que era un espacio seguro, que no tenía que hablar de algo con lo que no se sintiera cómoda o segura. Hasta que comentó que la razón por la cual no sabía si seguir, era por la violencia que vivía con Roberto.

### **2) Desarrollo de un entendimiento contextual,**

La consultante comentó que decidió buscar ayuda en este momento, ya que antes no había tenido información acerca de lo que era la salud mental, pero al experimentar miedo debido a la continuación de su camino, consideró que era el momento para reflexionar acerca de ponerse a salvo.

La terapeuta retomó la preocupación de Diana con respecto a la relación con Roberto, por lo cual, se pudo reflexionar con la consultante que lo que ella quería era sentirse a salvo, pero que no sabía cómo, ya que no contaba con redes de apoyo. Se conversó acerca de la violencia y el ciclo de la violencia. Ella refirió que había intentado alejarse de Roberto varias veces, pero que no había podido, ya sea porque él la busca o ella siente que no tiene a otro lugar al cual ir. Recordó que tomó la decisión de ir a Estados Unidos, con la esperanza de encontrarse con su tía y poder terminar la relación con Roberto.

### **3) Conociendo a la persona fuera del problema,**

Para conocer a Diana la terapeuta hizo algunas preguntas, acotadas a identificar las fortalezas de Diana. Explorar estas preguntas resulta crucial para elevar la esperanza del cliente, marcando así el primer paso hacia la solución (Slive y Bobele, 2013).

*Soluciones intentadas: ¿Qué has hecho antes que te ha ayudado a sentirte, aunque sea un poquito, a salvo?* La consultante refirió que se había puesto a salvo alejándose cuando se percataba que su pareja estaba enojada; comentó que, el camino no había sido fácil ya que no hay en dónde resguardarse; sin embargo, en ese momento, estando en el campamento, buscó hablar con otras personas para distraerse

y tomar distancia; asimismo, reconoció que el buscar apoyo psicológico era una manera de buscar seguridad.

*¿Cómo otras personas te han apoyado?*. La consultante comentó que en el grupo venía otra mujer quien cada vez que Roberto la golpea, ella intenta defenderla o ayudarla.

*¿Qué crees que ella ve en ti para querer ayudarte?*. La consultante comentó que la ve como buena amiga, que Diana siempre había intentado ayudarla cuando ella tenía problemas. Que, además, conocía su historia y que siempre le ayudaba a recordar lo que ha enfrentado, “dice que soy fuerte y valiente”. Comentó que estar cerca de ella le ayudaba a estar tranquila.

Se resaltaron los recursos y aspectos de la consultante como la valentía y la fuerza, reconocidas por ella misma. Asimismo, se validó la tristeza y la frustración; se compartió con la consultante el ciclo de la violencia con la intención de proporcionar información y promover la toma de decisiones informadas (Walker, 1979, como se citó en Nogueiras, 2005).

#### 4) *Ir a lo pequeño,*

El cambio es constante y los cambios pequeños llevan a algo grande *¿Cuál es el paso más pequeño que crees que puedas dar para ponerte a salvo?* (Slive y Bobele, 2013). La consultante reafirmó la idea de estar en contacto con otras personas en el campamento, con el fin de no estar en peligro; se le propuso la construcción de un plan de seguridad (Claramunt, 1999) en donde, tuviera sus documentos oficiales con ella, tratar de contar con dinero por si en el camino decidía separarse de él. Se sugirió la búsqueda de protección con otras Organizaciones No Gubernamentales (ONG), a lo cual, Diana consideró que sería pertinente.

Es importante recordar que el cliente puede sentirse abrumado ante los múltiples problemas y objetivos, aumentando sus sentimientos de pérdida de control (Slive y Bobele, 2013), por lo que explorar lo mínimo que Diana podría hacer para ponerse a salvo, permitió concentrarse en su seguridad y elaborar un plan.



### 5) Cierre,

El cierre de la sesión se enfocó en realizar la referencia con agentes de protección al menor para la consultante, en donde ella solicitó que la terapeuta estuviera presente. Se le brindó la información para la protección y seguridad; en la cual se le daba la opción de esperar en un albergue en la capital, por aproximadamente dos meses, para después solicitar una reunificación familiar con su tía en Estados Unidos. Sin embargo, la consultante no aceptó. Ya que no podía esperar tanto tiempo, con la ilusión de llegar al siguiente país. Al final, Diana decidió continuar el camino con su pareja y compañeros de viaje.

Se reafirmaron las situaciones de riesgo y las medidas de protección. Se le proporcionaron números de contacto y la información sobre organizaciones que podrían ayudarla en su camino. Diana mostró disposición para buscar apoyo y tomar medidas para su seguridad. Al no poder dar seguimiento a Diana, se colaboró con ella para identificar fuentes alternativas de apoyo adicional formal o informal, dentro de los recursos disponibles en ese contexto (Paul y Van Ommeren, 2013).

Diana experimentaba miedo al considerar dejar a su pareja, ya que no sabía cómo afrontar el camino sola. En el contexto de la migración, las mujeres se encuentran con una autonomía limitada debido a la escasez de recursos económicos y redes de apoyo (Willers, 2016). Esta limitación lleva a pensar que una relación con un hombre es esencial para la supervivencia, ya que uno de los beneficios clave es la protección que brinda con respecto a los demás hombres (Goodrich et al., 1989). A pesar de esto, Diana tomaba medidas diarias para mantenerse segura, entre ellas, buscar cierto grado de poder, entendido en el sentido convencional que la sociedad considera legítimo para las mujeres: permanecer al lado de un hombre (Goodrich et al., 1989).

Como terapeuta, considero que Diana se fue decidida a continuar el camino, me parece que el haberle dado información y reconocerse con fortalezas, le ayudó a sentirse un *poco* más segura.

### 3.1.2 ¿Buena o Mala Madre?

#### Datos Generales.

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Ocupación</i>
<i>Alma</i>	<i>33 años</i>	<i>Universidad</i>	<i>Población en tránsito</i>

#### Introducción a la Experiencia de Alma.

Alma, es una mujer de 33 años, que, en ese momento, estaba acompañada por su hija de 12 años, Nina.

Alma tomó la decisión de salir de su país con su hija con la intención de brindarle una mejor educación y calidad de vida. Refirió que en su país las condiciones de vida habían recaído a pesar de ella haber estudiado una carrera universitaria.

Durante el trayecto hacia Estados Unidos, Alma vivió violencia sexual por varios hombres. En medio de esta experiencia, su principal preocupación fue proteger a su hija, intentando evitar que esta situación afectara a la menor.

#### Motivo de Consulta.

La consultante fue referida por colegas tras haber sobrevivido un evento de violencia sexual. Su motivo de consulta fue, principalmente, la preocupación por el impacto psicológico que el camino pudiera haberle generado a su hija.

### **Antecedentes y Condiciones Generales en las que se Presenta el Problema.**

Alma comentó que, había platicado con Nina para intentar saber cómo se sentía, sin embargo, la menor refirió que el camino fue muy bueno para ella ya que su sueño siempre había sido escalar, y por fin lo había cumplido. No obstante, Alma comentó que identificaba que su hija sabía que ella no estaba bien. Asimismo, refirió sentirse culpable por lo sucedido y por haber puesto en riesgo la vida de su hija; comentando que esto le generaba un pensamiento de ser “mala madre”, e “irresponsable”.

### **Descripción del Proceso Terapéutico.**

#### **1) *Aprender lo que el cliente quiere,***

La terapeuta le preguntó a la consultante qué era lo que necesitaba de la sesión para que fuese de utilidad, esto permitió que Alma reflexionara y se centrara en lo que quería y le estaba preocupando en ese momento, “ser mala madre”.

#### **2) *Desarrollo de un entendimiento contextual,***

La consultante refirió que había intentado hablar con su hija para saber cómo fue el camino para ella, a pesar de que su hija le respondió que fue tranquilo, ella no dejaba de pensar que la puso en peligro. La consultante comentó que decidió en este momento buscar ayuda, ya que antes no había tenido la oportunidad de tener una sesión en salud mental, y que pensaba que es un momento clave, para poder continuar el camino lo más tranquila posible.

#### **3) *Conociendo a la persona fuera del problema,***

La terapeuta hizo preguntas para que juntas pudiesen identificar creencias que son de utilidad para Alma; cuando se cuestionó cuál es la evidencia que se relacionaba con ser “mala madre”, ella mencionó que el haber expuesto a su hija a los riesgos del camino.

Sin embargo, Alma refirió que el estar en su país era más peligroso que irse; Alma reflexionó con respecto a su intención al salir de su país, la cual estaba relacionada con brindarle una mejor calidad de vida a su hija, siendo éste un ejemplo de ser una buena madre, o que al menos, eso es lo que su mamá le dijo antes de salir de su país.

*Algunas preguntas que permitieron explorar sus ideas en torno a la historia dominante (Yashiro, 2013) de ser mala madre fueron: ¿Cómo es una mala madre?; ¿Cómo es una buena madre?; Si yo quisiera saber acerca de cómo eres como madre; ¿quién podría hablarme de esto?; ¿Qué diría Nina acerca de ti como madre?; ¿Quién más sabría que eres una madre que cuida a su hija?; ¿Cómo te imaginas que el hablarle así del camino ayudó a Nina? Estas preguntas están relacionadas con las conversaciones de remembranza (White, 1997), el objetivo principal de hacer este tipo de preguntas es subrayar cómo la identidad se constituye en el contexto de estas relaciones entrelazadas (Tarragona, 2006).*

Alma comentó que durante el camino intentó hacer que Nina disfrutara del paisaje y la naturaleza, hablándole de la belleza de éstos, pensando en que quería que su hija tuviera otro tipo de recuerdos; recuerdos bellos y no *traumáticos*.

#### **4) Ir a lo pequeño,**

Para ayudar a aumentar la sensación de control de Alma, se ayudó a pensar en pequeño en lugar de en grande, concentrándose en el siguiente paso que podría dar, a través de la pregunta *¿Cuál sería el cambio más pequeño que te mostraría que vas en la dirección correcta para ti?* (Slive y Bobele, 2013) Alma comentó que poder platicar con su hija como antes, sin culpa por exponerla a los peligros que ha implicado en trayecto hacia Estados Unidos. Lo anterior permitió priorizar sus objetivos, en específicos los relacionados con resguardar la seguridad de su hija, representando así la decisión de salir de su país una forma de mantener a su hija a salvo, y si bien en el camino vivieron eventos de violencia, Nina no vivió un

evento directamente, lo cual, a ella le dio evidencia de haberla cuidado, es decir, ser una buena madre para Nina.

#### 5) *Cierre,*

Al final de una sesión única, el cliente debe dejar la sesión con un plan de cómo resolver su problema, así como tener presente sus recursos, herramientas, destrezas y habilidades (Campbell, 2012). Una intervención esencial implica el empleo de elogios tanto durante como al concluir la sesión. Se busca activamente cualquier ocasión para reconocer y enfatizar los aspectos positivos, lo cual fomenta el enfoque en las soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

El cierre de la sesión se enfocó en hacer énfasis en los recursos y posibilidades de protección de Alma hacia su hija. Así, se reconoció que no pudo evitar que la violencia ocurriera, sin embargo, hizo lo que estaba a su alcance para poder proteger a su hija. Alma reconoció que para Nina el camino fue distinto al que ella vivió y eso es porque ella la protegió, convirtiéndola en una madre que puede cuidar a su hija. Y si bien el camino tiene riesgos, ella ha sido capaz de proteger a su hija dentro de sus posibilidades. Además, Alma pudo dar cuenta de la imagen que Nina tenía de ella, la cual estaba asociada a una buena madre, dado que la quiere y la cuida.

Finalmente valoramos en conjunto que, era pertinente contar con redes de apoyo emocionales, es por ello por lo que, se le dio el número telefónico de la terapeuta y de la organización para estar en contacto en el camino, si necesitaba algo. Se reforzó también el cuidado de la salud física, con la recomendación de tomar los medicamentos para prevenir ITS post evento de violencia sexual. Se le recomendó que una vez que lograron establecerse en un lugar, buscaran seguimiento para su salud tanto física como psicológica y emocional.

Según Goodrich et.al. (1989) se inculcó a la mujer la idea de que su papel debía ser el de ser una “excelente” ama de casa y madre, reforzando el estereotipo de la mujer como educadora, mediadora y guardiana de la *paz familiar*.

Al explorar el contexto de las madres solas, se observa que enfrentan demandas significativamente mayores en tiempo y energía que otros progenitores que trabajan. Experimentan una carga emocional, ya que la responsabilidad parental recae totalmente sobre ellas. Las madres solteras tienden a culparse más y esperan más de sus hijos en comparación con las personas casadas, recibiendo menos apoyo para sus necesidades personales (Goodrich, et.al. 1989). Existe la creencia arraigada de que el destino de los hijos depende exclusivamente del esfuerzo de las madres, alimentando el pánico a que los hijos desarrollen problemas psicológicos, percibidos como un símbolo de fracaso materno (Jiménez, 2005b). En relación con Alma, ella esperaba mantener a su hija siempre a salvo, pero se presentaba un discurso relacionado con cómo es una buena madre y la culpa por no poder cumplir con esos estereotipos.

Cabe destacar que la situación social es invisibilizada, generando la sensación de que es Alma la quien pone en riesgo su vida y la de su hija, como si fuera su única responsabilidad. Sin embargo, es crucial reconocer que existen diversos factores vinculados a la migración, tanto aquellos que influyen en la toma de decisiones para abandonar el país de origen, como los riesgos inherentes al viaje de los migrantes. Entre estos factores se incluyen aspectos económicos, laborales y de violencia. Alma asume la responsabilidad como si pudiera controlar todos estos elementos incontrolables, como la violencia estructural hacia la mujer en *donde* “el uso del cuerpo de las mujeres como campo de batalla entre bandas de hombres es probablemente tan antiguo como la guerra” (Galtung,1999, p.29). Asimismo, Alma tuvo que enfrentarse a un contexto que en si mismo, obstaculiza.

Como terapeuta, considero que Alma se fue reconociendo los esfuerzos que ha realizado para proteger a su hija, asimismo, reflexionó acerca de que el evento de violencia sexual no fue su culpa, sino,

parte de los peligros del camino. Alma agradeció el apoyo y la escucha, noté un cambio en su expresión facial, al final de la sesión, incluso pudo sonreír.

### 3.1.3 Reconstruir en Pareja

#### Datos Generales.

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación
Olivia	36 años	Primaria	Población en tránsito
Ernesto	40 años	Sin escolaridad	Población en tránsito

#### Introducción a la experiencia de Olivia y Ernesto.

Olivia de 36 años y Ernesto de 40 años mantenían una relación de pareja, desde hace 10 años. Olivia tenía ¿TIENE? dos hijas (un hijo de aproximadamente 15 años y otro de alrededor de 20 años), que en ese momento vivían en el país del que era originarios. Mientras que Ernesto no tiene hijos.

Ernesto era un hombre con dificultad en la movilidad de su pierna derecha, ya que hace 5 años había recibido un impacto de bala que le dejó herido; sin embargo, eso no le había imposibilitado trabajar en su oficio de carpintero.

La pareja tomó la decisión de abandonar su país debido a razones económicas, enfrentándose a deudas pendientes con entidades bancarias. La insuficiencia de ingresos laborales para hacer frente a estas obligaciones financieras fue un factor determinante en su elección de buscar nuevas oportunidades fuera de su lugar de origen.

**Motivo de Consulta.**

La pareja comentó que llevaban dos días en el campamento y que su única necesidad actual era contar con un lugar adecuado para descansar. La pareja llegó al servicio por autorreferencia.

**Antecedentes y Condiciones Generales en las que se Presenta el Problema.**

La pareja compartió la sorpresa que se llevaron al ver que su situación en la frontera no coincidía con sus expectativas iniciales. A pesar de haber tenido un camino seguro y sin contratiempos o situaciones de violencia, no anticiparon la necesidad de buscar un refugio seguro, vivir en tiendas de campaña, enfrentarse a condiciones de descanso en el suelo y soportar extremos climáticos, incluyendo intensas lluvias y calor.

**Descripción del Proceso Terapéutico.****1) *Aprender lo que el cliente quiere,***

Se trata de la exploración sobre la asistencia prioritaria que el cliente requiere actualmente (Slive y Bobele, 2013). Tras explicar en qué consistiría el acompañamiento/conversación/servicio la terapeuta exploró *cuál era la preocupación principal de la pareja en ese momento*. Olivia y Ernesto respondieron que su mayor preocupación se relacionaba con lograr estar en un lugar cómodo para descansar.

**2) *Desarrollo de un entendimiento contextual,***

En este proceso, es fundamental comprender por qué la persona está buscando apoyo en este momento. También es fundamental considerar el contexto social en el que se encuentran para comprender sus posibilidades y explorar posibles soluciones ante la problemática (Slive y Bobele, 2013). En este caso, la pareja recién llegada al campamento de migrantes buscó apoyo debido a las condiciones precarias de vida, como la falta de alimentación, refugio, suministro de agua y servicios básicos de salud (IASC, 2007).



Su objetivo principal era abordar esta situación y encontrar una solución para evitar prolongar la incomodidad a largo plazo.

**3) *Conociendo a la persona fuera del problema,***

La pareja refirió que Ernesto se dedicaba a la carpintería en su país y que Olivia se dedicaba a la venta de comida; estos oficios representaban para ellos su fuente de ingresos, pero además refirieron que disfrutaban llevarlas a cabo. Durante la sesión se reflexionó acerca de que no sabían cuánto tiempo estarían en el campamento, pero que deseaban hacer este proceso lo más cómodo posible para ellos.

Se identificó con los clientes los factores claves de resiliencia (Young, 2006), en este caso en sus oficios y el reconocimiento de la satisfacción que experimentan al llevarlos a cabo. Destacando la manera en que podrían aprovechar estos elementos para alcanzar sus metas, la pareja pudo reflexionar sobre el hecho de que no era la primera vez que enfrentaban un desafío sin recursos económicos. Esta situación les generaba la sensación de tener que empezar de nuevo, provocando emociones de miedo, agotamiento e incertidumbre.

**4) *Ir a lo pequeño,***

Considerando la presencia de miedo, agotamiento e incertidumbre, era crucial cultivar una sensación de control. En ese momento, se fomentó la reflexión sobre la posibilidad de realizar un cambio pequeño, planteándose la pregunta: *¿Qué pequeño paso podrían dar para lograr tener un lugar cómodo?*

Se hizo una lista de preocupaciones e información que no contaban; y se compartió información acerca de qué recursos usualmente están disponibles para la población migrante en el campamento (como casas de campaña, comida, agua, leña).

Se orientó a usar las fortalezas y resiliencias naturales de los clientes, como recursos, creencias, apoyo en la pareja, experiencias previas.

La pareja realizó una lluvia de ideas de lo que podían llegar a hacer con los recursos disponibles como la habilidad en la carpintería y la cocina; y los recursos materiales en el campamento. Al final tomaron la decisión de poner en acción sus fortalezas, carpintería y cocina. Comenzaron a realizar planes y establecer plazos en relación con la adecuación de un espacio cómodo para ellos, recuperando su sentido de agencia personal (Tarragona, 2006), para *ir en el asiento del conductor de la su propia vida* (White y Epston, 1989, como se citó en Tarragona, 2006).

#### 5) Cierre,

La sesión se concluyó acordando con la pareja que se esforzarían para estar lo mejor posible durante el tiempo que pasarían en el campamento en espera de continuar el camino; se comprometieron en crear un espacio lo más cómodo posible para ambos. También lograron reconocer que no era la primera vez que se enfrentaban a un desafío como pareja, por lo tanto, consideraban que, si antes lo habían podido resolver, esta vez no sería la excepción.

Se exploró con ambos si deseaban tener una segunda sesión, pero respondieron que no. Cabe destacar que, transcurrida una semana de su llegada al campamento, la pareja logró construir -con lo que encontraron en el terreno-, una casita, una cocineta de leña, una mesa y unas bancas de madera, hechas por Ernesto, y sustentadas con el trabajo en venta de comida por parte de Olivia.

Durante la crisis derivada de la migración forzada, los valores y recursos personales son fundamentales para el proceso de adaptación de las personas. En el caso de Olivia y Ernesto, fue importante identificar las habilidades y experiencias previas para así crear un plan de acción en relación con su motivo de consulta.

Las pérdidas emocionales, como la pérdida y separación de seres queridos renuncia a proyectos de vida, salir del país de origen, desconexión de redes sociales y familiares, y la adaptación a una nueva

cultura, son características comunes entre las personas migrantes (ILEF, 2017). La pérdida del estilo de vida de Olivia y Ernesto representó para ellos un momento doloroso y de búsqueda de cambios y adaptación.

Como terapeuta, considero que Olivia y Ernesto se reconocieron como una pareja que ha podido enfrentar desafíos anteriormente; asimismo, noté que al inicio de la sesión su discurso estaba permeado de frustración y enojo, y al final, parecía ser más esperanzador. A pesar de no contar con un seguimiento, el ver que una semana después ya tenían construida una “casita”, me hizo reconocer los recursos y esfuerzos que la pareja tuvo para lograr su objetivo.

### ***3.1.4 El Río es lo que nos Separa***

#### **Datos Generales.**

<b><i>Nombre</i></b>	<b><i>Edad</i></b>	<b><i>Escolaridad</i></b>	<b><i>Ocupación</i></b>
<b><i>Rodrigo</i></b>	<b><i>15 años</i></b>	<b><i>Secundaria</i></b>	<b><i>Población en tránsito</i></b>

#### **Introducción a la experiencia de Rodrigo.**

Rodrigo es un adolescente de 15 años, que en ese momento estaba en condición de menor no acompañado en el campamento para población migrante. Él, venía acompañado durante la travesía de su mamá y papá, pero dadas las condiciones del viaje, durante el camino su mamá tuvo un accidente en donde se fracturó la pierna, razón por la que ella ya no pudo continuar. No obstante, sus padres, le solicitaron a Rodrigo que continuara el camino hasta que pudiera pedir ayuda para poder rescatarlos.

Cuando la sesión se realizó, Rodrigo tenía una semana de haber llegado al campamento. De modo que, llevaba una semana esperando a su mamá y papá; había tenido una primera consulta de salud

mental, y ya contaba con 2 sesiones de seguimiento con otra colega. Al ser un contexto humanitario es usual que el personal rote en distintos puntos de atención, por lo que, en ese momento, la psicóloga que le estaba dando seguimiento a Rodrigo, no se encontraba, y por las condiciones del lugar, no había manera de contactarla vía telefónica.

### **Motivo de Consulta.**

Rodrigo solicitó la atención ya que se sentía muy preocupado pues estaba ante la incertidumbre de saber si volvería a ver con vida a su mamá y su papá.

### **Antecedentes y Condiciones Generales en las que se Presenta el Problema.**

Rodrigo refirió que, antes de salir de su país tuvo una discusión con su mamá y que durante el camino casi no le habló, lo cual le generó mucha culpa el día de hoy, porque no sabía si su mamá iba a sobrevivir o si la volvería a ver. Además, compartió que ese día, momentos antes de la sesión, un grupo originario de su país llegó a darle información acerca de su mamá, refiriendo que aún estaba con vida, sin embargo, su pie se mostraba bastante mal.

### **Descripción del Proceso Terapéutico.**

#### *1) Aprender lo que el cliente quiere,*

El caso de Rodrigo es muy particular, dado que él ya llevaba un proceso terapéutico con otra psicóloga, para definir cuál era la necesidad del cliente, la terapeuta le preguntó de manera directa y concreta *qué es lo que necesitaba en ese momento*. Lo que distingue al modelo de TSU de otros enfoques de terapia es que no hay programación de citas, la terapeuta está disponible cuando el cliente quiere y necesita ser atendido (Campbell, 2012).

Para Rodrigo, la problemática estaba relacionada con la preocupación y la culpa de no haber estado “bien” con su mamá antes del accidente.

2) *Desarrollo de un entendimiento contextual,*

Para entender el contexto la terapeuta exploró *¿por qué en este momento?* y de acuerdo con Rodrigo en ese momento necesitaba hablar con alguien porque un grupo de personas le comentó que su mamá continuaba en el camino, lo cual le generó culpa y preocupación de no volver a ver con vida a su mamá, así como, al recordar que antes de salir de su país discutió con su mamá, por lo que durante el camino no le habló.

3) *Conociendo a la persona fuera del problema,*

La terapeuta hizo preguntas para que juntos pudiesen identificar herramientas que le eran de utilidad a Rodrigo y le permitían manejar la preocupación. Al explorar qué era lo que le ayudaba a mantenerse tranquilo, él mencionó que, el mantenerse ocupado, pero que últimamente no podía estarlo porque no dejaba de pensar en lo que le gustaría decirle a su mamá. La separación de Rodrigo con sus padres representó para él un momento doloroso, de búsqueda de cambios y adaptación, asimismo, presentó “el sentimiento de culpa del sobreviviente” (ILEF, 2017) que se caracteriza por la impotencia de no haber podido proteger a su madre y padre.

Se le preguntó acerca de lo que quería decirle a su mamá, pero, Rodrigo parecía tener dificultades para expresarlo con palabras, ya que hacía pausas constantes acompañadas de llanto; Rodrigo comentó que en su sesión con la otra psicóloga descubrió que escribir, es una de las herramientas que le ayudan a expresarse.

4) *Ir a lo pequeño,*

Es importante ayudar al cliente a identificar y priorizar sus objetivos y problemas (Slive y Bobele, 2013).

Con base en lo que Rodrigo comentó con respecto a querer hablar con su mamá y la herramienta de

la escritura, la terapeuta le propuso redactar una carta para su mamá en donde expresara lo que en ese momento le gustaría decirle. Rodrigo accedió y escribió la carta.

Al finalizar la carta, se le preguntó si quisiera compartir lo que escribió, pero respondió que no. Es así como a través de preguntas narrativas se *exploró qué creía que pensaría su mamá acerca de lo que había escrito, qué de lo que era importante para Rodrigo estaba presente en esa carta.*

Posteriormente, él comentó que le gustaría que su mamá tuviera la carta, pero que en este momento no podía hacerlo dado que su mamá estaba lejos del campamento, “el río es lo que me separa de ella” (sic); por lo que se reflexionó en cómo podríamos hacer llegar la carta a su mamá. Debido a que el campamento estaba cerca de un río, se pensó en un barco que podría transitar por el río. Rodrigo hizo la carta en forma de barco y junto con la terapeuta lo fue a dejar al río, simbolizando que esa carta llegaría a su mamá.

##### 5) *Cierre,*

Hacia el final de la sesión Rodrigo reflexionó que escribir la carta a su mamá, hacerla barquito e ir al río a dejársela le ayudó a “descargar” todo eso que quería decirle, haciendo un poco menos difícil la espera. Se le recordó que era importante que continuara con su proceso terapéutico con la psicóloga que solía acudir, pero, si en algún momento llegaba a necesitar del servicio, estaba abierta la posibilidad de asistir.

Finalmente, comentó que se sentía con fuerza incluso para hablar con los agentes de migración y poder acelerar el proceso de búsqueda y rescate de su mamá.

Como terapeuta, considero que Rodrigo se sintió más conectado desde el amor a su mamá, mas que a la culpa, esto lo creo porque al final de la sesión él ya no mencionaba sentirse culpable, sino, con la esperanza de construir nuevos recuerdos con su mamá. A pesar de no contar con seguimiento, Rodrigo

permaneció más tiempo en el campamento, en la espera de sus padres. Sin embargo, pude presenciar la constancia que tuvo para hablar con migración para poder traer a sus papás con él. Dos semanas después, logró reencontrarse con ellos.

### **3.1.5 ¿Cómo volver a ser salvador?**

#### **Datos Generales.**

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>
Salvador	40 años	Maestría	Población en tránsito

#### **Introducción a la experiencia de Salvador.**

Salvador es un hombre de 40 años, que en ese momento estaba acompañado de su esposa, sus hijos, una niña de 5 años y un niño de 2 años. Refirió que tuvo que salir huyendo de su país ya que tenía una organización secreta que apoyaba y brindaba trabajo y protección a la comunidad LGBTIQ de su región, pero el gobierno se dio cuenta que existía esta organización y comenzó a recibir amenazas de muerte y ataques, debido a que la comunidad LGBTIQ es ilegal en su país.

#### **Motivo de Consulta.**

Salvador solicitó la atención porque se sentía culpable de no poder cuidar a su familia.

#### **Antecedentes y Condiciones Generales en las que se Presenta el Problema.**

Salvador era el principal proveedor económico en su familia, refirió que en su país vivían con un estatus socioeconómico alto, en el cual, a su esposa e hijos no les hacía falta nada. Creció sabiendo que

esa era la responsabilidad del hombre en la familia, y que no podía ser de otra manera. Además, comentó que él siempre había sido la persona que ayudaba a otras personas y que ahora sentir que necesita ayuda, le generaba mucha tristeza y malestar.

### **Descripción del Proceso Terapéutico.**

#### *1) Aprender lo que el cliente quiere,*

La terapeuta, comentó que el cambio es constante y que los cambios pequeños pueden llevar a algo grande (Slive y Bobele, 2013), por lo que, le preguntó al consultante qué era lo que necesitaba de la sesión para que fuese de utilidad, Salvador comentó que actualmente se siente culpable y con impotencia de no poder cuidar y proteger a su familia como un hombre tendría que hacerlo.

#### *2) Desarrollo de un entendimiento contextual,*

Para comprender por qué la persona está buscando apoyo en este momento, se le preguntó *¿Por qué es importante para ti hablar de esto en este momento?*, así mismo, considerar el contexto social en el que la persona está inmersa la persona para entender sus posibilidades y explorar soluciones frente a la problemática (Slive y Bobele, 2013).

Salvador refirió que siempre ha sabido que la salud mental es importante, y que al darse cuenta de que en el campamento podía tener este apoyo, no dudo en solicitarlo. Asimismo, comentó que necesitaba hablar de la culpa e impotencia que siente en este momento, ya que sabía que el camino es largo y no quería sentirse así porque quería estar fuerte para su familia.

#### *3) Conociendo a la persona fuera del problema,*

Salvador refiere que se siente culpable de haber puesto en riesgo desde su país a su familia y posteriormente al tener que huir para salvar su vida. Comenta acerca de las personas que ayudó en su país, y la manera en la que cuidaba a su familia. Comentó que sabe que hay mucha gente que está agradecido con él por el apoyo que les brindó.



Se le pregunto desde una conversación de remembranza (White, 1997):

*¿Cómo te imaginas que haya sido para todas esas personas sentir que los apoyabas con seguridad y trabajo?, ¿Qué dice de ti el haber apoyado a toda esa gente?, ¿Qué valoras en la vida?, ¿Cómo crees que transformó su vida tu apoyo?, ¿Qué crees que tu esposa piensa de ti en relación con el cuidado que les has brindado?, ¿Qué has realizado en el camino que te muestre evidencia del hombre que eres?*

En este tipo de conversaciones la persona reconoce la influencia positiva que otras personas han tenido en su vida, así como también reflexiona sobre la influencia que ella misma ha ejercido en los demás (Young, 2014). Salvador reflexionó que ha ayudado a mucha gente, y que el salir de su país fue una muestra y necesidad de cuidar a su familia y que, a pesar del camino, ha hecho todo lo que ha podido para cuidar a su esposa e hijos.

#### **4) Ir a lo pequeño,**

Reconociendo que estaba presenta la sensación de pérdida de control y culpa, se ayudó a Salvador a centrarse en un pequeño cambio que pudiera ayudarlo en ese momento. Salvador comentó que lo que podría ayudarlo en la culpa que sentía, era recordar que no estuvo en sus manos salir de su hogar y que tuvo que hacerlo por cuidar a otras personas en situaciones vulnerables y que eso no lo hace un mal hombre; al contrario, y que sabe que su esposa está muy orgullosa de él y que siempre ha estado para apoyarlo.

#### **5) Cierre,**

Se reflexionó con Salvador la posibilidad de hablar con su esposa y exponerle cómo se siente, para poder llegar a acuerdos en relación con los cuidados en el camino, y de qué manera ella necesita ser apoyada y él también.

Las estructuras de poder social e individual que los hombres han construido a lo largo del tiempo se convierten en una fuente de temor, aislamiento y sufrimiento (Kaufman, 1999). La creencia de tener

que ser un buen hombre para su familia, es decir, una imagen idealizada de un "hombre fuerte y protector" (Goodrich et.al., 1989), que, al verse cuestionado por eventos ajenos a él, como huir de su país, genera frustración en la concepción que tiene de sí mismo, impactando en la relación de pareja, transformándose en un esposo aislado y reservado.

En este sentido, los estereotipos de roles de género contribuyen a malentendidos y tensiones en la dinámica de pareja, ya que imponen expectativas preconcebidas sobre cómo deben comportarse y cumplir sus funciones. Superar estos estereotipos puede permitir un espacio más abierto y equitativo para que los miembros de la familia expresen sus verdaderas necesidades y deseos.

Como terapeuta, considero que Salvador se fue decidido a conversar con su esposa, desde la colaboración en pareja y no desde la culpa, sin embargo, creo que los estereotipos acerca de cómo debería ser un esposo y padre, continuaban rígidos, sin embargo, pudo aceptar que necesitaba ayuda y que durante el camino iba a tener que aprender a decir sus necesidades en voz alta, ya que todavía quedaba mucho por recorrer. Dos días después, una organización pudo hablar con él, y con base a su historia, apoyaron a la familia a avanzar más rápido en su proceso migratorio.

### ***A Modo de Reflexión***

En la experiencia migratoria de las seis personas presentadas se ve marcada por la movilidad forzada, la violencia y condiciones de vida extremadamente precarias. Estos desafíos imponen condiciones y necesidades muy particulares que demandan una intervención clínica adaptada. La adecuación de las estrategias terapéuticas a estas realidades se establece como un componente esencial para abordar las complejas demandas emocionales y psicológicas de los clientes.

Estas cinco experiencias fueron seleccionadas porque las considero representativas de intervenciones breves en un contexto de crisis migratoria. Sin embargo, la efectividad de estas

intervenciones no pudo ser evaluada a mediano o largo plazo, ya que no volví a ver a las y los consultantes nuevamente<sup>8</sup>. Aun así, como terapeuta pude observar pequeños cambios tanto en el discurso como en la consideración de pequeños pasos a tomar al salir de la sesión, lo cual para mí fueron indicadores de que la conversación fue significativa.

La postura colaborativa fue y es un eje importante en mi práctica para construir la relación con los consultantes a través de la transparencia (González y Faubert, 2019), manteniendo conversaciones abiertas (Andersen, 2018) con curiosidad genuina (Sesma, 2011), respetando y valorando el conocimiento local (Tarragona, 2006), así como sus historias, sus narrativas, su lenguaje y sus significados. A partir de esto, se reconoce la diversidad en las experiencias (Young, 2013). Teniendo esta postura se entiende que no hay que dar por hecho cómo debe ser o no un problema o solución, sino que se le da poder a la persona que consulta para hablar de su situación y elegir, tanto en la conversación como fuera de ella, qué acciones tomar, reconociendo a las personas como expertas en sus propias vidas, es decir, que saben lo que funciona mejor para ellas.

Asimismo, como terapeuta, al trabajar desde la Terapia de Sesión Única fue importante para mí (Bloom, 2001; Bobele, López, Scamardo y Solórzano; 2008; Bobele y Slive, 2013; Hoyt et al., 2020; Young et al., 2012; Young, 2013):

- Creer que el cambio rápido es posible, resaltando la capacidad inherente de las personas para hacer cambios significativos en sus vidas.
- De igual manera, considerar cada situación como única, es decir, ajusto el enfoque, prácticas e intervenciones a las necesidades individuales.

---

<sup>8</sup> Con la excepción de la pareja a quienes encontré una semana después, fuera del contexto terapéutico, quienes compartieron que habían construido una casa con los recursos que habían podido obtener.

- Al tener un tiempo limitado por sesión, fue esencial poner menos énfasis en la historia y más en la persona, es decir, no se necesita saber tanto sobre la historia del problema, sino más sobre la persona, sus recursos, habilidades y destrezas, centrándome en el presente y las soluciones posibles.
- En cada una de las sesiones, verifiqué si estábamos en el camino correcto, es decir, aclaré si estábamos conversando acerca de lo que la persona quería y necesitaba, aclarando los objetivos.

Las intervenciones de la TSU, conllevan una perspectiva que no deja de lado quién es la persona que consulta, con el cuidado de no pasar inadvertidas las experiencias, las vulnerabilidades, las violencias, las dinámicas de migración, pobreza, incertidumbre y desencadenantes de las dinámicas interrelacionales.

Los relatos presentados ofrecen una panorámica de las diversas problemáticas que la población migrante enfrenta en su travesía hacia Estados Unidos. Desde el principio, se hizo hincapié en evaluar las necesidades de los clientes, priorizando la identificación de posibles carencias en términos de necesidades básicas y atención médica.

En cada uno de los relatos, surgen narrativas relacionadas con la culpa y la responsabilidad de haber abandonado sus países de origen. Al compartir sus experiencias migratorias y los riesgos enfrentados, todos expresaron sentimientos de arrepentimiento y deseos de no haber tomado ciertas decisiones. Sin embargo, algunos reconocieron que, en retrospectiva, la única opción para salvaguardar sus vidas o las de sus seres queridos fue emprender esa travesía. Por lo que, las personas en movilidad son personas flexibles para sobrevivir frente a la inestabilidad del día a día. Al plasmar estas experiencias se muestra la complejidad social en una óptica de salud mental.

Es crucial destacar que la duración de la intervención varió de acuerdo con las necesidades individuales, oscilando entre 40 y 70 minutos por sesión. Además, se debe tener presente la limitación de

recursos humanos en situaciones de crisis humanitaria, lo cual exige una cuidadosa evaluación del tiempo disponible para la intervención. Esto resalta la ventaja de la sesión única de sacar el máximo en una sola sesión, para dar cabida a mayor número de personas atendidas.

Además, me gustaría resaltar, que, de las cinco experiencias abordadas durante la sesión única, tres de ellas se limitaron a una sola sesión debido a que la persona no tenía la intención de permanecer más tiempo en el campamento. Además, hubo una experiencia que no generó interés en un seguimiento posterior. La última sesión única se llevó a cabo porque la persona ya estaba en proceso terapéutico con otra colega y solicitó nuestros servicios al no poder comunicarse con su terapeuta habitual. Esta variedad de situaciones subraya la flexibilidad de la TSU para atender a las personas en distintos momentos y adaptarse a las necesidades específicas de cada situación.

Estos relatos evidencian la complejidad de las experiencias migratorias, reconociendo que estas experiencias son un entramado de dinámicas interpersonales conectadas con condiciones socioeconómicas. Con esto, la importancia de adaptar las intervenciones clínicas a las realidades específicas de cada persona. El equilibrio entre la atención necesaria y los recursos disponibles emerge como un desafío constante en contextos de crisis humanitaria.

Como terapeuta, colaborar con esta población ha sido un camino lleno de emociones, sentimientos y sensaciones. En ocasiones, cuando se trabaja con población en movimiento, he sentido frustración de no poder hacer más allá de la sesión, porque el sentido de humanidad está presente al presenciar y escuchar todos estos relatos de injusticia. Por otro lado, al tener la posibilidad de colaborar con ellas y ellos, reconozco la fortaleza para sobrevivir y enfrentar todas las adversidades del camino, honrando su sabiduría.



## Capítulo 4. Consideraciones finales

---

En el presente capítulo, se aborda el análisis de las competencias profesionales adquiridas durante la formación en la maestría en Terapia Familiar Sistémica, en congruencia con el perfil de egreso establecido por la Unidad de Posgrado de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM (2013). Se destacan las habilidades teórico-conceptuales, clínicas, de investigación, éticas y de compromiso social, delineando cómo estas competencias se alinean con las áreas específicas del perfil de egreso.

El objetivo principal de este capítulo es proporcionar una visión detallada de las competencias profesionales desarrolladas a lo largo de la maestría en Terapia Familiar Sistémica. Se busca evidenciar la capacidad para conceptualizar, analizar y aplicar modelos teóricos, así como resaltar las destrezas clínicas, éticas y de compromiso social adquiridas. Este análisis contribuye a una comprensión profunda de la preparación integral del terapeuta familiar sistémico, abordando tanto los aspectos teóricos como las habilidades prácticas esenciales para el ejercicio profesional. Finalmente, se invita a una reflexión personal sobre la experiencia en la maestría. Se abordan los desafíos iniciales, las sensaciones y se comparten aprendizajes significativos.

### 4.1. Análisis de las Competencias Profesionales Adquiridas

En este apartado, se detallan las competencias profesionales que adquirí durante mi formación en la maestría en Terapia Familiar Sistémica, haciendo énfasis en las habilidades teórico-conceptuales y clínicas dado que este documento de tesis tiene como objetivo reflejar mi actividad profesional como terapeuta familiar en formación en la Facultad de Psicología de la UNAM. No obstante, se mencionan algunas otras actividades como las de investigación y difusión del conocimiento, pero sin profundizar en ellas.

#### **4.1.1 Competencias Profesionales Teórico-Conceptuales**

De acuerdo con la UNAM (2013) las siguientes tres competencias son las esperadas en un egresado del programa de posgrado en Terapia Familiar Sistémica: 1) conceptualizar de los modelos teóricos, 2) analizar la viabilidad de los modelos teóricos, y 3) identificar la viabilidad clínica en el contexto.

##### **1. Conceptualizar los aspectos teóricos de los diferentes modelos expuestos en el programa.**

Durante mi formación, adquirí la capacidad de conceptualizar los aspectos epistemológicos y teóricos de diversos modelos en Terapia Familiar Sistémica y posmoderna. Esto incluye una comprensión detallada de enfoques estructurales, estratégicos, modelo de Milán, terapia breve orientada al problema y a las soluciones, sesión única, modelos, prácticas y enfoques postmodernos, como el dialógico, colaborativo y la narrativa. Como terapeuta sistémica, trabajo desde una perspectiva que considera a las personas como parte de sistemas más amplios, como familias, comunidades y culturas. Algunos aspectos teóricos que han sido relevantes para mi trabajo incluyen los patrones de comunicación, los roles familiares y las dinámicas de poder que afectan el bienestar de mis clientes. Asimismo, a través del constructivismo y construccionismo social, considero que el problema se construye con base en cómo se habla de éste, además, de que las personas construimos significados a través de las relaciones sociales y el lenguaje. Como terapeuta, reconozco que las percepciones y realidades de mis clientes son construidas socialmente y busco co-construir narrativas alternativas que promuevan el cambio.

##### **2. Analizar y discutir la viabilidad de los modelos teóricos, proponer hipótesis explicativas.**

Desarrollé la habilidad de analizar críticamente los modelos teóricos, evaluando su aplicabilidad y accesibilidad en contextos terapéuticos específicos, tales como, el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” en donde se brindó atención a parejas de nivel socioeconómico medio, estudiantes de la UNAM, y familias con motivo de consulta relacionado con el terremoto de 2017, asimismo, en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” en donde los motivos de consulta estuvieron relacionados a adicciones, violencia de género e infidelidad, y finalmente en el Instituto Nacional de

Rehabilitación, en donde se trabajaba con las familias con un integrante en proceso de rehabilitación física. Las intervenciones en cada uno de los centros fueron realizadas a partir de distintos modelos y practicas terapéuticas, sobre todo orientadas por las y supervisores de estos. Las hipótesis que se realizaban durante el proceso eran conversadas y planteadas durante las discusiones de caso, las cuales eran muy enriquecedoras para ampliar la visión de las intervenciones y posibilidades terapéuticas. Ahí fue en donde entrené mi manera de plantear lo que miraba en mis consultantes, en su discurso, y los distintos caminos que se podían emprender con ellas y ellos. Esto es algo que, a la fecha, me ayuda mucho en la práctica, establecer hipótesis acerca de lo que está ocurriendo y poder compartirlo con colegas, y en la sesión con mis consultantes, desde un lugar curioso y tentativo.

**3. Identificar la especificidad de los modelos y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos que intervienen.** Se ha fortalecido mi capacidad para identificar la particularidad de cada modelo y aplicarlos de manera efectiva en contextos clínicos diversos. Esto incluye la adaptación a las pluralidades de los sistemas familiares, así como la consideración de los contextos culturales y sociales que influyen en la aplicación clínica. Como terapeuta, observo cómo el lenguaje dentro de los sistemas familiares puede contribuir a la solución de problemas o perpetuarlos, y trabajo para que los y las consultantes puedan construir otro tipo de patrones desde un lugar que conecte más con la versión preferida de sí mismas. Asimismo, colaboro con mis consultantes para identificar sus fortalezas y habilidades, así como al observo el contexto en el cual llevo a cabo mi práctica clínica para considerar los recursos disponibles en su entorno, y trabajar juntos para desarrollar soluciones prácticas y sostenibles.

#### **4.1.2 Competencias Profesionales Clínicas**

Según las competencias establecidas para los y las egresadas de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, de acuerdo con el Programa de Posgrado en Psicología de la UNAM (2013), se espera que



desarrollen habilidades clínicas que abarquen la detección, evaluación y tratamiento en el ámbito terapéutico.

En mi recorrido por la maestría, noto que se hizo hincapié inicialmente en la realización de entrevistas familiares para identificar los motivos de consulta y aplicar los conocimientos teóricos de manera práctica. Más adelante, el desafío implicó ir más allá de los modelos terapéuticos, adoptando una postura personal al elegir el enfoque que mejor se adaptara a mí. Esto también incluyó la elaboración de planes de tratamiento y la integración de expedientes clínicos.

Además, mi experiencia abarcó desempeñarme como terapeuta de manera individual, coterapeuta y como parte de un equipo reflexivo y terapéutico. Aprendí valiosas herramientas a través de la colaboración con mis compañeros.

Mis mayores desafíos se centraron en la tentación de abordar los casos desde una perspectiva técnica y la reflexión sobre la necesidad de ajustar las intervenciones según lo que la persona solicitara. En ciertos momentos, me sentía incómoda al percibir que la persona no había expresado específicamente lo que yo estaba implementando y que estaba siendo supervisada desde un enfoque más estratégico.

Sin embargo, comprendí la importancia de crear mi propio enfoque terapéutico basado en mis valores y en las necesidades expresadas por mis consultantes. Esta experiencia me enseñó a equilibrar la técnica con la adaptabilidad, reconociendo que cada intervención debe ajustarse a las demandas individuales de las personas que buscan ayuda, teniendo pericia y sensibilidad.

Durante la maestría entendí que solo puedo brindar el servicio a las personas que lo solicitan, que es importante escuchar qué es lo que la persona está solicitando y que no puedo imponer lo que yo creo o pienso que es “mejor” para ella.

Considero que hoy, soy capaz de identificar motivos de consulta y construir con la persona un enfoque y meta terapéutica; asimismo, puedo realizar intervenciones y prácticas terapéuticas con los consultantes desde distintos modelos, enfoques, posturas, pero siempre atendiendo a que dichas y prácticas sean acordes a lo requiera la persona consultante.

#### **4.1.3 Competencias profesionales de ética y compromiso social**

Para dar cuenta de la ética y los procesos que ésta implica en la formación de los y las terapeutas familiares retomo el Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar por la Comisión de honor y Justicia de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF, 1997), en específico, cuatro rubros, la responsabilidad con los pacientes, la confidencialidad, la integridad profesional y la responsabilidad a la profesión.

#### **Figura 14**

##### *Responsabilidad ética con los pacientes*

<b>Responsabilidad con los pacientes</b>
1.1 Los terapeutas no discriminarán ni negarán sus servicios profesionales a nadie debido a motivos étnicos, religiosos, de género, de nacionalidad, de clase o de preferencia sexual.
1.2 Los terapeutas deberán estar conscientes de la influencia que pueden ejercer con sus pacientes y evitarán abusara de la confianza y de la dependencia de tales personas. Por lo tanto, harán esfuerzos para evitar una relación mutua que pudiera afectar su juicio profesional y aumentar el riesgo de abuso. Cuando la relación no se pueda evitar, el terapeuta tomará las precauciones adecuadas para asegurar que su juicio no sea deformado y que no exista abuso alguno. El ejemplo de una relación mutua incluye, pero no está limitado a, negocios o relaciones

cercanas con el paciente. La intimidad sexual con los pacientes durante la terapia y dos años posteriores a éstas quedará prohibida.

1.3 Los terapeutas no utilizarán la relación profesional con sus pacientes para su propio beneficio.

1.4 Los terapeutas respetarán los derechos de toma de decisiones de sus pacientes y los ayudarán a entender las consecuencias de tales decisiones. Claramente advertirán que cualquier tipo de decisión sobre el matrimonio es responsabilidad del paciente.

1.5 La terapia se prolongará mientras sea razonablemente claro que el paciente se está beneficiando de esa relación.

1.6 Los terapeutas ayudarán a los pacientes en la obtención de otro servicio terapéutico, si consideran que por razones particulares no está dentro de su competencia o capacidad tal ayuda profesional.

1.7 Los terapeutas no abandonarán, ni negarán tratamiento a los pacientes sin antes hacer los arreglos adecuados para la continuación del tratamiento.

1.8 Antes de utilizar videos, grabaciones o permitir la presencia de terceras personas los terapeutas deberán obtener el consentimiento explícito del paciente, de preferencia por escrito.

*Nota.* Adaptado del Código ético de la asociación mexicana de terapia familiar AMTF (1997)

Como terapeutas tenemos responsabilidades, deberes, compromisos con la sociedad. Pero, sobre todo, a pesar de que sea difícil de aceptar tenemos poder y una jerarquía en relación con nuestros consultantes, lo cual implica asumir responsabilidad acerca de lo que decimos y hacemos durante un acompañamiento psicoterapéutico. Durante mi experiencia en la maestría y fuera de ella, he visualizado mucho más la responsabilidad que recae en mí como terapeuta, no tener acciones que representen un beneficio para mí o que den a entender eso, ser explícita en la relación que tengo con mis consultantes

dentro del marco profesional, teniendo una postura colaborativa, para generar espacios de confianza y seguridad; asimismo, en relación con el tiempo del proceso terapéutico, dado que el presente trabajo se basó en la terapia de sesión única, creo firmemente que no se debe negar el servicio a las personas cuando es solicitado, que hay que tener en claro qué otros servicios están disponibles para la comunidad para referir cuando no sea posible brindar el servicio solicitado por la persona, por ejemplo, centros de salud, Organizaciones No Gubernamentales, psiquiatras, con servicios de trabajo social.

Al iniciar los procesos terapéuticos, intento dar la mayor información posible en los encuadres acerca de sus derechos cuando reciben un servicio de salud mental; uno de ellos es la de la protección de su información, como el consentimiento informado, hablado y firmado por la persona que consulta.

En el siguiente Figura 15 se presentan los artículos del código de la AMTF (1997):

### **Figura 15**

#### *Confidencialidad*

<b>Confidencialidad</b>
<p>2.1 Los terapeutas no podrán hacer declaraciones en relación a las confidencias de los pacientes excepto en los siguientes casos: (a) si lo determina la ley, (b) para prevenir daño a una o varias personas, (c) si el terapeuta es acusado de acciones civiles, criminales o disciplinas que surgieran a raíz de la terapia (dado el caso, podrán revelarse las confidencias del paciente solamente en lo que se refiere a esa acción), o (d) si existe una dispensa (exención) por escrito obtenida con anterioridad, la información podrá revelarse de acuerdo a los términos que señale la dispensa. En circunstancias donde exista más de una persona de la familia recibiendo terapia, cada miembro de esa familia es legalmente competente para ejecutar la dispensa en relación a si mismo. La declaración deberá estar de acuerdo con lo que la dispensa indique. Sin la dispensa</p>

de todos y cada uno de los miembros de la familia legalmente competente, el terapeuta no podrá revelar la información que recibió, en lo que concierne a todos los demás.

2.2 Los terapeutas podrán utilizar el material clínico del paciente para enseñanza, escritura y presentaciones al público, sólo si ha obtenido autorización específica o cuando se hayan tomado los pasos necesarios para proteger la identidad y confidencialidad del paciente.

2.3 Los terapeutas conservarán los registros del paciente, de forma tal que se pueda mantener la confidencialidad.

*Nota.* Adaptado de *Código ético*, por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar AMTF, 1997 en <https://amtfac.wixsite.com/amtf/codigo-tico>

De acuerdo con el punto 2.2 *Los terapeutas podrán utilizar el material clínico del paciente para enseñanza, escritura y presentaciones al público*, en la presentación y redacción de los casos presentado en el capítulo tres del presente documento, se tomaron las medidas necesarias para proteger la identidad y confidencialidad de los y las clientes.

Considero que este apartado es uno de los más importantes cuando hablamos de brindar un servicio de salud mental, ya que las personas nos están confiando lo más valioso que tienen, además de datos sensibles que podrían ponerles en diversos tipos de riesgo, por ejemplo, la confianza en el terapeuta se ve amenazada si la información compartida por los menores no se mantiene confidencial, lo que podría resultar en una falta de apertura y colaboración en el proceso terapéutico. Además, la falta de confidencialidad puede generar problemas de privacidad familiar y tensiones con los padres, madres o tutores legales, quienes tienen derechos y expectativas específicas en relación con el tratamiento de sus hijos menores. Así como, la consideración cuidadosa de las obligaciones legales y éticas es crucial, ya que, en situaciones de peligro inminente o abuso infantil, el terapeuta puede estar obligado a divulgar información, lo que añade complejidad a la gestión de la confidencialidad en el contexto de la terapia con menores.

Estos aspectos resaltan la importancia de establecer límites claros desde el inicio y de manejar con sensibilidad las implicaciones éticas y legales para proporcionar un servicio de salud mental efectivo y ético. Como terapeuta es importante saber en qué condiciones podríamos romper la confidencialidad, la Sociedad Mexicana de Psicología en el Código Ético del Psicólogo (2014) refiere que se romperá la confidencialidad sin consentimiento para proteger al cliente u otras personas de algún daño, en ese sentido, yo informo al inicio de cada proceso y sesión que únicamente rompería la confidencialidad bajo esta situación, por lo que les mantengo informados.

### **Figura 16**

#### *Capacidad e integridad profesional*

<b>Capacidad e integridad profesional</b>
<p>3.1 Se considerará que los terapeutas están violando este Código Ético y, por lo tanto, están sujetos a la exclusión de la Asociación o a otra acción correspondiente, si: (a) son culpables de cualquier delito* , (b) son culpables de un delito relacionado a su capacidad o funciones, (c) se comprometen en conductas que pudieran conducir la condena de un delito relacionado a sus capacidades o a sus funciones, (d) tienen sus licencias o certificados temporalmente suspendidos, revocados o han sido amonestados por instancias reguladoras, (e) ya no son competentes para ejercer la terapia de pareja o de familia porque han sufrido deterioro físico o mental causado por abuso de alcohol u otras sustancias, o (f) no cooperan con la Asociación en cualquier punto.</p> <p>3.2 Los terapeutas deberán buscar la ayuda profesional correspondiente para solucionar sus problemas o conflictos personales, mismo que pudiera deteriorar el desarrollo de su trabajo o juicio clínico.</p>

3.3 Los terapeutas, en el papel de maestros, supervisores e investigadores, deberán aplicar un alto nivel de conocimientos y de información precisa.

3.4 Los terapeutas deberán mantenerse actualizados en las investigaciones, en el conocimiento y en la práctica de la terapia familiar a través de actividades de educación continua.

3.5 Los terapeutas no deberán involucrarse en situaciones sexuales u otra forma de acoso o abuso de pacientes, estudiantes, candidatos en entrenamiento, supervisados, empleados, personas sujetas de investigaciones, testigos o demandantes de investigaciones y/o procedimientos éticos.

3.6 Los terapeutas no deberán diagnosticar, dar tratamiento o aconsejar si el problema está fuera de su competencia.

3.7 Los terapeutas deberán hacer lo posible para evitar la alteración o mal uso de sus hallazgos clínicos y/o de investigación.

3.8 Los terapeutas, debido a su alcance para influenciar y alterar la vida de otros individuos, deberán ejercer especial cuidado al hacer sus recomendaciones y dar opiniones en testimonios u otras afirmaciones públicas y/o privadas.

*Nota.* Adaptado de *Código ético*, por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar AMTF, 1997 en <https://amtfac.wixsite.com/amtf/codigo-tico>

Me parece que un punto clave aquí es no dar un diagnóstico cuando no se te está solicitando y menos si no se cuenta con una formación específica para ello. Las y los docentes del programa nos enseñan a no poner etiquetas a nuestros consultantes; por otro lado, en mi práctica profesional, colaborando como voluntaria, me he encontrado con que las organizaciones piden que se asignen estos diagnósticos a las personas, tras una primera evaluación, lo cual en ocasiones es necesario para una situación meramente estadística y de recolección de datos. Otro punto es la constante actualización, no solo a nivel académico, profesional, sino, cultural, política y social, como objetivo de dar un mejor servicio

a la comunidad, conociendo de dónde viene la persona que está sentada frente a mí y cómo esto puede estar contribuyendo a su situación actual, es decir, los factores sociales-culturales-políticos que impactan a su salud mental.

Como terapeuta tengo la responsabilidad de cuidar mi salud mental, por lo que, es importante tener el propio proceso terapéutico con el fin de cuidarme y cuidar cómo me relaciono con mis consultantes.

Durante la maestría se ve recalca el trabajo de la “persona del terapeuta”, recuerdo que sobre todo en mi supervisión en el Instituto Nacional de Rehabilitación mi supervisor constantemente nos preguntaba cómo estábamos situados como terapeutas y qué era lo que nos hacía falta; creo que las supervisiones desde un lugar horizontal y humano contribuyen a la construcción ética y sana del terapeuta.

### **Figura 17**

#### *Responsabilidad a la profesión*

<b>Responsabilidad a la profesión</b>
6.1 Los terapeutas deberán ser responsables a nivel profesional cuando actúen como miembros o empleados de organizaciones.
6.2 Los terapeutas deberán otorgar crédito de publicación a aquellos que han contribuido con dicha publicación y en relación con su contribución, de acuerdo con el ejercicio de publicaciones de prácticas profesionales.
6.3 Los terapeutas que son autores de libros u otro material que es publicado o distribuido deberán de citar en éste, de quien fue la idea original.



6.4 Los terapeutas que son autores de libros u otros materiales publicados o distribuidos por una organización deberán tomar las precauciones necesarias para garantizar que la organización promueva y de publicidad al material con precisión y objetividad.

6.5 Los terapeutas deberán participar en actividades que contribuyan a mejorar a la sociedad y a la comunidad, incluyendo una parte de su actividad profesional para servicios por los cuales reciban una pequeña o ninguna retribución.

6.6 Los terapeutas deberán preocuparse en desarrollar leyes y regulaciones relacionadas a la terapia de pareja y de familia que estén al servicio y sean de interés público, alterando con las que no sean de interés público.

*Nota.* Adaptado de *Código ético*, por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar AMTF, 1997 en <https://amtfac.wixsite.com/amtf/codigo-tico>

Como terapeutas tenemos la responsabilidad de abogar por nuestros consultantes, sus derechos, y alzar la voz cuando veamos una injusticia que esté vulnerándoles; asimismo, llevar a cabo investigaciones, reportes, publicaciones que contribuyan a la visibilización de la población, sus necesidades y cómo poder abordarlas y apoyarles en estos procesos, por ejemplo, en el caso de la población migrante me parece que es importante que volquemos nuestra mirada a qué podemos hacer por ellas y ellos en relación con la salud mental y justicia social.

Asimismo, al realizar investigación, reportes, artículos es importante respetar el trabajo de nuestros colegas dándoles voz y nombre a sus pensamientos y escritos, citando y evidenciando que hay más colegas trabajando en el campo por hacer visible nuestro trabajo y necesidades de crecimiento del campo de la salud mental.

Por otra parte, durante la realización de la maestría, no percibimos una remuneración específica por los servicios terapéuticos prestados a la comunidad. Es importante destacar que esta labor se lleva a

cabo como parte de nuestro compromiso social. Aunque no recibimos una compensación directa por esta actividad, contamos con el respaldo de CONACYT, que nos brinda apoyo financiero para cursar nuestros estudios. De esta manera, al concluir la maestría, obtenemos un respaldo que contribuye al desarrollo de nuestro país.

#### **4.2 Reflexión y Análisis de la Experiencia e Implicación en la Persona del Terapeuta**

Al pensar en describir mi trayectoria en la maestría, destacando tanto retos como las dificultades y fortalezas, pienso en que mi perspectiva acerca de esta ha ido cambiando, me centraré inicialmente en cómo me sentía y qué pensaba en el momento en que la cursé, trataré de posicionarme en ese momento, y, posteriormente, daré una reflexión acerca de cómo lo vivo ahora.

Entré a la maestría a los 22 años; saliendo de la universidad, me encontré con colegas que tenían mayor experiencia clínica. Mi primera clase me hizo sentir con agobio, ya que la idea era presentarnos desde lo que habíamos realizado en nuestra “vida” profesional; como era de esperarse, únicamente contaba con las prácticas profesionales, servicio social y voluntariados. A diferencia de las otras personas integrantes de mi generación, quienes contaban ya con bastante experiencia, por ello, me encontraba en un lugar en donde constantemente me estaba comparando, ahora me pienso afortunada de haberme rodeado de personas con tanta experiencia, ya que eso me hizo aprender mucho de ellas, recuerdo una experiencia de mi papá: cuando estaba en su adolescencia, constantemente iba a jugar billar con sus amigos, en ese lugar siempre había una mesa en donde jugaban personas más grandes y con mucha más experiencia, era tanta la experiencia que él notaba en los otros, que él se quedaba asombrado. Un día quedó con sus amigos de jugar, y, él fue el primero en llegar, mientras esperaba, uno de los señores de la mesa con más experiencia, le invitó a jugar con él; mi papá le dijo que no porque estaba esperando a sus amigos, a lo que esta persona le respondió “tienes que aprender a jugar con los grandes, si te quedas jugando con las mismas personas, nunca vas a crecer”. En este momento, eso me hace sentido, el agobio, miedo y sensación de insuficiencia lo puedo resignificar ahora, sí lo sentí, fue real para mí en ese

momento, pero aprendí mucho, sobre todo a dar valor a mi propia experiencia la cual no vale menos que las de las otras personas.

Respecto a mi experiencia en clase, recibí comentarios por parte de docentes, supervisoras y compañeros que, en su momento, resultaron dolorosos. Me sentí abrumada por la sensación de no estar a la altura del programa y de las expectativas de las profesoras. Al reflexionar sobre esos momentos, considero importante hacer una invitación a quienes acompañan a las nuevas terapeutas, instándoles a brindar un apoyo más compasivo y constructivo. Este programa, caracterizado por su excelencia y exigencia, puede generar un impacto significativo en la confianza de los estudiantes al llevar procesos de terapia con consultantes

Por otro lado, tuve experiencias muy bellas en la maestría, hice muy buenas amigas y compañeras quienes me ayudaron y acompañaron en el proceso. En el último semestre tuve la oportunidad de hacer una estancia académica en el Houston Galveston Institute (HGI), ahí me di cuenta de que la formación en la maestría es bastante buena a nivel teórica y práctica.

Cuando salí de la maestría quise continuar con mi sueño de ser parte de una organización humanitaria; por lo que lo hice, sin embargo, al enfrentarme en el trabajo terapéutico con población migrante me di cuenta de que la maestría había aportado en mis distintas maneras de abordar diferentes problemáticas, pero con un solo tipo de población de la maestría y en mis sedes de práctica clínica: mexicana con estatus socioeconómico medio, por lo que, considero que no me enseñó cómo abordar problemáticas con poblaciones en situaciones vulnerables.

Esto tuvo un impacto en cómo me miraba como terapeuta. Comprendí que como terapeuta tengo la responsabilidad de informarme, estudiar, saber de qué manera puedo ayudar a la población desde una postura ética. Durante la formación como terapeuta, se tiende a querer adoptar un modelo para *hacer terapia* en lugar de *ser terapeuta* (Hirschhorn, 1999), una amiga de la maestría, Rosy, me comentaba que

lo importante para ayudar a las personas es tener un *corazón de terapeuta*, si bien se puede estudiar para aplicar técnicas e intervenciones específicas, *ser terapeuta* va más allá de ello, ya que “en lugar de seguir las prescripciones de otra persona o actuar por hábito, requiere una búsqueda interna para asegurarnos de que elijamos cada intervención basada en nuestros valores más profundos” (Hirschhorn, 1999), hay una necesidad de *apertura del corazón*, donde como terapeuta me conecto sinceramente con el consultante, renunciando a la idea de ser “diferente” o “ajena” a la situación. La identificación, es el resultado de estar presente con la persona, crear empatía y reducir la agenda del terapeuta, permitiendo una colaboración más fluida y menos enfocada en imponer ideas preferidas, construyendo un terreno en común a pesar de que las diferencias pudieran parecer insuperables (Hirschhorn, 1999).

Al pensar en la colaboración con población que se enfrenta a múltiples eventos traumáticos en periodos cortos de tiempo, se queda también expuesta la necesidad de ayudar y la decepción y frustración al no poder hacerlo como quisiera. Faith Kaufhold Ray reflexiona sobre la naturaleza de la terapia y la relación entre la terapeuta y el cliente, sugiere que las personas acuden a la terapia en situaciones de adversidad, por lo que se propone una conexión más personal y honesta en la terapia:

Como ha dicho un amigo mío, "No conocemos a las personas en sus mejores días". Vienen a nosotros enojados, tristes, desanimados y terriblemente vulnerables. Ampliar los códigos éticos actuales para incluir una conexión más personal y honesta hará que las conversaciones terapéuticas sean más potentes. Es un paso hacia una filosofía de ayuda que reconoce nuestra capacidad única para brindar consuelo y humanidad, así como justicia, beneficencia y autonomía (2001, p. 35).

El cambio propuesto se presenta como un paso hacia una filosofía de ayuda que va más allá de simplemente seguir estrategias, técnicas y reglas establecidas. Reconoce la capacidad única del terapeuta

para proporcionar consuelo y humanidad, además de principios éticos como justicia, beneficencia y autonomía.

Quiero destacar la Terapia de Sesión Única y de atención inmediata como una posibilidad de visibilizar la justicia social ante las largas listas de espera, la inaccesibilidad a los servicios de salud mental, a la imposición de etiquetas y diagnósticos que conllevan tratamientos impuestos. Estas prácticas dan la posibilidad de cuestionarnos como terapeutas y reconocer que la persona que consulta es quien realmente posee la magia para generar el cambio.

“La colaboración se construye sobre las posibilidades, la creatividad y la innovación resultado de las conversaciones y las relaciones” (London, Ft. George, y Wulff, 2009), por lo tanto, el trabajo conjunto está en relación con centrarse en la búsqueda de recursos y fortalezas, quitando el foco a las debilidades; buscando la diferencia. La diversidad brinda complejidad a la comunidad, hay que tomar en cuenta quién o quiénes participan en la construcción de sus problemas, desde dónde lo están hablando, y el porqué; qué discurso prevalece en la persona, y desde dónde están hablando. Considero que para nuevos trabajos con población migrante hay que destacar el marco de la interseccionalidad.

El escribir estas experiencias ha sido un reto, mirar la manera en la que me he transformado como terapeuta, gracias a las personas que han confiado en mí, ha sido bastante enriquecedor, pero a la vez, doloroso. Porque crecer duele, y para crecer hay que enfrentarse cada día a lo nuevo, a retos. Yo nunca creí enfrentarme y acompañar a personas en situaciones que vulneran al ser humano a niveles inimaginables, pero que a la vez hacen sacar lo mejor de ellas para poder recuperar un poco de dignidad y fuerza.

Pienso en lo que Defehr, et al. (2012) se preguntaron *¿Cómo podemos encontrarnos con personas que tienen estatus de inmigrantes y refugiados, respetando su honor y lo único de sus experiencias de vida, sus contribuciones comunitarias y sus logros, sus relaciones, habilidades y aspiraciones?*

Al trabajar con esta población en movilidad me di cuenta de que no estaba preparada para hacerlo, y no porque no tuviera herramientas o no hubiera estudiado, sino porque, para trabajar en sesión única, se necesita un cambio en el paradigma acerca de lo que es el cambio y el tiempo, y es muy fácil, caer en desesperación y desesperanza al saber que lo único que pudiste hacer por alguien fue darle información acerca de otras organizaciones o escucharla. Sin embargo, a veces el simple hecho de mirar a alguien a los ojos es regresarle un poco de dignidad humana.

Estoy muy agradecida de haber podido acompañar a personas en los momentos más difíciles de su vida y, muy afortunada, de haber podido conocer gente tan fuerte, valiosa y maravillosa; estas personas me han confiado una de las cosas más valiosas que el ser humano puede tener: su historia.

Como terapeuta, colaborar con esta población ha sido un camino lleno de emociones, sentimientos y sensaciones. En ocasiones, cuando se trabaja con población en movimiento, he sentido frustración de no poder hacer más allá de la sesión, porque el sentido de humanidad está presente al presenciar y escuchar todos estos relatos de injusticia. Por otro lado, al tener la posibilidad de colaborar con ellas y ellos, reconozco la fortaleza para sobrevivir y enfrentar todas las adversidades del camino, honrando su sabiduría.

Resumiría estas experiencias como no solo una migración en el territorio físico, sino en un territorio de identidad.

## Referencias

- Ackerman, N. (1994). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones Familiares. Psicodinamismos de la vida familiar. Lumen Hormé. (p. 35)
- Acuña, M. (2019). *Conceptos fundamentales: Posición occidental del sujeto teórico, tensiones sobre la idea biologicista de la mujer*. Material del curso “Introducción a las teorías feministas”, impartido en UAbierta, Universidad de Chile.
- Akerele, E., y Yur'yev, A. (2017). Single session psychotherapy for humanitarian missions. *International Journal of Mental Health*, 46(2), 133-138. <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1278962>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR México . (2023a, septiembre 12). *Más de cuatro millones de personas refugiadas y migrantes de Venezuela luchan por cubrir sus necesidades básicas en las Américas. ACNUR México.* <https://www.acnur.org/mx/noticias/comunicados-de-prensa/mas-de-cuatro-millones-de-personas-refugiadas-y-migrantes-de>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR México . (2023b, octubre 16). *ACNUR resalta la necesidad de fortalecer mecanismos que garanticen la no devolución de personas con necesidades de protección internacional. ACNUR México.* <https://www.acnur.org/mx/noticias/comunicados-de-prensa/acnur-resalta-la-necesidad-de-fortalecer-mecanismos-que-garanticen>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR México. (2023c, noviembre 17). *El alto comisionado Filippo Grandi insta a mejorar la protección para las personas desplazadas en las Américas y a abordar las causas de los movimientos. ACNUR México.* <https://www.acnur.org/mx/noticias/comunicados-de-prensa/el-alto-comisionado-filippo-grandi-insta-mejorar-la-proteccion-para>
- Álvarez García, M., Sánchez Alías, A. M., Bojó Ballester, P., Zelaiaran Miranda, K., Aseguinolaza Chopitea, A., Azanza Azanza, M. T., & Caballero Tena, S. (2016). *Manual de Atención psicológica a víctimas de maltrato machista: Tipos de Violencia* (Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa, Ed.; Vols. 27–34). <https://www.cop.es/GT/Manual.pdf>

- Álvarez-García, H. B. (2024). Effectiveness of the Unified Protocol on symptoms of anxiety and depression in Mexican adults. *Journal of basic and applied psychology research*, 5(10), 1-7. <https://doi.org/10.29057/jbapr.v5i10.11463>
- Amnistía Internacional. (2021, 10 agosto). *México: Víctimas invisibles. Migrantes en movimiento en México*. - *Amnistía Internacional*. <https://www.amnesty.org/es/documents/AMR41/014/2010/es/>
- AMTF. (1997). *Código ético*. <https://amtfac.wixsite.com/amtf/cdigo-tico>
- Andersen T. (2018). "Ver y oír, ser visto y ser oído". En Friedman. *El nuevo lenguaje del cambio: La colaboración constructiva en psicoterapia*. Editorial GEDISA.
- Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y familia*, 9(1), 3-7.
- Anderson, H. (2012). Collaborative Relationships and Dialogic Conversations: ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51(1), 8-24. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01385.x>
- Andolfi, M. (1993). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Paidós Iberica Ediciones S A.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Asay, T. I., & Larnbert, M. J. (1999). The Empirical Care for the Common factors in Therapy: Quantitative findings. En M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. <https://psychodrama.org.nz/wp-content/uploads/resources/empirical-case-common.pdf>
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy*, 45(2), 247-267. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>
- Bloom, B. L. (2001). Focused Single-Session Psychotherapy: A review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(1), 75-86. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/1.1.75>
- Bobele, M., López, S. S., Scamardo, M., y Solórzano, B. H. (2008). Single-Session/Walk-In therapy with Mexican-American clients. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 75-89. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2008.27.4.75>
- Campbell, A. (2012). Single-Session Approaches to therapy: Time to review. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(01), 15-26. <https://doi.org/10.1017/aft.2012.3>



- Cannistrà, F., Piccirilli, F., D'Alia, P. P., Giannetti, A., Piva, L. S., Gobbato, F., Guzzardi, R., Ghisoni, A., & Pietrabissa, G. (2020). Examining the incidence and clients' experiences of single session therapy in Italy: A Feasibility study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 41(3), 271-282. <https://doi.org/10.1002/anzf.1421>
- Ceballos, M., y Suárez, H. (2004). Percepciones y dimensiones de la crisis humanitaria y de derechos humanos en Colombia. *Colombia Internacional*, (60), 52-73.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010). *Manual de Lineamientos y Protocolos para la Atención Psicológica de Mujeres que viven en situación de Violencia Familiar y de Género: Plan de Seguridad Personal* (1.ª ed., Vol. 95). <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15517/ManualAtnPsicologicaCNEGSR.pdf>
- Choi, S. Y. P., Cheung, Y. W., & Cheung, A. K. (2012). Social isolation and Spousal Violence: Comparing female marriage migrants with local women. *Journal of Marriage and Family*, 74(3), 444-461. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.00963.x>
- Claramunt, C. (1999). *Serie Género y Salud Pública: AYUDÁNDONOS PARA AYUDAR A OTROS: GUÍA PARA EL AUTOCUIDADO DE QUIENES TRABAJAN EN EL CAMPO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR* (Vol. 20). <https://www3.paho.org/spanish/ad/ge/gph7.pdf>
- Cloria, C. (1988). La dependencia económica en las mujeres: El fantasma de la prostitución. En *El sexo oculto del dinero: Formas de la dependencia femenina* (3.ª ed., pp. 33-39).
- Comité Internacional de la Cruz Roja ICRC, (2020) *Informe de actividades 2020 México*. México: informe de actividades 2020 | Comité Internacional de la Cruz Roja (icrc.org) <https://www.icrc.org/es/document/informe-de-actividades-2020-mexico>
- Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: IASC
- Defehr, J., Adan, O., Barros, C., Rodríguez, S., y Wai, S. (2012). El 'no saber' y 'asumir' en los servicios sociales para refugiados e inmigrantes en Canadá: Una investigación conversacional sobre la postura del terapeuta. *International Journal of Collaborative Practices*, 3(1), 89-103.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., y Sparks Jossey-Bass, J. A. (2004). Convertirse en Terapeuta Dirigido por el Cliente: Dando al Cliente Papeles Heroicos. En *EL CLIENTE HEROICO. Una forma revolucionaria de mejorar la eficacia mediante la terapia dirigida por el cliente y guiada por los resultados*. <https://avapsiasociacion.es/wp-content/uploads/2018/09/El-cliente-heroico.pdf>

- Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué. *Psicología conductual*, 15(3), 373-387.
- Everly, G. S., y Lating, J. M. (2019). Crisis intervention and psychological first aid. En Springer eBooks (pp. 213-225). [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9098-6\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9098-6_10)
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, IFRC (2022) *Crisis migratoria en México y Centroamérica*. Consultado el 9 de enero de 2024. <https://www.ifrc.org/es/emergency/crisis-migratoria-en-mexico-y-centroamerica>
- Fruggeri L. (2016). *Diferentes normalidades*. Psicología social de las relaciones familiares. ed. página seis
- Fry, D. (2012). Implementing single session family consultation: a reflective team approach. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(1), 54-69. <https://doi.org/10.1017/aft.2012.6>
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Galtung, J. (1990). La violencia cultural, estructural y directa. Instituto Español de Estudios Estratégicos. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5832797>
- Galtung, J. (1999). Tras la violencia, 3R: Reconstrucción, Reconciliación, Resolución: Afrontando Los Efectos Visibles e Invisibles de la Guerra y la Violencia.
- García Zamora, R., y S. Gaspar Olvera (2020). “MÉXICO. CRISIS ECONÓMICA Y CRISIS MIGRATORIA AL INICIO DEL NUEVO GOBIERNO: 2018-2024”, en Alicia Girón y Eugenia Correa (coords.), *México hacia la incertidumbre*, México, UNAM-IIES/DGAPA
- García Zamora, R., y S. Gaspar Olvera (2023), “Las Migraciones de Centroamérica y México a Estados Unidos”, en Ana Mercedes Saiz Valenzuela (coord.), *Vidas Desplazadas: La Migración En México*, México, Penguin Random House.
- Gobierno de México. (2023). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2023 México. Gobierno de México.* <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/791855/15Mexico23.pdf>
- Gómez-Johnson, C. (2015). De la migración económica a la migración forzada por el incremento de la violencia en El Salvador y México. *Estudios Políticos*, 47. <https://doi.org/10.17533/udea.espo.n47a12>

- González, E., & Faubert, M. (2019). Practica dialógica, transmoderna y colaborativa: Una integración. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 9(1). <https://ijcp.files.wordpress.com/2019/12/ijcp-issue-9-p.-157-171-gonzalez-and-faubert-transmodern-and-collaborative-dialogic-practice-espac3b1ol.pdf>
- Goodrich, T., Rampage, C.H., Ellman, B., Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista*. Paidós
- Guruge, S., Khanlou, N., & Gastaldo, D. (2009). Intimate male partner violence in the migration process: intersections of gender, race and class. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 103-113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05184.x>
- Hirschhorn, D. S. (1999). Postmodern ethics and our theories: Doing therapy versus being therapists. *Journal of Systemic Therapies*, 18(4), 18-41.
- Horacio, C. F. (2007). *El poder en la familia*. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2007000100015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2007000100015)
- Hoyt, M. F., Young, J., y Rycroft, P. (2020). Single Session Thinking 2020. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 41(3), 218-230. <https://doi.org/10.1002/anzf.1427>
- Instituto Latinoamericano de la Familia, ILEF. (2017). *Resignificando la vida: Acompañamiento psicológico con migrantes desplazados*. [http://migrantologos.mx/es/images/pdf/resignificando\\_la\\_vida.pdf](http://migrantologos.mx/es/images/pdf/resignificando_la_vida.pdf)
- Instituto Latinoamericano de la Familia. (2017). *Resignificando la vida: Acompañamiento psicológico con migrantes desplazados*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2017). *Encuesta Nacional de los Hogares*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_resultados.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2018). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018\\_ns\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018_ns_presentacion_resultados.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. [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)

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2022). *Demografía y Sociedad: Salud Mental*.  
<https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). México en cifras. INEGI.  
<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#collapse-Resumen>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística, INEGI. (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018*.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados\\_enadid18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf)
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2021). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2021*. INEGI.  
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSegPub/Envipe2021.pdf>
- International Organization for Migration. (2019). *Glossary on Migration*.  
[https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_34\\_glossary.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf)
- Jiménez Godoy, A. B. (2005a). La familia poliforme: Una cultura de sentidos. En *Modelos y realidades de la familia actual* (pp. 17-30).
- Jiménez Godoy, A. B. (2005b). Imágenes y prácticas culturales de la maternidad: en busca de un sentido a la propia maternidad: El mito de la madre sacrificada. En *Modelos y realidades de la familia actual* (pp. 213-224).
- Jiménez, A. (2005). *Modelos y Realidades de la Familia Actual*. Editorial Fundamentos Colección Ciencia.
- Kaufman, M. (1999). Las siete P's de la violencia de los hombres. <https://michaelkaufman.com/>.  
<https://michaelkaufman.com/wp-content/uploads/2009/01/kaufman-las-siete-ps-de-la-violencia-de-los-hombres.pdf>
- La Asociación de Facultades, Escuelas e Institutos de Psicología de América Latina (AFEIPAL). (s. f.). GUÍA BÁSICA PARA BIENESTAR PSICOLÓGICO ANTE EVENTOS TRAUMÁTICOS.  
<http://www.healthnet.unam.mx/afeipal/lecturas/GuiaEventosTraumaticos.pdf>
- Limas Hernández, A. (2023), "Migrar. De la utopía a la frontera: Venezuela en el Bravo", en Ana Mercedes Saiz Valenzuela (coord.), *Vidas Desplazadas: La Migración En México*, México, Penguin Random House.
- Lira, L. R. (2002). *Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por su pareja íntima*. <https://doaj.org/article/f47e25e993c44ef5ad4296de9eff9ee1>

- Lira, L. R., Saltijeral-Méndez, M. T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. A., y Martínez-Vélez, N. A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Publica De Mexico*, 43(3). <https://doi.org/10.1590/s0036-36342001000300002>
- London, S., St. George, S. & Wulff, D. (2009). Guías para la colaboración. *International Journal of Collaborative Practices*, 1(1), 1-8. <http://collaborative-practices.com/>
- López, A. B., Grau, E. G., & Escolano, A. F. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapiapsicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 477-502.
- Magliano, M. J. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Revista Estudios Feministas*, 23(3), 691-712. <https://doi.org/10.1590/0104-026x2015v23n3p691>
- Médicos Sin Fronteras MSF, (2022). *Médicos Sin Fronteras en la ruta de personas migrantes y refugiadas*. <https://www.msf.mx/MigrantesyRefugiados/#:~:text=En%20distintos%20puntos%20de%20la%20ruta%20migratoria%20entre,promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y%20orientaci%C3%B3n%20e%20informaci%C3%B3n>.
- Médicos Sin Fronteras MSF. (2020). *Sin salida*. [https://www.msf.mx/wp-content/uploads/2020/02/msf-mexico-sinsalida-cast-web\\_1.pdf](https://www.msf.mx/wp-content/uploads/2020/02/msf-mexico-sinsalida-cast-web_1.pdf)
- Médicos Sin Fronteras, MSF, (2022). *Reporte Anual de Actividades México y Centroamérica 2022*. [https://www.msf.mx/wp-content/uploads/2023/09/iar-2022\\_-23.09.12\\_compressed-1.pdf](https://www.msf.mx/wp-content/uploads/2023/09/iar-2022_-23.09.12_compressed-1.pdf)
- Médicos Sin Fronteras. (2023, 13 enero). *Las políticas migratorias inhumanas de Estados Unidos y México mantienen a 18,000 personas a la deriva en la frontera noreste*. Médicos Sin Fronteras en México y Centroamérica. <https://www.msf.mx/actualidad/las-politicas-migratorias-inhumanas-de-estados-unidos-y-mexico-mantienen-a-18000-personas-a-la-deriva-en-la-frontera-noreste/>
- Melgar, L. y Lerner, S. (2010). Introducción. Realidades de las familias en México: diversidades, transformaciones y retos. En: S. Lerner y L. Melgar (Coords.). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: UNAM, PUEG y El Colegio de México.
- Miller, J. K. (2013). Intervención de sesión única después del huracán Katrina, Estrategias para la terapia de salud mental en desastres. En A. Slive y M. Bobele, *Cuando sólo tienes una hora: terapia efectiva para clientes de atención inmediata*. (1.ª ed., pp. 289-214).

- Ministerio de Sanidad. (2005). *Terminología y Conceptos en Prostitución*.  
<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/prostitucion/docs/2005terminologia.pdf>
- Mohar, G. (2023, 22 octubre). El círculo migratorio nunca acaba. *Excélsior*.  
<https://www.excelsior.com.mx/opinion/gustavo-mohar/el-circulo-migratorio-nunca-acaba/1615349>
- Morgan, A. (2000) *What is Narrative Therapy? An easy to read introduction*. Dulwich.
- Nogueiras García, B. (2005). Violencia en la Pareja. En C. Ruiz-Jarabo Quemada & P. Blanco Prieto, *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. (pp. 29-55).
- O'Hanlon, H., y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. EPaidós.
- Organización de Estados Americanos (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o “Convención Belém Do Pará”. OEA
- Organización de las Naciones Unidas ONU Mujeres. (s. f.). *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. Recuperado 16 de enero de 2024, de  
<https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2012). *MARCO OPERACIONAL DE LA OIM EN SITUACIONES DE CRISIS MIGRATORIA*.  
[https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/migrated\\_files/What-We-Do/docs/MC2355-SP-Marco-Operacional-de-la-OIM-en-Situaciones-de-Crisis-Migratoria.pdf](https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/migrated_files/What-We-Do/docs/MC2355-SP-Marco-Operacional-de-la-OIM-en-Situaciones-de-Crisis-Migratoria.pdf)
- Organización Internacional para las Migraciones. (2023). *BOLETÍN DE ESTADÍSTICAS MIGRATORIAS EN MÉXICO: Segundo Trimestre 2023*. OIM.  
<https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1686/files/documents/2023-11/sp-oim-estadisticas-migratorias-t2-2023-light.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones. (s. f.). *Sobre la Migración*. Organización Internacional para las Migraciones OIM. <https://www.iom.int/es/sobre-la-migracion>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2021, 9 marzo). *Violencia contra la mujer*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

- Pachajoa Londoño, A., y Figueroa García, J. A. (2008). ¿Es la prostitución un trabajo?. Tesis Psicológica, (3), 54-69.
- Paul, K. E., y Van Ommeren, M. (2013). A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention*, 11, 8-23. <https://doi.org/10.1097/wtf.0b013e32835f7d1a>
- Posgrado de psicología, UNAM (2023). Perfil de egreso Terapia Familiar. <https://psicologia.posgrado.unam.mx/perfil-de-egreso-terapia-familiar/> pp. 116
- Ray, F. K. (2001). Ethics in therapy: Moving from the mind to the heart. *Journal of Systemic Therapies*, 20(4), 25-36.
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: a road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhi030>
- Rondón, A.P., Otálora, I.L., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Russell, S., y Carey, M. (2002). Re-membering: responding to commonly asked questions. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work.*, 3. [https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2019/11/Re-membering\\_-\\_Responding\\_to\\_commonly\\_asked\\_questions.pdf](https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2019/11/Re-membering_-_Responding_to_commonly_asked_questions.pdf)
- Saiz Valenzuela, A. (2023), "Introducción", en Ana Mercedes Sainz Valenzuela (coord.), *Vidas Desplazadas: La Migración En México*, México, Penguin Random House.
- Salcedo Zárraga, G., Angulo Menassé, A., y García Ascot, S. (2014). *Manual de Aproximaciones Psicológicas para voluntarios que trabajan con personas migrantes* (Universidad Iberoamericana e Instituto Latinoamericano de la Familia, Eds.).
- Scheinkman, M. Dekovenfishbane, M. (2004). El ciclo de la vulnerabilidad: trabajando con impasses en la pareja. *Family Process*, 43, 279-29
- Sesma Vazquez, M. (2011). Los caminos del diálogo: El trabajo del terapeuta colaborativo con parejas. *International Journal of Collaborative Practices*, 2(1), 67-86. [https://ijcp.files.wordpress.com/2011/05/sesma-vazquez\\_spanish\\_final\\_3.pdf](https://ijcp.files.wordpress.com/2011/05/sesma-vazquez_spanish_final_3.pdf)

- Slive, A., y Bobele, M. (2013). Hacer la diferencia en 50 minutos: Marco Teórico para la Terapia de Atención Inmediata. En A. Slive y M. Bobele, *Cuando sólo tienes una hora: terapia efectiva para clientes de atención inmediata*. (1.<sup>a</sup> ed., pp. 69-110).
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2014). De las relaciones que establece el psicólogo: Confidencialidad. En El Código Ético del Psicólogo (5.a ed., Vol. 80). Trillas.
- Tarragona Sáez, M. (2006). LAS TERAPIAS POSMODERNAS: UNA BREVE INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA COLABORATIVA, LA TERAPIA NARRATIVA Y LA TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES. *Psicología Conductual*, Vol. 14(Nº 3), 511-532. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Tarragona\\_14-3oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Tarragona_14-3oa.pdf)
- Walters, M. Carter, B. Papp, P. Siverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Paidós: Buenos Aires.
- Willers, S. (2016). Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociología*, 31(89), 163-195. <http://www.redalyc.org/pdf/3050/305046937006.pdf>
- Yashiro, T. (2013). ¿Cómo cambia la forma de hacer la terapia de acuerdo con las diferentes formas de ubicar el problema? Las tres oleadas de la psicoterapia. *Terapia Narrativa Coyoacán*. <https://terapiannarrativacoyoacan.blogspot.com/2013/09/como-cambia-la-forma-de-hacer-la.html>
- Young, J., Weir, S., & Rycroft, P. (2012). Implementing single session therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(1), 84-97. <https://doi.org/10.1017/aft.2012.8>
- Young, K. (2006). *When All the Time You Have is Now: Narrative practice at a walk-in therapy clinic*. <https://irpcdn.multiscreensite.com/b3809351/files/uploaded/Narrative%20practice%20at%20a%20walk-in%20paper%20final.pdf>
- Young, K. (2013). Prácticas narrativas en una clínica de terapia de atención inmediata. En A. Slive y M. Bobele, *Cuando sólo tienes una hora: terapia efectiva para clientes de atención inmediata*. (1.<sup>a</sup> ed., pp. 235-262).