



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

**DECONSTRUYENDO EL AMOR ROMÁNTICO
EN LOS VÍNCULOS AMOROSOS
HISTORIAS EN TERAPIA**

TESIS

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

PRESENTA:

GABRIELA ARIANNA CEDILLO TORRES

DIRECTORA DE LA TESIS

**DRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

COMITÉ TUTOR:

REVISORA: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EXTERNO: DRA. BLANCA ESTELA HUITRÓN VÁZ QUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

SUPLENTE: DRA. NÉLIDA PADILLA GÁMEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

SUPLENTE: DR. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLANEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

MARZO, 2024

The logo of the Faculty of Higher Studies of Iztacala, featuring a stylized 'I' and 'Z' above the word 'IZTACALA' in a bold, serif font.

IZTACALA



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

A Dios

Por darme la guía, sabiduría, la energía para poder realizar y concluir este proyecto. Siempre de tu mano me he sentido bendecida, porque me pones en los lugares y personas adecuadas para mi crecimiento y evolución.

A mi Mamá y Papá

Por apoyarme e impulsarme a ser una gran persona y profesionalista, son el pilar de mi grandiosa familia, representan el símbolo de la perseverancia, esfuerzo, amor y dedicación. Gracias por darme lo mejor de cada uno de ustedes. Este trabajo va dedicado para ustedes.

Los amo mucho

A mis Hermanos, Sandy, Héctor, Oscar, Ary

Porque sé que están y estarán a mi lado, unidos, acompañándonos en este andar de la vida, gracias por compartir momentos llenos de alegrías, anécdotas con el gran sentido del humor que nos caracteriza. Los admiro y amo a cada uno de ustedes.

A mis Sobrinos

Davidchito, Reginita, Oscarito, por esa sonrisa, amor, ternura que siempre me han brindado. Los amo mucho.

A mi Amor TT

Gracias por estar en las buenas y malas, tú sabes todo lo que hemos pasado y agradezco a la vida que continuemos construyendo nuestro amor, por esa complicidad, sentido del humor, apoyo, comprensión y paciencia que nos tenemos. Juntas hemos aplicado la deconstrucción del amor romántico, no ha sido fácil, pero ahora veo todo lo que hemos crecido.

Ti amo, mi amoiiii.

A mis amigas y amigos

Que a pesar del tiempo, la distancia, los cambios, seguimos platicando, alimentando la amistad. Cinthia Stavoli, Francia y Chio. A mis nuevos amigos que he encontrado en el camino laboral, gracias por compartir momentos únicos e increíbles. Yeho, Mayrita, Leo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Ya que ha sido mi casa de estudios, donde he vivido momentos únicos y por haberme dado la oportunidad de formarme profesionalmente.

Es un orgullo para mí ser parte de esta gran casa de estudios. Le estoy eternamente agradecida.

A CONACYT

Por la beca brindada para mis estudios de posgrado y hacer que uno de mis grandes sueños se hiciera realidad.

A Roxana González

Por creer en mí, apoyarme, compartir tu esencia y presencia en el tiempo que estuvimos juntas. En la etapa de la maestría me ayudaron tus palabras de aliento, ánimos, guía, tus observaciones y acciones siempre con firmeza y calidez, estuviste ahí cuando lo necesitaba, estoy inmensamente agradecida por todo lo brindado. Te quiero mucho.

A mis Profesoras y Profesor

Ofelia, Susana, Rosario, Laura, Evelia, Xóchitl, Ligia, Nérida, Alexis de esta residencia, por compartir sus conocimientos y experiencias de vida. Sus ideas, posturas y estilos han enriquecido mi formación como terapeuta y la diversidad que hoy tiene mi mirada.

A mi Tutora

Dra. María Rosario Espinosa Salcido, por orientarme en la elaboración de esta Tesis, por propiciar reflexiones que han enriquecido este trabajo, así como compartir tus conocimientos, tu experiencia, apoyo, los ánimos y la confianza que me brindaste.

A mi Revisora

Mtra. Susana González Montoya por tu apoyo y observaciones. Admiro tu forma de dar terapia, tu sentido del humor y la manera de ver la vida.

A mis compañeras y compañeros

Bere, Ana, Jaquis, Giny, Vero, Eve, Rodrigo, Janer y Arturo, fue un placer compartir este viaje con ustedes, la polifonía de sus voces ayudaron demasiado en la manera de dar terapia y estar en las clases.

Gracias por sus palabras, apoyo, reuniones, risas y complicidad.

Gracias infinitas **a todas las personas, parejas y familias consultantes**, sin ustedes este trabajo no sería posible. Gracias por su confianza y colaboración para conversar sobre experiencias de vida, ya que fue una experiencia enriquecedora y transformadora.

INDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1: Análisis del campo psicosocial.....	2
1.1 Principales problemas que se presentan en México.....	3
1.2 Principales problemas que presentan las familias atendidas.....	10
1.3 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica.....	14
1.4 Cuadro de familias atendidas.....	17
Capítulo 2: Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	20
2.1 Modelos que guiaron los casos clínicos.....	21
2.1.1 Modelo Centrado en Soluciones.....	21
2.1.2 Modelo Narrativo.....	29
2.1.3 Equipo reflexivo.....	42
Capítulo 3: Casos Clínicos.....	48
3.1 Integración de dos expedientes de trabajo clínico.....	49
3.1.1 Descripción del caso 1 “Sofía”	49
3.1.2 Descripción del caso 2 “Alejandra”	55
3.2. Análisis y Discusión de los temas que sustentan los Casos Clínicos.....	60
3.2.1 ¿Qué es el amor?.....	62
3.2.2 Amor Romántico.....	68
3.2.3 Mitos del Amor Romántico.....	70
3.2.4 Amor romántico y sus efectos en los vínculos amorosos.....	82
3.3 Análisis del Sistema Terapéutico.....	91

Capítulo 4: Competencias y Habilidades Profesionales Adquiridas	94
4.1 Resumen de las competencias adquiridas.....	95
4.1.1 Habilidades Teórico Conceptuales-Clínicas.....	95
4.1.2 Habilidades de Investigación y Enseñanza.....	97
4.1.3 Investigación de Corte Cuantitativo.....	97
4.1.4 Investigación de Corte Cualitativo.....	99
4.4 Habilidades de Difusión.....	103
4.4.1 Materiales Didácticos y Audiovisuales.....	103
4.4.2 Participación de Trabajos en Foros Académicos.....	104
Capítulo 5. Reflexiones Finales	106
5.1 Aspectos éticos en el Trabajo con Familias.....	107
5.2 Reflexión y Análisis de la Experiencia.....	111
5.3 Implicaciones en la Persona del Terapeuta y en el Campo Profesional.....	113
Referencias	116

Introducción

La presente Tesis representa el resultado en la formación profesional del Programa de Posgrado en Psicología de la Residencia en Terapia Familiar, por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala.

En esta formación profesional fui beneficiada con los recursos económicos del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), siendo becaria, permitiendo dedicarme al 100% al Programa de Maestría, por lo que este documento es parte de mi compromiso social y profesional hacia mi País y a las Instituciones antes mencionadas.

Esta tesis está organizada en 5 capítulos. El Capítulo 1, se aborda los principales problemas que enfrentan las familias mexicanas, así como la descripción general de los casos atendidos durante la residencia.

En el Capítulo 2, se presenta el marco teórico de los procesos terapéuticos, es decir, el planteamiento epistemológico de la terapia sistémica y posmoderna, para entender los diferentes modelos.

El Capítulo 3, se hace la integración de los expedientes del trabajo clínico, así como la discusión teórica-metodológica de la intervención que se realizó con las consultantes.

El Capítulo 4, muestra las habilidades teórico-conceptuales, clínicas, de investigación, difusión, prevención, ética y compromiso desarrollados, así como los productos de ellas, para concluir con reflexiones finales a nivel personal, sobre el campo terapéutico y quehacer profesional.

Finalmente, en el Capítulo 5, se encuentran las reflexiones finales desde el punto de vista ético y de las implicaciones para la persona del terapeuta.

Capítulo 1

Análisis del campo psicosocial

1.1 Principales Problemas que se presentan en México

En las últimas décadas, la historia de México ha experimentado una serie de transformaciones y cambios sociales, culturales y políticos, entre los que destacan elementos complejos de modernidad y apertura; cambios que trascienden al individuo, la familia como eje central, donde estos cambios se concretan a través de nuevas formas de interacción entre sus miembros, la formación de proyectos de vida y diversas composiciones familiares. Como menciona Gutiérrez et al. (2016: 224) a lo largo de las décadas se han producido cambios en las familias, en su estructura y diseño, formas de pensar y comportarse, que se reflejan en la población, teniendo impactos y retroalimentaciones en factores como la economía, servicio de salud, desarrollo social y tecnologías, que impactan directamente a la población y familias mexicanas.

Las transformaciones que han experimentado las familias mexicanas en las últimas décadas se han dado como resultado de cambios demográficos, migración, globalización y cambios en los roles de género. Estos cambios han llevado a una reconfiguración de las estructuras familiares tradicionales a estructuras posmodernas y han tenido un impacto en la vida cotidiana de las personas.

En la actualidad, los diversos modos de familia abarcan familias nucleares, monoparentales, homosexuales, reconstituidas, monoparentales por decisión, extensas, transnacionales, con migración, sin hijos; existen tantas formas de familia como personas. Aun con esta diversidad, en México, la familia tradicional es la más común y representa el 46.1% del total de hogares. Según el Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), de cada 100 hogares familiares, 71 eran nucleares, formados por el papá, la mamá y los hijos o solo la mamá o el papá con hijos, el cual el 84.7% están encabezados por jefes hombres, del total; sin embargo de las familias monoparentales, las mujeres predominan, es decir que ha incrementado las jefas de familia en un 33% de los hogares. En la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (SING 2018) también muestra que el 28.5% de los hogares en México tienen jefatura femenina, el 33.9% de los hogares familiares dirigidos por mujeres, las jefas son viudas,

mientras que en el 16.8% son separadas o divorciadas, estas cifras indican las posibles causas de la jefatura femenina en los hogares.

Así mismo se proporciona información sobre el tipo de familia en el país en el 2018, según los resultados, se identificaron los siguientes tipos de hogares en México:

- Biparentales: el 56.2% de los hogares cuenta con la presencia de ambos padres.
- Monoparentales: el 17.1% de los hogares son encabezados por un solo padre o madre.
- Otros tipos: Incluyen hogares familiares sin hijos y hogares no familiares.

Se ha observado un aumento en los hogares con jefas de familia en México. En 2018, el 28.5% de los hogares tenían a una mujer como jefa de familia.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020, refiere que 87 de cada 100 hogares son familiares, mientras que el resto son no familiares, de los hogares no familiares, el 95% son uniparentales, es decir, están integrados por una sola persona, y el 5% son coresidentes, formados por dos o más personas sin relaciones de parentesco con la jefa o jefe de hogar. En cuanto a los hogares familiares, el 97% de la población mexicana reside en este tipo de hogares, mientras que el 1.3% vive en hogares no familiares. En cuanto a las familias homoparentales son una realidad en México, su porcentaje exacto es difícil de determinar debido a las diferencias legales y sociales en todo el país, en la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG, 2021), se estima que la población LGBTI+ en México asciende a cinco millones de personas, de las cuales el 30.6% está unida o casada.

Derivado de las conformaciones y transformaciones de las familias mexicanas, se enfrentan a diversas problemáticas que generan graves problemáticas a nivel social e individual impactando en su desarrollo, bienestar, calidad de vida y formas de relacionarse, tales como: la violencia intrafamiliar, discriminación, los problemas económicos, adicciones, discriminación, la falta de tiempo para la convivencia familiar el aumento de divorcios y/o separaciones (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015; Espinosa, 2009; Welti, 2015).

Situación económica y laboral

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

El ingreso económico en las familias mexicanas varía significativamente, con una marcada desigualdad entre los hogares más ricos y los más pobres, en México en el 2022, el promedio del ingreso corriente trimestral por hogar fue de 63,695 pesos, lo que representó un incremento del 11% en comparación con el año anterior, el ingreso promedio fue de 13,854 pesos mensuales.

A pesar del crecimiento económico experimentado en 2021, las familias mexicanas no han logrado recuperar el nivel de ingresos que tenían antes de la pandemia de COVID-19, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2021).

Debido a las condiciones laborales que vivimos en el país, el sostenimiento del hogar se logra por la aportación de dos o más miembros, según tengan edad para trabajar, conforme a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2021).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH, 2022) en cuanto a la brecha salarial entre hombres y mujeres sigue siendo significativa, el ingreso promedio trimestral monetario de los hombres fue de 29,285 pesos, mientras que el de las mujeres fue de 19,081 pesos, una diferencia de 10,204 pesos, por lo que esta disparidad destaca la importancia de promover la igualdad de género en el ámbito laboral, ya que un componente de género del 80% de las renunciadas son de mujeres porque suelen ser a menudo las que asumen un papel principal en el cuidado de la familia. Lo

anterior se explica, de acuerdo a Pederzini (2015) a pesar de los avances en el país, materia de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, aún existe mucho trabajo por hacer, pues las mujeres siguen dedicando a las labores del hogar una cantidad mucho mayor de tiempo que los hombres, a pesar de contar con un trabajo remunerado; además estos esquemas de creencias y representaciones sociales de la división de tareas en la familia se ven fortalecidos por las ventajas comparativas que tienen los hombres en el mercado laboral.

Sobre la dinámica de distribución del tiempo de hombres y mujeres en actividades para el mercado (remuneradas) y para el hogar (no remuneradas), según la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo entre 2014 y 2019 los hombres pasaron de ocupar el 25% al 28% de su tiempo activo en labores domésticas, pero esto no cambió demasiado los porcentajes de las mujeres, siendo del 67% al 68% (INEGI, 2020) esto muestra que los hombres se están involucrando en actividades domésticas.

Otro factor que hay que tomar en cuenta es el salario mínimo actual en México 2023 es de 207.44 pesos diarios, de acuerdo a la Secretaria de Administración Tributaria [SAT], este incremento fue 20% entró en vigor el 1 de enero de 2023 y representa una recuperación del 90% del poder adquisitivo del salario mínimo, pero sigue siendo insuficiente para satisfacer los requerimientos básicos de alimentación, vestimenta, vivienda, salud, educación y entretenimiento de la familia.

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

Adicciones

En materia de Adicciones en México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2016-2017), el porcentaje de adicciones varía según el tipo de droga y la población objetivo, refiere que el 4.8% de la población urbana general entre 12 y 65 años ha consumido una o más de las drogas, durante la pandemia de COVID-19, el consumo de drogas duras en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años aumentó un 15%, la prevalencia anual de cualquier droga en estudiantes de México es del 12.2% (13.2% en hombres y 11.2% en mujeres), en secundaria es del 8.9% y para bachillerato el porcentaje de 17.2%, siendo la marihuana el mayor consumo, seguido de inhalantes, tranquilizantes y cocaína, quien lo consume más son los hombres con un 12.9% en hombres, así mismo según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Adicciones, el cristal se ha convertido en la principal droga de impacto entre la población mexicana.

Como lo señalan Kohn R. y Levav I. (2005) en su investigación explicaron los factores subjetivos y objetivos sobre la brecha en la atención y la demora en la búsqueda de los servicios de tratamiento. Entre los subjetivos están: la negación del problema, la suposición de que el tratamiento no existe o es poco o nada eficaz, la creencia errónea de que el problema desaparecerá espontáneamente, el deseo de afrontar el problema sin ayuda externa o la simple carencia de conocimientos sobre los trastornos mentales y el estigma. Entre los objetivos están los que se refieren a las barreras para la atención como: los aspectos financieros, la escasa o nula disponibilidad de los servicios, los problemas de accesibilidad y la adaptación culturalmente inadecuada de los servicios a los usuarios. Estos autores mencionan que el proyecto Atlas, llevado a cabo por la OMS, aportó datos probatorios del déficit en materia de servicios de salud mental en países de América Latina y el Caribe, los niveles de inversión en salud mental, la disponibilidad de camas psiquiátricas, de psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental van muy a la zaga de Canadá y Estados Unidos, el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la salud mental varía en estos países entre 0.1% y 12%, México invierte el 1% en contraste con Canadá

(11%) y Estados Unidos (6%).

Estos datos muestran la importancia de abordar los contextos que llevan al consumo de drogas en las escuelas y proporcionar recursos para atender los casos de adicción y la salud mental y emocional de los jóvenes.

Discriminación

La discriminación es una forma de rechazo social injusto basado en estereotipos, prejuicios y estigmas que afectan los derechos humanos de las personas. Identificar y entender mejor los factores detrás de la discriminación contribuye al diseño de políticas y acciones para erradicarla. La Encuesta Nacional sobre Discriminación [ENADIS] (INEGI, 2022), el resultado de esta encuesta evidenció que el 30% de las personas ha sido marginadas por su forma de vestir, arreglo personal o por usar tatuajes, el 29.1% ha sido discriminado por su peso o estatura, y el 28.7% por sus creencias religiosas, en la Ciudad de México, se encontró que el 6.2% de las personas encuestadas había sufrido discriminación por ser indígenas y el 5.6% por racismo.

En la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género [ENDISEG] (INEGI, 2021, según esta encuesta realizada por el INEGI, el 43.9% de las personas LGBT+ encuestadas manifestaron haber sido discriminadas en los últimos 12 meses debido a su orientación sexual o identidad de género, se evidencia que 4.6 millones de personas en México se identifican como personas no-heterosexuales, de las cuales el 51.7% se identifica como bisexual³, 26.5% como gay/homosexual⁴, 10.6% lesbiana ⁵ y 11.2% como otro (pansexual, asexual, etc.). Sobre la identidad de género 908.6 mil personas se identifican como trans, 34.8% como transexual/transgénero y el 65.2% como personas queer. Los estados con mayor número de personas LGBT son en el Estado de México, Ciudad de México, Veracruz, Jalisco y Nuevo León, mientras que los estados donde la población LGBT ocupa mayor porcentaje son Colima, Yucatán, Querétaro, Guerrero, Aguascalientes y Campeche.

Aunque la comunidad LGBT ahora se muestra más visible, también son un grupo que vive en

vulnerabilidad, ya que su orientación sexual o identidad de género son en muchos casos motivos de burlas o ataques, lo que lleva a que la salud mental de este grupo se vea vulnerada.

Seguridad y Justicia

La percepción de seguridad y justicia en México varía según la entidad federativa y la fuente de información. A continuación se presentan algunos datos relevantes sobre este tema. Según la Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU, 2022), el 70.5% de las mujeres y el 57.2% de los hombres consideraron que es inseguro vivir en su ciudad. En la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (Envipe, s.f) refleja un aumento constante en el porcentaje de mexicanos que percibe a su estado como inseguro, pasando de 66.6% en 2012 a 79.4% en 2018. La estadística exhibió una creciente brecha de género, con el 68.1% de mujeres que reportaron inseguridad frente al 54.8% de los hombres. En el 2022, el 71.1% de las mujeres percibía inseguridad en comparación con 60.4% de los hombres. La situación de los feminicidios en México ha sido una preocupación en todo el país, ya que son generados hacia una mujer, donde los altos índices son el Estado de México, con 120 feminicidios, seguidos de la Ciudad de México, con 54, esto en el 2022, (INEGI). Asimismo, se destaca que los casos de impunidad es del 56.6%, donde las estrategias de seguridad en el país en la última década no han funcionado, como lo demuestra el grado de impunidad en los feminicidios y los homicidios dolosos.

1.2 Principales problemas que presentan las familias atendidas

La familia ha sido estudiada desde muy diferentes perspectivas y disciplinas a lo largo del tiempo, dependiendo de la época, la cultura y las teorías generalmente aceptadas. Pero independientemente del enfoque, podemos estar de acuerdo en que las familias y sus problemas son extremadamente importantes para la cultura. Para las Naciones Unidas, es una estructura viva, que se mueve con los cambios propios de la sociedad y del Estado (INEGI, 2017).

La familia como unidad social cambia con el tiempo para adaptarse a las condiciones sociopolíticas, económicas y culturales del panorama mundial. Sin embargo, incluso si la familia cambia, esto conduce a cambios a nivel social. De este modo, se produce un proceso reflexivo en el que el núcleo de la familia se convierte en agente de cambio, formando individuos que aportan nuevas ideas y estilos de vida.

En cuanto a las relaciones de pareja, estadísticamente, se aprecia un cambio significativo en el transcurso de los años. De acuerdo Zazueta (2008) resalta de las familias posmodernas tienen tres aspectos característicos: a) ruptura o disminución de los lazos entre jóvenes y adultos debido a intereses distintos; b) inestabilidad de la pareja como consecuencia de diversos intereses de desarrollo individual, infidelidad o búsqueda de la equidad; c) liberación femenina, que provoca ruptura total de los roles tradicionales basados en la división del trabajo por sexo.

Bárcenas (2012) menciona que las crisis de la familia posmoderna son el aumento de divorcios, el incremento de uniones libres, un nuevo rol femenino como autoridades y proveedoras en el hogar, el incremento de la práctica de la infidelidad, la procreación en parejas no casadas o entre solteros la paternidad en parejas homosexuales y las nuevas formas de crianza.

Padilla (2019) menciona que actualmente, se tiene mayor libertad de elegir a la pareja, también los lugares donde surgen dichos encuentros se han ampliado, por ejemplo, ahora los principales lugares para conocer a una pareja son fiestas, escuelas y con amigos. La duración del vínculo, especialmente

durante el noviazgo, también Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) se vio afectada, ya que ahora predominan noviazgos cortos (menos de un año), existiendo mayores rompimientos y reconciliaciones frecuentes. Lo que respecta al matrimonio, es preciso señalar que ha perdido fuerza debido a que cada vez existen más personas a favor de comenzar una vida en pareja mediante la unión libre, porque se percibe como una oportunidad para conocer y entender a la pareja mientras dure el entendimiento.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) en México, durante el 2021, se registraron 453,085 matrimonios, de estas uniones 448,744 se realizaron entre parejas de mujeres y hombres y 4,341 fueron entre personas del mismo sexo, en el 2021 se ha observado una disminución en el número de matrimonios en los últimos años. En 2020, se registró un 50% menos de bodas en comparación con hace 20 años, a partir de 2015, se ha observado una reducción considerable en el número de matrimonios, en la última década, la tasa de matrimonios en México ha disminuido un 24.68%, la disminución en el número de matrimonios se ha acompañado de un aumento en la tasa de divorcios. En la última década, la tasa de divorcios en México ha aumentado un 57.26%.

El Censo de Población y Vivienda 2020, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), reveló que hay casi tantos solteros como matrimonios en el país. De acuerdo con la información, el 34.2 por ciento de los habitantes está en la soltería, mientras que el 35.4 por ciento están casados; es decir, la diferencia es solo de 1.2 por ciento, y los que viven en unión libre han ido al alza y ahora equivale al 18.3 por ciento de la población.

En el México actual, la modernización ha modificado las dinámicas relacionales de las parejas, pero también el cómo se consolidan, recordando que en los periodos históricos anteriores la elección de pareja se veía más impuesta que elegida por convicción, bajo un modelo tradicional.

Los estudios de género (Lagarde, 1997; Torres, 2011), aportan información útil para entender este cambio de premisas histórico-socioculturales, ya que finalmente aún se muestran premisas que

buscan controlar la vida sexual de la mujer y creencias respecto a la aparente debilidad que posee la mujer y que le impide valerse por sí misma. Los estudios de género indican que generalmente a las mujeres se les plantea que tienen que permanecer jóvenes, bonitas, atractivas, castas y puras para el hombre, y que su realización se encuentra en ser madres y esposas, básicamente se les prepara para cuidar del otro, mientras que a los hombres se les educa para ser violentos, fuertes, decididos, infieles y mostrar supremacía sexual, educándolos para reprimir expresiones emocionales y mostrar sensibilidad, por miedo a perder su fuerza y carácter. Asimismo, la cultura patriarcal define a la mujer a través de su sexualidad, frente al hombre que es definido por el trabajo (ámbito social), generando una relación de dependencia por parte de la mujer hacia el hombre. Debido a estas marcadas diferencias en los roles de género entre hombres y mujeres, la pregunta a formular sería de qué manera las premisas de este tipo se ven reflejadas y posiblemente obstaculizan las dinámicas equitativas en las relaciones de pareja.

Oliveira (2007), se centra en las relaciones de pareja como parte de la dinámica familiar desde la perspectiva de género, define a las relaciones de pareja como relaciones de poder asimétricas, donde las mujeres en condición de vulnerabilidad (bajo nivel educativo y/o económico) suelen ocupar una posición de subordinación frente al varón. Las relaciones de poder se pueden ver reflejadas en situaciones de sumisión, imposición y cuestionamiento, que van acompañadas de actos de violencia, ya sean física y/o psicológica. Para esta autora en México, los actos de violencia en las relaciones de pareja, son frecuentemente ejercidos por el hombre hacia la mujer, por lo que la violencia es una de las problemáticas que mayor incidencia tiene entre la población mexicana, principalmente en mujeres, jóvenes y niños; y de la que solo se denuncia alrededor de un 10% de los casos. Los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2021) refiere que más de 18 millones de mujeres en México son víctimas de violencia en pareja, centrándose en cuatro tipos de violencia: emocional, física, sexual, económica y patrimonial, la violencia emocional/psicológica lo viven 44.3% de las mujeres, violencia física: 34.9% de las mujeres violencia sexual: 18.3% de las mujeres,

violencia económica y patrimonial: 31.7% de las mujeres, siendo su principal agresor la pareja (43.1%). A pesar de que el porcentaje más elevado es el de violencia emocional Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo (ENVIN,2016), ésta es difícil de detectar, en parte por factores culturales, y porque legalmente no fue reconocida sino hasta 1996, año en el que se aprobó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (Rojas, 2013).

En la Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo (ENVIN, 2016) encontró que en mujeres jóvenes afecta un 76 % adolescentes entre 15 y 17 años ha sufrido violencia psicológica, el 17% ha experimentado violencia sexual y el 15% ha sufrido violencia física, el 35.8% de las mujeres solteras de 15 a 29 años que tenían o habían tenido al menos una relación de pareja reportaron haber sufrido violencia en el noviazgo.

A grandes rasgos, estas son solo algunas de las problemáticas que enfrentan las familias. Las estadísticas son alarmantes y evidencian que aún hay mucho por hacer para mejorar el entorno en el que se desenvuelven, ya que el impacto que tienen dichas situaciones genera grandes costos personales y sociales en la población mexicana.

Aún hay mucho camino por recorrer para modificar las creencias tradicionales y permitir la diversidad familiar sin estigmatizarla; para ello se requiere la participación de diferentes estructuras sociales para coadyuvar a propiciar estos cambios, tales como: la escuela, las instancias políticas y legales, los medios de comunicación, las redes sociales, los programas de gobierno e incluso las familias mismas. La situación que vivimos en el país compete a todos, y desde un ámbito profesional, aquí es donde este trabajo tiene lugar, en el ámbito de nuestro quehacer como terapeutas familiares. Conocer el contexto en el que se desenvuelven las familias e individuos con los que trabajamos ayuda a poder entender y comprender mejor el escenario y los retos que enfrenta el terapeuta, y brindar mejores herramientas para desarrollar su trabajo, tanto para la prevención como para la intervención, así como para deconstruir y construir nuevos significados que permitan mayor bienestar y calidad de vida.

1.3 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica

La residencia de Terapia Familiar de Posgrado en Psicología de la UNAM que se imparte en la FESI como entidad académica, tiene tres sedes de trabajo clínico para los estudiantes: La Clínica de Terapia Familiar ubicada en la FESI, el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Plantel Azcapotzalco y la Unidad de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Tlanepantla, Estado de México. A continuación se describe cada una de estas sedes en las que se da atención clínica a los consultantes.

Clínica de Terapia Familiar de la FESI

La Clínica de Terapia Familia está ubicada en el primer piso del edificio de Endoperiodonlogía dentro de la FESI, por lo que las personas que llegan al servicio buscando terapia fueron referidas por la misma comunidad estudiantil o algún servicio de la salud que se ofrece en la misma o que viven cerca de la Facultad.

La clínica cuenta con dos espacios en los que es posible realizar atención terapéutica, la primera es la Cámara de Gesell donde se atiende generalmente, donde se cuenta con dos espacios: uno de ellos se recibe y atiende a los consultantes, mientras el otro se encuentra el equipo terapéutico, estos espacios a la vez están separados y conectados entre sí por un espejo de visión bidireccional, que le permite al equipo ver a los consultantes y al terapeuta. Cuando el supervisor o el equipo necesita comunicarse con el terapeuta, lo hace a través de un teléfono inalámbrico, con la finalidad de hacerle una sugerencia para una intervención, mensaje, preguntas, o técnicas.

El segundo espacio, en el caso de que exista un ajuste por los consultantes o casos de emergencia, se cuenta con un cubículo sencillo, sin espejo bidireccional.

Los servicios que se ofrecen son los siguientes: Terapia de pareja, Terapia Familiar y Terapia individual.

Los horarios de atención son los martes y jueves de 9:00 a.m. a 15:00 p.m.

La forma en cómo se trabaja en este espacio es la siguiente:

Hay una lista de espera en la que cada persona se inscribe, se llena un formato anotando el motivo de consulta, nombre y número telefónico para que lo contacte el terapeuta correspondiente.

Al contactar a la persona por vía telefónica que se inscribió, se le explica la forma de trabajo.

Las sesiones se graban en audio y video, se les da una hoja de consentimiento informado y una hoja de reglamento donde firmarán si están de acuerdo con lo acordado en las mismas.

En la Clínica el costo de cada sesión es de \$50 pesos, dinero que el consultante puede pagar antes o después de la misma, en la caja de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) de la FESI, siendo labor del terapeuta estar al pendiente de los pagos de cada uno de sus casos y archivarlos en sus expedientes

Los supervisores de la Clínica de Iztacala en 2° semestre Mtra. Ofelia Desatnik, 3° semestre Mtra. Laura Edith Laborde, Dra. Xóchitl Galicia y Mtra. Ligia Torres, 4° semestre Mtra. Ofelia Desatnik, donde cada una de ellas nos asesoraron a los residentes de la maestría los casos clínicos, así como orientándonos y guiándonos en nuestra formación como terapeutas familiares.

Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) plantel Azcapotzalco

El Colegio de Ciencias y Humanidades, es una Institución de Educación Media Superior perteneciente a la UNAM. El lugar de trabajo donde se desarrollaron las sesiones terapéuticas fueron en el edificio del SILADIN, los casos eran canalizados por el área de psicopedagogía de la institución, donde detectaban a los alumnos de bajo rendimiento escolar y/o problemas familiares que en su momento estaban interfiriendo en su educación.

La atención se daba en el mismo espacio sin una cámara de Gesell, había sillas para la familia y otra para el terapeuta. El equipo terapéutico y el supervisor estaban sentados a espaldas de la familia. En este espacio se contaba con una cámara de video y una grabadora de audio con la finalidad de analizar las sesiones y realizar para la siguiente sesión actas, el contenido de estas actas es desarrollar el motivo de consulta, breve resumen de la sesión objetivos e intervenciones, siendo muy útil, ya que se mantiene una estructura y metodología en el ejercicio terapéutico.

El supervisor de esta institución fue el Dr. Alexis Ibarra. La manera en como se comunicaba el supervisor y el equipo era a través de un pizarrón donde se escribían algunas preguntas en momentos precisos que el terapeuta necesitaba realizarlas.

Unidad de Medicina Familiar (ISSSTE) Tlanepantla.

El hospital ISSSTE de Valle de Ceylán, Tlanepantla, Edo. De México, se atienden a personas adultas, parejas y familias. Esta clínica trabaja bajo un modelo integral de Salud Familiar Preventivo, que establece el cumplimiento de acciones de prevención dirigidas de manera específica a los derechohabientes según sus necesidades.

El enlace para poder estar en la Clínica fue labor de la Dra. María Rosario Espinosa Salcido y la Mtra. Carmen Susana González Montoya, docentes y supervisoras.

El servicio psicológico se da a los derechohabientes de este Instituto los cuales son derivados de Medicina Familiar o Trabajo Social. Los horarios que se atienden a los consultantes de 9:00 a.m. a 14:00 p.m. los días jueves de cada semana. El consultorio donde se otorga el servicio de Terapia, quien era coordinado por la Psicóloga adscrita al ISSSTE, entrega a las supervisoras los expedientes de las familias que requieren la atención familiar, asignando los casos a un terapeuta para llevar el proceso terapéutico, participa un equipo terapéutico, el terapeuta y la supervisora, en cada sesión se lleva a cabo la revisión de expedientes y observaciones, durante las sesiones la supervisora se comunicaba a

través de un pizarrón o si era necesario ella intervenía dentro de la conversación con el terapeuta, al final de las sesiones se daba un mensaje o se realizaba un equipo reflexivo de acuerdo a los modelos que se estuvieran trabajando en cada uno de los casos.

1.4 Cuadro de familias atendidas

Durante los dos años en el Programa de Maestría fueron atendidos diversos casos en las sedes clínicas descritas anteriormente. Las intervenciones se desarrollaron con uno o dos terapeutas titulares (co-terapia), un supervisor y el equipo terapéutico. A continuación presento tres cuadros en los que muestro los casos en los que participé como integrante del equipo terapéutico.

En el cuadro 1, se muestran las familias en las que participamos como observadores durante el primer semestre.

En el cuadro 2, se presentan los casos de las familias atendidas, como equipo terapéutico en las diferentes sedes desde segundo al cuarto semestre.

Y el tercer cuadro, se muestra el resumen de las familias y casos atendidos como terapeuta principal en las diferentes sedes y semestres.

Cuadro 1. Familias como observadores

Sem	Integrantes	Sede	Motivo de consulta	No. Sesiones	Modelo de intervención	Supervisor	Resultado y observaciones
1	Padre madre e hijo	CCH	Problemas de disciplina y académico	6	Terapia Estructural	Dr.Alexis	Alta
1	Padre-madre e hija	CCH	Apoyo para la consultante por separación conyugal	5	Terapia Centrado en Soluciones y Colaborativo	Dr.Alexis	Alta
1	Señor de 60 años	CTF Izta-cala	Depresión por jubilación	6	Estratégico	Mtra. Ligia	Alta Consensuada.
1	Pareja de 30 y 32 años	CTF Izta-cala	Problemas conyugales.	10	Terapia Centrado en Soluciones	Mtra. Xóchitl	Alta

Cuadro 2. Familias atendidas como equipo terapéutico

Sem	Integrantes	Sede	Motivo de consulta	No. Sesiones	Modelo de intervención	Supervisor	Resultado y observaciones
2	Padre, madre e hija adolescente	CCH	Se encontró fumando marihuana.	7	Terapia Estructural	Dr.Alexis Ibarra	Alta
2	Joven 26	FESI	Duelo por la pareja	8	Terapia Colaborativa y Narrativa	Mtra. Ofelia Desatnik	Alta
2	Familia Padre, Madre e Hija	FESI	Duelo	8	Terapia Narrativa	Mtra. Ofelia Desatnik	Seguimiento otro semestre
3	Joven 36	ISSSTE	Depresión	2	TBCS	Mtra. Susana González	Baja

Cuadro 3. Familias atendidas como terapeuta principal

Sem	Integrantes	Sede	Motivo de consulta	No. Sesiones	Modelo de intervención	Supervisor	Resultado y observaciones
2	Madre de 50 años , hijo adolescente -joven de 18 años e Hija estudiante de Psicología de 20 años	FESI	Duelo por la pérdida del padre y dificultad para tener comunicación familiar	6	Terapia Estructural	Mtra. Ofelia Desatnik	Alta
2	Madre de 65 años Hija de 41 años Hija de 45 años	ISSSTE	Duelo por la pérdida de su hijo	5	Terapia Breve Centrado en Soluciones	Mtra. Susana González	Alta
3	Madre de 50 años	FESI	Mejorar la comunicación familiar	3	Terapia Estructural	Mtra. Xóchitl Galicia y Ligia Torres	Alta

3	Joven de 26 años	FESI	Superar ruptura de pareja	7	Modelo TBCS Y Terapia Narrativa	Mtra. Laura Edith Laborde	Alta
3	Madre Padre e hija adolescente	CCH	Bajo rendimiento académico y comunicación	5	Modelo de Milán Y Colaborativo	Dr. Alexis Ibarra	Alta
4	Madre Padre Hija de 20 años Hijo con discapacidad intelectual 18 años Hijo de 3 años	FESI	Problemas de Pareja y comunicación familiar	5	Terapia Estructural y Terapia Narrativa	Mtra. Ofelia Desatnik	Seguimiento para el otro semestre
4	Gloria	ISSSTE	Duelo por la pérdida de su esposo	1	Terapia Narrativa	Mtra. Rosario Espinosa	Alta
4	Andrea	ISSSTE	Problemas con sus hijos, pareja y celos	3	Terapia Narrativa	Mtra. Rosario Espinosa	Baja
4	Adriana	FESI	Superar ruptura de pareja	3	Terapia Centrado en Soluciones	Mtra. Susana González	Baja

Como se puede observar, se tuvo una diversidad de casos atendidos en las distintas sedes y semestres como Equipo Terapéutico, lo que permitió enriquecer, aprender y aplicar los diversos modelos de terapia en cada semestre, compartimos experiencias, estilos de cada terapeuta y supervisores, reconociendo la formación de calidad y excelencia que se tuvo como Terapeutas Familiares.

Capítulo 2

Marco Teórico

Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

2.1 Modelos que guiaron los casos clínicos

La Residencia en Terapia Familiar brinda el aprendizaje de diferentes enfoques, modelos o perspectivas para poder atender a las personas que solicitan el servicio terapéutico. Durante la maestría se desarrollaron los siguientes modelos terapéuticos: Modelo Estructural, Modelo Estratégico, Modelo de Milán, Modelo de Terapia Breve Centrada en Problema, Terapia Breve Centrada en Soluciones y los Enfoques Posmodernos: Terapia Narrativa y Equipo Reflexivo.

A continuación, se expondrán los modelos que se utilizaron en los casos reportados en este trabajo.

2.1.1 Terapia Breve Centrada en Soluciones

El Modelo de terapia breve centrada en soluciones se distingue dos autores principales, Steve de Shazer y William O'Hanlon, empero también tiene en general influencias del trabajo de Milton Erikson, del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto California y del Centro de Terapia Familia Breve (BFTC, Milwaukee). Este modelo parte del supuesto de que todos los pacientes cuentan con recursos para cambiar y que ninguna dificultad está presente todo el tiempo (Selekman, 1996).

Respecto a lo desarrollado en el BFTC, trabajaban exactamente en darle mayor énfasis en las soluciones, identificando las conductas que funcionaban y ampliándolas, Steve de Shazer señala que es más importante la naturaleza de las soluciones que de los problemas, siendo importante identificar los patrones de cooperación de los clientes (De Shazer, 1992).

El método se centra en los recursos de las personas más que en su déficit, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones, en construir una realidad que haga destacar sus habilidades, virtudes y eficiencias, en vez de sus defectos y errores.

Principios de la terapia breve centrada en soluciones (De Shazer, 1999).

- Si no está roto no lo componga
- Si funciona haga más de los mismo
- Cambios pequeños desencadenan grandes
- Si no funciona haga algo diferente
- La solución tal vez no está relacionada con el problema.
- Siempre hay excepciones que pueden ser utilizadas.
- El futuro mismo puede ser creado o negociado

En la Terapia Breve Centrada en Soluciones no se considera necesario tener información sobre el problema, no conocer su frecuencia o su naturaleza, ni tampoco su historia. El terapeuta puede pasar directamente a hablar de las soluciones, se tiene que identificar qué es lo que quieren conseguir los clientes, detectar sus recursos, ayudarlos a conseguirlos, buscando modos de mantenerlos en marcha estos logros.

Las premisas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, señalan que pueden aumentar la cooperación entre el cliente y terapeuta, fortaleciendo al cliente y haciendo más eficaz el proceso (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- El cambio es constante
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolver el problema
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla
- Sólo es necesario un cambio pequeño: un cambio en un parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema
- Los clientes definen los objetivos

- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos
- No hay única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos
- Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable

Resaltando que en la Terapia Breve Centrada en Soluciones se intenta:

- Cambiar la “forma de actuar en la situación percibida como problemática”
- Cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática
- Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

El terapeuta de soluciones

El terapeuta moviliza los recursos de las personas que asisten a terapia, así mismo de acuerdo a O’Hanlon (1993), señala que la función del terapeuta es ofrecer definiciones nuevas del problema, ya que los clientes suelen presentarse con algún tipo de definición del problema, la cual no ha ayudado a su solución, por lo que se ofrecen definiciones más agradables y sobre todo que se puedan resolver.

Un punto importante es la co-creación activa de las experiencias, es decir, la gente está más influida por las indicaciones del contexto que por su propia concepción, por lo que en vez de analizar lo que siente o su punto de vista, se prefiere influir en la percepción de la experiencia co-creando una nueva. Por lo que hay que trabajar en la idea de que si realmente existe un problema o negociar un problema resoluble, llevando a las personas a un marco donde piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

Intervenciones

Uno de los pasos que también son importantes en la TB centrada en soluciones, es el darle al cliente una validación de lo que está sintiendo, normalizar y redefinir su situación, así como connotar

positivamente. En esta parte existen dos maneras de connotar positivamente, la primera cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces, se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándole un nuevo significado, concretamente adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma o la queja (Shazer, 1987, cit. en Ochoa, 1995). La otra manera de connotar positivamente es después de la pausa, resaltando las capacidades positivas que los clientes han demostrado, tanto a lo largo de la sesión como fuera de la misma, en forma de recursos para superar la queja.

De acuerdo a con O'Hanlon, (1990, 2004); Beyebach (1999, 2014), (De Shazer, 1991) se explicarán de manera breve.

Proyección al futuro.

Las técnicas de proyección al futuro se emplean para construir con los clientes objetivos terapéuticos, es decir, aquellas metas que quieren alcanzar los consultantes, los cuales deben ser concretos, expresados en positivo, interaccionales y alcanzables. De la misma forma, ayuda a los consultantes a empezar a situarse en un futuro distinto.

Pregunta del milagro

Es una pregunta que logra proyectar hacia el futuro y focaliza al cliente hacia el cambio. Creada por De Shazer a inicios de los 80s, basada en la técnica de la Bola de Cristal de Milton H. Erickson. Se inicia con una instrucción similar a la siguiente:

“Voy a plantear una situación que puede parecer un tanto extraña o complicada... sin embargo, resulta útil para hacernos una idea clara de lo que les gustaría conseguir en este espacio... supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y las situaciones que les han traído aquí se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. ¿Qué cosas van a notar diferente mañana que les hagan darse cuenta de que este milagro ha sucedido?”

El terapeuta puede apoyarse en una serie de preguntas para ahondar más sobre cómo se presentó el milagro, el terapeuta tiene que hacerlo utilizando preguntas como las siguientes (Selekman, 1996) ¿Qué cosas serán diferentes?, ¿Cómo lo habrán logrado?, Qué otras cosas serían distintas entre ustedes?, ¿Quién se sorprenderá más cuando ustedes hagan eso?, Si yo fuera un visitante al cual no pueden ver y ustedes están juntos en un lugar de la casa ¿qué cosas vería yo que hacen juntos?, ¿Qué diferencia vería algún miembro de la familia de la relación entre ustedes una diada de la familia, (papas, hermanos, padres-hijos, etc.)?, De todo esto que describen, ¿Qué ya estará pasando, por mínimo que sea, que los acerque a este milagro?

Normalizar

Normalizar se refiere al considerar alguna situación del cliente o de la familia como algo normal. Al normalizar las dificultades de los clientes, se produce un efecto tranquilizador y permite ver la situación como manejable.

Validar

Se refiere a conocer, aceptar y validar los sentimientos, emociones y experiencia de los consultantes. Cuando consideran que sus experiencias y emociones son comprendidas y respetadas, es más probable que logren cooperar e intenten algo nuevo.

Excepciones

Las excepciones son aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas. En este sentido, podemos decir que se da una excepción cuando se alcanza un objetivo. Se puede trabajar con las excepciones de diferente forma:

- **Elicitar:** Se refiere al momento en que el terapeuta da pie a hablar de esos momentos donde no está el problema o aspectos van mejorando.

- **Ampliar:** Se refiere pedir detalles de estas excepciones, así como ayudar a los consultantes a que generen descripciones en términos de conductas interactivas. (¿Quién en se dio cuenta de esto?) (¿Qué opina tu pareja de estos avances?, etc.), pequeñas, concretas y en positivo.
- **Atribuir el control:** consiste en identificar de qué forma han conseguido producir las mejoras o de qué manera pueden continuar estos avances para poder llegar así a alcanzar sus objetivos planteados en la primera sesión. (¿Cómo consiguió levantarse temprano?, ¿Cómo logró tener más días buenos?), etc.
- **Ir despacio:** se refiere a ajustarse al ritmo de cambio de los clientes brindando el tiempo necesario para puedan alcanzar sus metas.

Preguntas presuposicionales.

Dichas preguntas se hacen durante la sesión y están diseñadas para funcionar como intervenciones, promoviendo y enriqueciendo los recursos de los clientes, dirigiendo la conversación hacia las soluciones y el cambio. Un ejemplo de este tipo de preguntas en una pareja, puede ser ¿Qué cosas hicieron para poder comunicarse de manera clara entre los dos?, ¿Qué cambios notaron en estos días? ¿Cómo consiguieron darse cuenta de que había un malentendido entre ustedes? ¿Cómo consiguieron entenderse tan claro? ¿Cómo se van a sentir en unos meses cuando ya no exista el problema?, ¿Qué cosas has hecho en el pasado que te han funcionado? ¿Qué cosas positivas sucedieron desde la última vez que nos vimos?.

Pregunta Escala

Las escalas están destinadas para facilitar el tratamiento, para motivar, alentar y dilucidar objetivos y posibles soluciones (De Shazer, 1999).

- Se usan para comparar, para poner atención en los cambios. Ejemplo: ¿Cómo logró de un “x” a un “y”?
- Se usan para establecer metas. Ejemplo: ¿En qué punto de la escala te gustaría estar?

- Visualización. Ejemplo: ¿Cómo se vería un día si estuviera en “x”?
- Identificar momentos previos Ejemplo: ¿Cuál es la posición más alta en la que has estado?

Elogios

El terapeuta localiza y destaca los recursos, habilidades y tendencias positivas de los consultantes respecto a la situación que los condujo a terapia, subrayando durante las sesiones lo bueno que están haciendo para conseguir sus objetivos.

Tareas

En ocasiones, el terapeuta puede proponer ciertas acciones dirigidas a promover el cambio y alcanzar los objetivos terapéuticos. La utilización de tareas ayuda a fomentar nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambio en el futuro.

- *La tarea de la sorpresa para parejas o familias*

Se les indica a un miembro de la familia que hagan algo diferente sin decirle al resto y los demás tienen que adivinar que es lo que hicieron, por ejemplo a la pareja con falta de comunicación, para mandarse a observar uno al otro, cultivando también la comunicación análoga, se mandan que cada uno tenga un detalle con el otro sin decirle que es, y en la siguiente sesión ambos tienen que hablar de lo que creen que hizo el otro, muchas veces descubren que hay más detalles en la conducta del otro que le agradan.

- *Tarea genérica.*

La tarea genérica habla de una adecuación a las necesidades del cliente, se debe de ajustar a las características, pero siempre utilizando lenguaje presuposicional, se les puede decir, observen como es su comportamiento cuando se comuniquen claramente, en que contextos sucede que te gusta cómo te comunicas con tu esposo, etc.

Comúnmente se deja cuando los objetivos de cambio son confusos, vagos o se utilizan palabras subjetivas como “espiritualidad”, “felicidad” etc. Dándole la indicación, por ejemplo, en una familia donde los padres señalan que desean sus hijos sean bien portados: “en esta semana se va a fijar qué hacen y dicen sus hijos que le indique que son bien portados”.

➤ *Tarea de fórmula de la primera sesión*

Funciona para crear expectativas de cambio, reorientando a las personas a fijarse en las cosas buenas de la situación y observar más de las cosas positivas. Las personas se van a casa con la visión de buscar cosas positivas, además de construir los cambios necesarios para resolver el problema.

La secuencia pesimista

Se ocupa esta secuencia si las personas continúan con una actitud pesimista con respecto a la queja, al cambio y a las tareas. Muchas veces, a pesar de los intentos de crear el ambiente y contextos para el cambio, los clientes continúan pensando que nada va a cambiar, por lo que lo más factible es conectarse con dichas personas en su propio nivel, utilizando por ejemplo las preguntas pesimistas: ¿Qué creen que pasará si su comunicación no mejora?, ¿Qué ocurrirá entonces? ¿Quién sufrirá más?, ¿Quién se sentirá peor?, en su opinión, ¿qué es lo menos que podrían hacer para lograr un pequeño cambio?, ¿Cómo impedirían que continúen con las peleas tan constantes?

En la secuencia pesimista, también se puede trabajar con los siguientes pasos.

- Se externaliza el problema, presentando el problema como un ser externo a la familia o pareja que la oprime, la invade.
- Se utilizan las preguntas pesimistas.
- Se utiliza la base del MRI, respecto a los intentos de solución, hasta llegar al momento de cómo bloquearlos
- Se utilizan las preguntas conversacionales, preguntando porque creen que no han funcionado las intervenciones?, y ¿qué sugerencias tendrían para el terapeuta?

El enfoque de la terapia breve, enfocado en soluciones, es uno de los que más rompió paradigmas, maneras de hacer terapia y la misma manera de ver y hacer del terapeuta.

Las palabras, la actitud, las preguntas e intervenciones que haga el terapeuta es lo esencial en este enfoque, es decir, tener los lentes puestos de ver soluciones y no ver problemas, es indispensable para esta terapia, siendo quizás por lo mismo, un enfoque que no es para cualquier terapeuta; sin embargo es un enfoque muy eficaz y amable para afrontar situaciones difíciles o personas problemáticas.

El esfuerzo del terapeuta es generar soluciones adecuadas, para lo que tiene que cambiar las creencias de los clientes, alterando los pensamientos y conductas que impiden percibir la solución. Buscar excepciones ampliándolas, buscar diferencias, buscar pequeños cambios, por lo que su oído, vista y sentidos en general debe de estar alerta y abierto en todo momento.

2.1.2 Modelo Narrativo

Antecedentes

Los representantes de la corriente narrativa son Michel White (Australiano), quien era asistente social y posteriormente terapeuta familiar, y Davis Epston (Nueva Zelanda), sociólogo de la medicina, interesado también en la antropología, los estudios etnográficos y transculturales.

White fue influenciado en la década de los 70's por las ideas de Bateson y ya en los 80's por las de Foucault. También se fundamentaron con el Construccinismo Social, de acuerdo con Payne, enfocándose en las relaciones entre personas y las normas culturales y sociales quien las moldean, en vez de las imaginarias dinámicas intrapsíquicas. También tuvieron influencia de Derridá (1997), especialmente a lo que se refiere a los mecanismos de deconstrucción, de acuerdo con White y Epston (1990), los síntomas estarían vinculados a ciertas narraciones evocadas del discurso social del poder y

desaparecerían en el trabajo de externalización, cuyo lugar fuera ocupado por nuevas narraciones no relacionadas con el problema.

El método interpretativo de la terapia familiar sostiene que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. De esta forma, White detectaba cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la supervivencia y a la carrera del problema.

Es importante señalar que el giro propuesto en esta terapia no es solo metodológico, sino que, por el contrario, la transición desde las posturas del déficit a las de la posibilidad, emerge en un lenguaje apreciativo que transforma la tradición explicativa, diagnóstica e interventiva en el acompañamiento a la emergencia de posibilidades. Dicha tradición se sustenta en que “el terapeuta destaca (y protege) su propia coherencia narrativa, no la del cliente” (p. 52) (Anderson & Goolishian, 1996), por lo que la información proveniente del cliente (o de las comunidades) toma sentido a partir de los esquemas o estructura teórica del paradigma del intérprete (Anderson & Goolishian, 1996). Por lo tanto, es indispensable reconocer la voz del cliente, retomando la curiosidad y la capacidad de “fascinarse” con las historias de los otros al asumir la postura de terapeuta-persona.

Consecuentemente, el cambio ocurre dentro del lenguaje, aquello sobre lo que hablamos y cómo lo decimos marcan una diferencia y son esas diferencias las que pueden utilizarse para provocar una diferencia (a favor del paciente).

El terapeuta debe buscar conjuntamente con los pacientes la deconstrucción de las “verdades” que están separadas de sus condiciones y de los contextos de su producción. Se trata de un modelo que busca las fuentes de lo imaginario, que evoca nuevos relatos.

Es importante resaltar que dicha “realidad” surge del lenguaje, en el caso del paciente, a través de lo que dice su sistema inmediato, y en terapia, por medio del diálogo con el terapeuta. En donde este, presta atención al lenguaje y, por lo tanto, al modo de percibir y conceptualizar la “realidad”

misma, y al utilizar también el lenguaje, se puede desarrollar los nuevos significados y nuevas “realidades”. En este sentido, el lenguaje ha llegado a ser un protagonista del diálogo terapéutico y no solo, un vehículo de comunicación.

Todo esto quiere decir que ni el hablante, ni el oyente pueden estar seguros de que son capaces de comprender con certeza lo que el otro realmente quiere decir. Se llega a la significación a través de la negociación dentro de un contexto específico. El modelo narrativo transita por los niveles cognitivo, social y afectivos.

Conceptos Principales

Para este enfoque, la vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y del lenguaje del yo y de su relación (White, 1997).

Otro concepto importante es el de la metáfora narrativa, que propone que las personas viven sus vidas de conformidad con historias, que esas historias son modeladoras de la vida, y que tienen efectos reales, es decir, que dichas historias procuran a las personas a recobrar la convicción de que controlan su vida, o al menos a dudar de su creencia de la imposibilidad de controlarla (Payne, 2002)

Los aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad para la generación o regeneración de relatos alternativos. Estos aspectos que quedan fuera se les llama acontecimientos extraordinarios. (White y Epston, 1993).

Respecto a lo acontecido en el ambiente terapéutico, en el enfoque narrativo, se le da la máxima importancia a las vivencias de la persona, se favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.

Desde estas comprensiones, la terapia hace parte del entramado paradigmático que se corresponde con una postura vital más que con una mera técnica. Por tanto, el objetivo de los encuentros terapéuticos para Freeman & Combs (1996) es reconocer aquellos eventos que no se narran en forma de historia y

que secundan a las narrativas dominantes, es decir, que cuando las narrativas de vida cargan significados dolorosos u ofrecen eventos a históricos, si se retoman nuevos significados de otros eventos historiados, se construyen nuevas narrativas.

Las narrativas dominantes se comprenden entonces como aquellas que imposibilitan la emergencia de nuevas historias, la remembranza de otros eventos, así como la reconstrucción afirmativa de la historia vital, pues son aquellas que se convierten en historias con carga opresiva, saturadas del problema y soportadas en estereotipos culturales y subculturas que no necesariamente abogan por la diferencia.

Así pues, el proceso en la terapia narrativa privilegia el recuento y el avivamiento de historias con mejor forma (Sluski, 1992). Este proceso procura la emergencia participativa de historias alternativas. Es importante subrayar que no se trata de narrar la historia como una “más bonita” o con intentar obviar el sufrimiento, lo que busca es la experiencia de la diferencia en vivo fuera del consultorio terapéutico (Bruner, 1986, citado por Freeman & Combs, 1996). Diferenciar a las personas de los problemas es uno de los elementos clave en el recuento de las historias, ya que permite que la persona no privilegie dicha, sino que se pueda asir de otras que construyen el complejo entramado de su identidad. Por tanto, retomando a Epston & White (1993) es posible afirmar que la persona no es el problema, el problema es el problema.

Asimismo, desencadena presuposiciones y establece significados implícitos y genera perspectivas múltiples, además de estimular la polisemia y el uso coloquial, poético y pintoresco. Además de invitar a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno de los actos interpretativos.

Terapeuta

De acuerdo con lo anterior, la construcción de sentido en la terapia narrativa se realiza a través de la actitud relacional del facilitador (terapeuta) que ha de conservar la curiosidad para hacer preguntas sobre eventos no contados y extraordinarios. Entre el terapeuta y el cliente emerge una

relación en la que se privilegia la escucha, la posición del no tener certezas sobre la vida de los consultantes, la deconstrucción y la conversación externalizadora (Anderson y Goolishian, 1990).

Es así como el proceso de acompañamiento invita a realizar un salto de las narrativas dominantes hacia las historias delgadas o alternativas (White, 2002a), lo cual es un paso co-creado según la propuesta de Anderson & Goolishian (1996):

“en términos de desplazamiento del discurso en el que el cliente está comprometido en ese momento, para llevarlo a otro discurso en el que el problema no exista” (p. 99).

De acuerdo a White (2002) este proceso trasciende la narración y se conecta con la acción. Por tanto, este proceso se teje desde la responsabilidad de que el sistema terapéutico promueva el desarrollo de un mejor relato, es decir, historias con mejor forma, para transformar la experiencia, lo que supone que la persona sea un agente activo en su propio proceso y coopere en la co-creación de sentido. Para esto, el terapeuta técnicamente debe privilegiar a los integrantes de la familia como autores primarios de lo que denomina relatos alternativos. El puente entre el paradigma y el sentido terapéutico se conecta cuando para el terapeuta no importa si aquello que el consultante relata es o no verdad, dando prioridad a lo que se significa y se siente desde una comprensión contextual y cultural de los discursos dominantes (historias dominantes) y el posicionamiento social (Harré & Van Langenhove, 1991). El terapeuta debe hacerse cargo de esto último a través de la conciencia de la posición de curiosidad, pues desde la concepción de la terapia narrativa los dominios de conocimiento son a la vez dominios de poder.

White (2002), señala que son los significados que le otorgamos a la vida, los que permiten sostener las identidades y narrativas dominantes. Al nombrar se constituye y al definir se incluye/excluye. Por esto, en la terapia narrativa, el terapeuta explora los efectos del problema (separado de la persona, la persona no es el problema), utilizando metáforas o nombres, y se permite generar alianzas con la persona “en contra” del problema.

Intervenciones

Al retomar lo anteriormente dicho, se contemplan cinco claves que permiten vislumbrar el proceso terapéutico narrativo: (a) busca el respeto, la no-culpa y el trabajo comunitario, concibiendo a las personas como expertos en sus propias vidas; (b) ve los problemas como separados de las personas y a estas como seres llenos de competencias, habilidades, recursos, creencias, valores, compromisos y habilidades; (c) la curiosidad y la voluntad de realizar preguntas son muy importantes para conocer genuinamente; (d) hay muchas posibles direcciones de cualquier conversación; (e) la persona tiene un rol significativamente participativo.

Una de las principales intervenciones es la deconstrucción, la cual tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por hecho; esas verdades independientes de las condiciones y del contexto de su producción.

La deconstrucción como recurso terapéutico invita a la reflexión crítica, la cual se nutre a la vez de acontecimientos extraordinarios, excepciones a la regla problemática y problemas externalizados. La reflexión crítica, como lo señala Gergen (1992), es el lugar de posición del paradigma y tiene una dirección más asertiva, constructiva y responsiva. De esta forma nacen las preguntas curiosas que fortalecen la actitud exploradora y abierta del terapeuta.

Y al reflexionar sobre estas historias alternativas, a las personas se les abre la posibilidad de identificar valores y compromisos preferidos para la vida” (p. 31) (White, 2002a). Las conexiones narrativas entre los valores, la trama alternativa y la posibilidad recursiva son en síntesis la dirección del trabajo de deconstrucción-construcción que ofrece la perspectiva narrativa. Es así como se comienza a posibilitar el acto reconstructivo en la experiencia.

Otro de los procesos importantes para lograr la meta terapéutica es la externalización del problema, el cual es un proceso, que, en esencia, propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente. Siendo uno de los primeros pasos el bautizar el

problema, además de motivar a la persona a expandir su narrativa inicial, el terapeuta la invita a poner un nombre específico al problema, quizás una palabra o frase corta. El bautizar el problema añade énfasis y concreción, y permite a la persona sentir que controla su problema y posibilita la externalización de este (Payne, 2002).

La definición externa del problema puede mantenerse constante a lo largo de la terapia, pero es común que sea fluida y evoluciones a lo largo del tiempo. El proceso de externalización se inicia con una serie de preguntas denominadas de influencia relativa. Comúnmente el proceso se pone en marcha al inicio de la primera entrevista, consiguiendo que las personas se involucren inmediatamente en la tarea de separarse del problema. Dichas preguntas se componen de dos conjuntos de preguntas. Un primer tipo anima a las personas a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. Estas preguntas ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar al ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal.

Otra técnica que se usa constantemente es el uso de metáforas, de hecho se puede señalar como recurso lingüístico clave en la terapia narrativa. Como lo resalta Payne (2002), el lenguaje en sí es metafórico y las unidades escritas o habladas simbolizan referentes (no son referentes en sí mismas). Algunas de estas metáforas se confunden con la realidad y se convierten en “entidades reales” más que palabras que simbolizan ideas hipotéticas. Las metáforas son, según las describe Payne (2002), las imágenes comparativas y comprimidas en lenguaje, a la vez que hacen parte del engranaje de la externalización que potencia efectos benéficos en la reconstrucción de experiencias vitales de las personas. Argumenta White (2002) que de esta forma se reestructura la memoria en el entramado alternativo de historias, las cuales se conectan y se construyen socialmente en el lenguaje posibilitador de la esperanza. Ahora bien, según Gergen (1996), el construccionismo social narrativa no aborda únicamente las palabras, sino también las formas de vida y maneras de incrementar formas de vida

posibles. Desde allí, la construcción de sentido se entrelaza con las cuestiones socioculturales que dan lugar a diversos panoramas de la existencia.

Otra de las intervenciones que son parte de la terapia narrativa, es la recuperación de las vidas y las relaciones no solo haciendo preguntas, sino también recurriendo a diversos documentos escritos. (White, Epston, Murray 1996). El terapeuta puede emplear escritos de su propia autoría o creados por las personas que consulta. Estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten descubrir su propio proceso. A veces serán solo para el uso privado de la persona, a veces los compartirá con el terapeuta o incluso con otra gente. Se utilizan para consolidar el progreso porque la palabra escrita es más permanente que la hablada (Payne, 2002).

Dentro de estos documentos se encuentran los memorándums, declaraciones, listas, ensayos, contratos o certificados, así como las cartas, entre las que se encuentran:

- Cartas de invitación. Se utiliza para invitar a la sesión a algún miembro de la familia o alguna otra persona, cuando se considera necesario incluirla en la terapia.
- Cartas de despedida. Se despide a una persona, emoción o algún agente ya externalizado, de las funciones que venía desempeñando.
- Cartas de predicción. Se emplean término de la terapia con autorización del consultante, el terapeuta realiza una predicción sobre la situación que prevalecerá en la vida del quién solicita la terapia para un futuro cercano (6 meses) siendo importante señalar que no se abre hasta la fecha indicada.
- Cartas de contraderivación. Se envían al profesional o instancia que derivó a las personas en consulta, cuidando el lenguaje.

- Cartas de recomendación. Se emplean para destacar las habilidades, logros y cualidades de las personas y están dirigidas a testigos importantes que en algún momento hayan expresado la incredulidad sobre las capacidades del consultante
- Cartas ocasiones especiales. Son redactadas para que las utilice el consultante en alguna ocasión especial
- Cartas breves. Su principal objetivo es realizar un reconocimiento al destinatario de su presencia del mundo
- Reflexiones post-sesión. El terapeuta redacta ideas, reflexiones o preguntas que se les ocurren después de terminada la sesión
- No asistencia. Se pone al tanto de los descubrimientos realizados durante la sesión a quien no asistió a ella.

Otros documentos llamados contradocumentos son:

- Certificados. Sirven de reconocimiento y dan fe de los logros alcanzados en una situación o tarea específica. Se destacan competencias, habilidades y retos superados.
- Declaraciones. Quizás la más destacada es la declaración de independencia, es donde se declara libre del problema que lo llevó a terapia.
- Auto certificados. Son elaborados por las personas, algunas ocasiones con ayuda del terapeuta, donde la persona se reconoce a sí misma los logros alcanzados.

Cuando los pacientes son tratados como asesores de sí mismos, de otros pacientes y del terapeuta, ellos se sienten con mayor autoridad sobre sus propias vidas, sobre los problemas y sobre la solución de tales problemas.

Existen otra serie de técnicas que en algunas ocasiones también puede usarse la escritura y el envío de cartas.

- Convocando un público. Se invita a la familia a conocer sus logros en público.
- Investigando la influencia. Se redacta la influencia relativa que la persona tiene sobre el problema
- Historiar. Se alienta a la persona a reflexionar sobre su historia e identificar en ella la lucha que ha realizado para combatir el problema, así como a identificar los recursos que le han ayudado para lograr vencer, esto puede ser escrito.
- Desafiar las técnicas de poder. Se plantean reflexiones y preguntas que alientan a la persona a tomar medidas de desafío a las circunstancias que le mantienen en situación de sometimiento.

Otra de las técnicas que forman parte del proceso en terapia narrativa es la remembranza como explica MacNamee (2011), es la conversación o comunicación posibilitadora de la reconstrucción, de tal manera se juega con el significado semántico, tejiendo los vínculos con el recuerdo vivo. Reconociendo que la memoria tiene la capacidad de co-construir historias que amplían la posibilidad de cambiar las narrativas, en este circuito cada detalle depende del anterior, necesita de la escucha y reconoce lo significativo para cada persona. Se conecta así la reescritura con la remembranza que observa a las personas como un “club de miembros de identidad, como una asociación de vida” (p. 9) (White, 2002). Por lo tanto, la remembranza se plantea haciendo referencia a la re-inscripción en un “club de vida”, flexible a las relaciones y al reconocimiento de que se está susceptible al cambio.

Desde este punto, se procura que los consultantes se empoderen frente a cuáles voces privilegian en su narrativa y cuáles no. Según White (2002) en este momento del proceso se invita a que se exploren las particularidades, lo que genera una sensación de insight, conclusiones y aprendizajes. El objetivo en este sentido es el autoconocimiento y las propuestas de futuros posibles (Gergen, 2011).

Las conversaciones de remembranza, como las propone Gergen (2011), generan compromisos y pueden referenciarse con ejemplos de otras personas a quienes se ha visto hacer el cambio. Es por esto que en estas conversaciones se requiere que las personas sean participativas, activas y propositivas para actuar aquello que se quiere cambiar. Así, se argumenta la condición de apertura hacia la membresía a la propia vida “para honrar algunas membresías y para la revocación de otras” (p. 9) (White, 2002).

Asimismo, como lo señala White (2002), la remembranza implica creatividad en la indagación de las narrativas y el compromiso con los propósitos, con las relaciones significativas de la propia historia y con las “identidades de nuestra vida actual que nos son significativas o potencialmente significativas” (p. 9) (White, 2002).

Otra técnica es el uso de mapas. White (2007) llama mapas a una manera de aproximación a la diversidad de las personas, siendo una metodología de trabajo, con las cuales las personas, en el diálogo con el terapeuta, pueden hablar de sus vidas de una manera más rica, ampliando su identidad y quitando los estigmas sociales y culturales. Los momentos en los que se pueden ocupar los mapas son en las conversaciones externalizadoras, las conversaciones de re-autoría, las conversaciones de re-integración, las ceremonias de definición, las conversaciones que destacan los resultados únicos, y las preguntas de andamiaje.

Como ya se señaló, en el caso de las conversaciones externalizadoras, estas permiten deconstruir el problema e identificar la influencia relativa, es decir, la influencia del problema en la vida de la persona y la influencia de la persona en la vida del problema. Así, la persona comienza a re-narrar su identidad y a recuperar el sentido de agencia personal, es decir, el sentirse capaz de hacer, donde al hacer un mapa de la relación entre el problema y la persona, el terapeuta y el consultante tienen una mejor visión de dicha relación.

En el caso de las conversaciones de re-autoría, la reconstrucción de la historia invita a la persona a indagar en lo oculto de la historia, lo negado, las excepciones o finales únicos, para desde las mismas construir una historia alternativa preferida a la historia dominante.

La estructura narrativa en que se basa White para el trabajo de este mapa se fundamenta en los postulados de Jerome Bruner (1986) quien propone que las narraciones poseen un escenario de acción: “a) hechos eslabonados, b) secuencias particulares a través de c) la dimensión temporal (...) y de conformidad con d) tramas específicas” (White, 2016, p. 31) y un escenario de identidad: “estructurando conclusiones de identidad moldeadas por categorías de identidad contemporáneas a la cultura” (White, 2016).

En las conversaciones de reintegración, propone un proceso en el cual la persona revisa, identifica y decide respecto de cuáles grupos de pertenencia quiere formar parte y cuáles no. En este trabajo las personas pueden reencontrarse con seres queridos o significativos, conocidos directamente o no, vivos o muertos y enriquecer la narración de su identidad, pudiendo optar por sus historias preferidas y dejando atrás los relatos saturados del problema.

En las ceremonias de definición White (2002) estructura las entrevistas con las personas consultantes, el entrevistador y el equipo que participa como público a través de espejo unidireccional, con circuito cerrado de televisión o sentados detrás del entrevistador y los consultantes. En esta propuesta, los Testigos Externos tienen una función fundamental de colaborar con la persona o la familia desde un proceso en el cual se recupera el impacto que la historia de la persona tiene en ellos, de tal manera que le sea útil escuchar los comentarios, en este proceso se incluyen los 4 pasos siguientes: a) la expresión, b) la Imagen, c) Resonancia, d) el Transporte o la movilización personal. En la expresión se trata de que el testigo escoja de lo que ve o escucha en la entrevista algo que le llame la atención; en la imagen se le pide a la persona que observe las imágenes con su imaginación y la

creatividad que le surgieron mientras escuchaba; la Resonancia son las ideas que conectan la vida del testigo con la historia escuchada y en el trasporte el testigo externo, utilizando su propia experiencia de vida aporta aspectos de sí mismo que describan el impacto que la vida de la persona tuvo, presentándolo en conclusiones que logró después de oír a la historia de la vida de la persona (Campillo, 2009).

Por otro lado, White (2016) ha propuesto que las personas y las familias necesitan transitar de *lo conocido* a *lo posible de conocer* y para esto se utiliza el *Mapa de las preguntas de andamiaje* utilizado para conectar el panorama de la acción con el panorama de la identidad. Para lograr este andamiaje, se tienen cinco clases de preguntas, las preguntas para caracterización del problema, la preguntas para poner al problema en cadenas de asociación, las preguntas para entender cuál es la experiencia, aprendizajes y descubrimientos de esas asociaciones del problema y las preguntas de abstracciones de esos aprendizajes y descubrimientos, para llegar al final a los planes de acción.

También está el mapa de la Posición el cual incluye: Negociar una experiencia cercana particular y con una definición no estructural del acontecimiento extraordinario, para posteriormente, mapear los efectos del acontecimiento extraordinario en la vida de la persona, para evaluar los efectos de esa influencia en los diferentes dominios de la vida y así justificar esa evaluación en su importancia.

Para la finalización de la terapia, sucede cuando la persona decide que el relato de sí mismo es suficientemente rico para abarcar su futuro. La última sesión es una celebración, pues las terapias narrativas no se basan en una metáfora de la terminación como pérdida sino en una metáfora de la reincorporación.

2.1.3 Equipo Reflexivo

En los últimos años de la década de los ochentas, principio de los noventas, un grupo de terapeutas comienzan a realizar una serie de reflexiones respecto a su trabajo clínico, abriendo nuevas opciones de intervención en las que el lenguaje, la interpretación y la interacción horizontal son eje central. Este enfoque llamado colaborativo tiene como principales exponentes a Harlene Anderson, Harold Goolishian y el trabajo con equipos reflexivos del psiquiatra noruego Tom Andersen (Beltran, 2014).

La terapia Colaborativa se sustenta en el construccionismo social; considera que el lenguaje y la conversación son el camino para construir y reconstruir. Las personas al comunicarse exponen sus diversas realidades, lo cual permiten un intercambio que pueden modificar sus historias.

El terapeuta colaborativo será un participante más en este ejercicio y mantendrá una actitud de curiosidad durante la conversación. En el caso de este modelo, el consultante es experto de su realidad y el terapeuta solo compartirá su visión como algo tentativo y personal, aunque lo anterior no exenta la responsabilidad e intencionalidad de sus palabras. Los comentarios del terapeuta son una continuación de lo que ha escuchado, reflejan comprensión y se convierten en una invitación para que las personas amplíen su relato (Anderson, 1997, Anderson, 2003, citado en Ibarra, 2004).

Conceptos Principales

Búsqueda de múltiples perspectivas

Cualquier descripción o explicación acerca de una situación depende del observador, por lo que existen diferentes versiones, igualmente válidas, sobre una misma situación. Esto implica que en la terapia se busquen y acepten todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan y se promueva la búsqueda de las que todavía no se hayan encontrado (Andersen, 1994).

Sistemas de significados

El problema crea un sistema, donde cada uno de los miembros preocupados por un problema tiene una descripción, una explicación y un significado sobre cómo resolver dicho problema. Cuando estos significados, que son en parte diferentes, son intercambiados en conversaciones, pueden emerger nuevos significados. Si no existe la conversación, los significados tienden a no modificarse. Las conversaciones suelen detenerse cuando los significados de las diferentes personas son demasiado distintos entre sí y en tales situaciones, las personas tienden a escuchar sus propios significados en lugar de escuchar los de los demás.

Por esta razón el terapeuta requiere evitar expresar sus significados sobre la situación, pues estaría en riesgo de convertirse en aliado de aquellos que tienen significados similares y oponerse a quienes tienen opiniones diferentes. También es frecuente que no se puede conversar con un grupo de personas que no pueden intercambiar ideas en un momento específico. Debido a esto es importante discutir con los involucrados en el problema, acerca de quiénes deberían participar en las sesiones, en qué momento y sobre qué tema (Andersen, 1994).

Múltiples conversaciones

El establecimiento de una conversación comprende el sentir, el conocer y el actuar de una persona, los cuales se influyen mutuamente en un proceso interno. Dicho proceso sirve para conservar la integridad de la persona y a la vez para expandir los actos de sentir, conocer y actuar, cuando se conectan con el proceso externo de intercambios continuos generados durante una conversación. Entre dos personas que se encuentran en una terapia, se generan tres conversaciones paralelas y simultáneas: dos conversaciones internas y una externa. Las conversaciones internas sirven a dos propósitos: tratar de las ideas que se intercambiaron y tratar de la participación de la persona en la conversación externa. En el caso del terapeuta, éste habla consigo mismo constantemente sobre cómo puede conectarse a

través de una conversación para conseguir nuevas y mejores perspectivas sin que la integridad del cliente se vea amenazada.

Al haber diversos diálogos, es importante que la conversación sea lo suficientemente lenta para que ambos participantes tengan tiempo suficiente para sus conversaciones internas. Esto implica que existan pausas suficientes antes de hablar o actuar para preguntarse qué es lo que el otro quiso decir, y antes de escuchar o sentir para preguntarse si lo que se dijo fue poco o demasiado inusual para el otro (Andersen, 1994).

Metas Terapéuticas

La práctica del equipo reflexivo favorece el cambio como evolución, ampliando las premisas del actuar, el conocer y el sentir de los miembros del sistema. Para esto establece un contexto de libertad para el intercambio de ideas, asegurando la integridad individual de los involucrados. En tales circunstancias surgirán nuevas ideas para conocer, sentir o actuar, o nuevas ideas para utilizar las posibilidades ya existentes en el repertorio de significados y conductas de la persona. Por esta razón es importante que la terapia se organice de manera que los clientes tengan la oportunidad de decir no a la forma, al contenido o al contexto de la conversación (Andersen, 1994).

Intervenciones

Organización del equipo reflexivo

No existe una sola manera de organizar un equipo reflexivo, sino que hay diversas formas, dependiendo de las circunstancias prácticas, y de las preferencias de los participantes. El equipo busca que el cliente (los terapeutas, la familia o ambos) se sienta cómodo con la situación de entrevista y la forma en que participará el equipo reflexivo durante la sesión (Andersen, 1994).

El equipo reflexivo puede utilizarse para una consultoría o también puede participar a lo largo de un proceso terapéutico, de forma intermitente o continua, dependiendo de las expectativas del sistema terapéutico. El número de miembros del equipo reflexivo puede variar, y puede estar ubicado detrás de

la cámara de Gesell o mantenerse todo el tiempo dentro del espacio donde se realiza la entrevista con la familia.

Aperturas para la conversación en la fase de entrevista

Quien realiza la entrevista mientras el equipo escucha, requiere considerar, a partir de las respuestas del sistema, las aperturas o temas que utilizará para continuar la conversación. La apertura elegida puede ser una que provoque curiosidad y es importante no seguir aperturas que el propio entrevistador considere desagradables.

Las preguntas demasiado usuales no crean ninguna tensión en los clientes y no producen muchas aperturas para el diálogo. Las preguntas que son apropiadamente inusuales generan una mayor cantidad de aperturas y se detecta en un cambio en la actividad de la persona (como ponerse a pensar en serio, cambiar la posición del cuerpo, pasar de una aparente tranquilidad a una leve intranquilidad, etc.), sin que se reduzca el flujo de los intercambios en el diálogo. Algunos ejemplos de este tipo de preguntas son las circulares y las reflexivas, que favorecen el desarrollo de dobles descripciones sobre una situación, nuevas explicaciones sobre dicha situación y reflexiones sobre lo que podría ocurrir si hubiera un cambio en dicha situación.

Las preguntas que son demasiado inusuales también provocan un cambio en la actividad de la persona, pero estos cambios limitan la apertura de la persona debido a que la perturban, y pueden empezar a escuchar con menos atención, desinteresarse, sus respuestas se hacen más breves y espaciadas, se tensan, etc. Incluso el terapeuta puede entrar en un estado de tensión tal que mientras el cliente recibe menos sus preguntas más le obliga a que se las conteste (Andersen, 1994).

Posición de escucha del equipo reflexivo

El entrevistador facilita la conversación de manera totalmente independiente del equipo reflexivo, por lo que éste nunca interrumpe para proponer preguntas o dar consejo. Cada miembro del

equipo reflexivo escucha en silencio la conversación y participa en un diálogo interno para buscar nuevas descripciones y explicaciones sobre la situación definida como problemática.

Mientras los miembros del equipo escuchan, reúnen mentalmente las diversas aperturas a medida que éstas surgen, ya sea a través de palabras o expresiones análogas. Suelen seleccionar la apertura que les parece de mayor significación. Si surgiera otra apertura que parece ser aún más importante, uno podría dejar de lado la primera y comenzar a elaborar sobre la nueva. No hay reglas sobre la manera en que cada miembro del equipo debería trabajar una apertura durante la posición de escucha.

Si el equipo reflexivo se encuentra en otra sala, los miembros no discuten acerca de la conversación del sistema porque esto puede limitar la atención del equipo a unas pocas ideas o a una idea central. Si los miembros del equipo no se hablan entre sí mientras escuchan probablemente se les ocurrirán más ideas y éstas podrán ser diferentes (Andersen, 1994).

Diálogo externo del equipo reflexivo

Cuando el entrevistador les solicita sus ideas, los miembros del equipo reflexivo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre los temas presentados, mientras que los participantes de la entrevista los escuchan. Cada miembro del equipo da su versión sobre los temas en forma especulativa para enfatizar que cada miembro del equipo sólo puede tener su propia versión subjetiva de la situación y que no existe ninguna versión objetiva o final.

En el equipo se omite hablar de todo aquello que haya quedado demostrado en la entrevista que las personas prefieren que no se mencione. Otras reglas consisten en no hacer reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto al de la conversación durante la entrevista y no se dan connotaciones negativas.

Las reflexiones a menudo toman la forma de un diálogo, y se hacen preguntas que se responden con más preguntas que quedan sin responder, porque buscan que las personas reflexionen y se

planteen nuevas preguntas, en lugar de que la terapia intente imponer sus puntos de vista. Sin embargo, si se considera que el sistema quiere consejo y que sería demasiado inusual no dárselo, se puede discutir de qué manera otro sistema en una situación similar trató de resolver el problema.

Los sentimientos que surgen en el equipo al escuchar la historia se pueden presentar en forma reflexiva, tanto aquellos que surgen del diálogo escuchado como los que resuenan con aspectos de la vida personal. El equipo reflexivo abre la posibilidad para que los involucrados en la entrevista tengan un diálogo interno a medida que escuchan las versiones que les presenta el equipo, de modo que se puedan hacer nuevas preguntas y generen nuevas distinciones y explicaciones sobre la situación.

Para permitirles a los miembros del sistema que tengan la oportunidad de estar en posición de escucha, los miembros del equipo se miran a los ojos mientras hacen sus reflexiones, pues si los miraran y los incluyeran en su conversación, les quitarían la posibilidad de ver la discusión de los temas desde afuera.

A menudo el equipo reflexivo habla entre cinco o diez minutos, e incluso por un mayor lapso de tiempo. El entrevistador no los interrumpe a menos que las reflexiones se vuelvan tan duras que quienes las escuchan no puedan soportarlas (Andersen, 1994).

Diálogo acerca de las reflexiones del equipo

Cuando el equipo reflexivo terminó de hablar, se cambian las posiciones y el sistema de entrevista habla mientras que el equipo escucha. El entrevistador comienza la discusión con una pregunta abierta: ¿hay algo de lo que han escuchado sobre lo que les gustaría hacer algún comentario, hablar, etc.? Una vez que todos los que quieren hacer comentarios han dado sus ideas, el entrevistador puede favorecer que continúen reflexionando fuera de la sesión (Andersen, 1994).

Capítulo 3
Casos Clínicos

3.1 Integración de dos expedientes de trabajo clínico

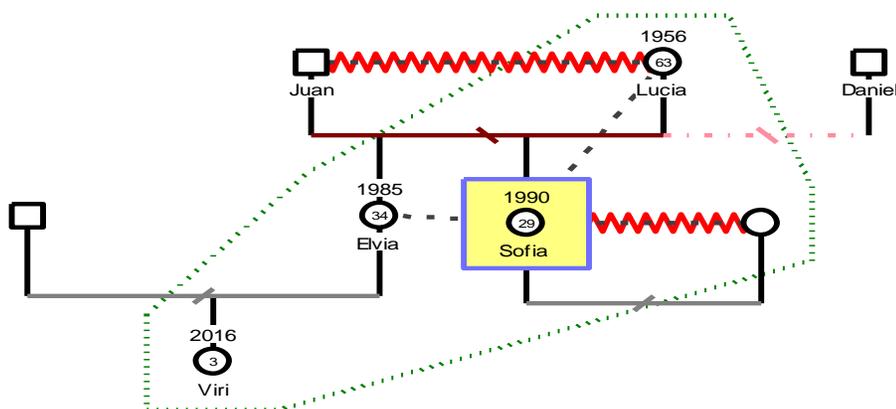
En este capítulo se presentarán dos casos clínicos. Se analizarán de manera teórica y metodológica, destacando los discursos del amor romántico y sus efectos en la relación de pareja de las consultantes.

Al primer caso lo nombre “Sofía”, fungí como terapeuta principal en el tercer semestre de la residencia, el segundo será “Alejandra” como parte del equipo de supervisión en el segundo semestre. Ambos casos se atendieron en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI.

Los nombres fueron cambiados para proteger el anonimato de las consultantes.

3.1.1 Descripción del caso 1 “Sofía”

Familiograma



Duración de proceso terapéutico: Cinco sesiones de manera individual

Motivo de Consulta

La consultante expresó que necesitaba atención psicológica debido a que había terminado con su novia Daniela, deseando superar la relación, ya que sentía que se aferraba a ella, teniendo emociones de tristeza, angustia, desesperación, generándole afectaciones en su rendimiento académico como: dificultad para concentrarse en sus clases, no entregando a tiempo sus tareas, bajando de calificaciones

y desmotivación general por la escuela, así mismo en su trabajo ha tenido dificultades, ya que comparten el mismo espacio y solo anda viendo donde está, con quien platica o come, refiriendo que no se concentra, su jefe le ha llamado la atención porque hace mal las cosas. En cuanto a la relación con su familia, menciona que no puede compartir lo que le sucede con su madre y hermana, ya que la critican o la ignoran, así que opta por encerrarse en su habitación a llorar, pensando constantemente en su exnovia. Comenta que sus parejas anteriores, de igual forma, le fue difícil terminar la relación, pero nunca se había sentido tan mal como en la actualidad.

Modelos psicoterapéuticos de Intervención

A lo largo de las sesiones se trabajó principalmente bajo el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, Terapia Narrativa y Equipo Reflexivo, utilizando diferentes técnicas. Sin embargo, también se trabajó con algunas técnicas aportadas por otros enfoques, con la intención de mejorar el objetivo del proceso terapéutico. Se resaltaban excepciones y recursos de la consultante, así mismo durante el proceso también se cuestionaron las creencias del amor y pareja.

Resumen general de las sesiones

En la *primera consulta*, se comenzó con la pregunta de la primera sesión: ¿Por qué ahora decidiste asistir a terapia? Señaló que ya no podía con el sufrimiento por la ruptura repentina, ya que, tenían planes y actualmente vivían juntas en casa de su madre, por lo que su exnovia Daniela le pidió tiempo para estar bien con ella misma. Derivado de esta situación le generó confusión, ya que Daniela le menciona que quería experimentar relacionarse con otras personas, sentirse libre y no atada, cuando tenía la percepción de que estaba bien la relación. Esto le ha provocado sentirse mal en todos los ámbitos: personal, familiar, escolar y laboral.

Durante la sesión se conversó sobre las emociones, sensaciones de la ruptura de su noviazgo, el significado que le dio a la relación de pareja, la cercanía que tenían ambas, los planes que habían

realizado y como ella se veía a un futuro sin ella y con ella, pero desde otra mirada, ya que refería tener la esperanza de regresar.

Manifestó que durante la relación ha aceptado infidelidades, humillaciones, descalificaciones sobre su cuerpo y críticas constantes de la relación, generando separaciones recurrentes, en un año y medio.

Al final de la sesión se le hace una pregunta de atribución del control ¿Qué es lo que te indicaría que vas mejorando en la terapia? Contestando “que ya no le afecte en sus diversas áreas de vida, sí está presente o no Daniela, donde pueda hacer sus actividades con energía, motivación y que no le invadan pensamientos constantes de querer estar con ella, así mismo que disminuya la ansiedad, ya que se pregunta ¿Qué hice mal en la relación?, y ¿Por qué me terminó?

Durante la sesión se validan y normalizan sus vivencias sobre el proceso de la ruptura, se amplían los recursos y fortalezas para salir de las situaciones dolorosas, en las rupturas de pareja previas, así mismo, se le dio un mensaje donde rescatamos la importancia de enfocarse ahora en ella misma y que efectivamente está pasando por un proceso doloroso, pero que la vida le está dando la oportunidad de mirar diferente las relaciones de pareja, dándose una pausa para cuestionarse si sus relaciones que ha vivido son como ella desea y quiere.

En la *segunda sesión* menciona que se quedó reflexionando sobre el mensaje que le dio el equipo, sobre mirarse más, se cuestionó sobre sus relaciones, ya que identificó que tiene un mismo patrón de encontrarse a mujeres que le son infieles, la maltratan psicológicamente, de acuerdo a su dicho “no valoran todo el esfuerzo que hago por ellas”, menciona que tiene la esperanza de regresar con su ex novia, pero yendo a terapia de pareja para construir una relación sana y respetuosa, “Ahorita Daniela no sabe lo que quiere de la relación y no me aclara lo que siente por mí”.

Durante el proceso se desarrolló el concepto que tiene Sofía sobre amor y pareja, mencionando que para ella el amor es “Aceptar lo que ella me dé, quiero de su tiempo, que me ponga atención, que esté conmigo cuando lo necesito, que le guste estar conmigo, quiero que valore todo el esfuerzo que hago,

espero que regresemos y seamos felices, que me mire todo lo que soy y doy”. Con respecto al concepto de pareja, menciono...“que me respete, no me sea infiel, me cuide, me proteja, estemos caminando juntas, no me haga sentir menos o que no di lo suficiente”.

Posteriormente, se conversó sobre su proyecto de vida y la importancia de rescatar a sus redes de apoyo, ya que mencionó que dejó todo por enfocarse a su exnovia.

Al final de la sesión se le reconoció y elogio el asistir a terapia como una oportunidad para sanar y reencontrarse con ella misma, siendo muy valiente, fuerte, dándose la oportunidad de afrontar la incertidumbre de rescatar o no la relación de pareja, finalmente ella decida como quiere estar, y cuanto tiempo quiere vivir con el dolor y la incertidumbre, mencionándole una metáfora con la canción de “Penélope” donde ella parecía esa mujer de la canción, sentada, esperando a su amada, añorando el pasado y los buenos momentos, se le recalcó que esa imagen que tiene de su ex novia se congeló, recordando solo lo lindo de la relación, minimizando la infidelidad y los maltratos psicológicos que le generaba.

Para concluir, se le deja una tarea paradójica, la prescripción era que todas las noches en un horario específico, durante media hora, pudiera llorarle a su ex novia, dedicándole sus pensamientos, anhelos, recuerdos buenos y malos que vivió con ella.

En la *tercera sesión* señaló que llegó a sentirse más tranquila y estable emocionalmente con altas y bajas, ya que había hablado con su ex pareja y se dio cuenta de que ya no tenía alguna esperanza de regresar con ella, ya que le dijo que estaba bien con su nueva pareja y no quería darle falsas esperanzas, esto le generó sensaciones de enojo, coraje, confusión. Durante la sesión se le dieron mensajes como el cuidar sus sentimientos, potencializar sus cuidados, procurarse y no abandonarse, ya que parecía que solo buscaba explicaciones del porqué terminó la relación y cubrir los deseos de su ex novia. Se exploraron sus sueños, anhelos, deseos, esperanzas, proyectos pendientes y lo que dejó por enfocarse en la otra persona. Se realizaron preguntas a futuro, ampliar el cambio, se le mostraron por

escrito los mitos del amor romántico, analizándolos y haciendo reflexiones sobre los mismos. Mencionando que nunca había escuchado sobre los mitos del amor romántico, se dio cuenta de que en muchos coincidía y caía en las trampas del amor. Se le deja de tarea que busque más bibliografía y vaya siendo amorosa con su proceso, sin juzgarse.

En la *cuarta sesión* se trabajó con preguntas conversacionales y preposicionales, búsquedas de lados fuertes, resaltando los recursos, en esta sesión manifestó estar enfocada a sus actividades, más atenta a sus clases, resolviendo los pendientes sobre su escuela y trabajo, así mismo se dio cuenta de que al salir de viaje sola no necesitaba la compañía de una persona que la lastimaba, disfruto los momentos que la vida le daba, como ir a conocer un lugar que tanto anhelaba, podía sentirse un poco más independiente emocionalmente, sin necesitar de una persona, ya que refirió “solo me daba migajas de amor, cuando vivíamos juntas me contestaba cuando ella quería, me ignoraba, le importaba solo sus conversaciones en su celular o llegaba a dormir, me decía que no sabía si yo era lo que ella buscaba, al terminar la relación solo me buscaba para contarme sus problemas con su otra mujer y de las dificultades que tenía con el dinero”. Refirió ya no ceder ante las llamadas que le hacía Daniela, pudo sentirse fuerte y segura, mencionó “me siento más fuerte, más segura ante mi capacidad de amar y que deseo recibir y dar amor, es reciproco, no ventajoso, abusivo o violento, me di cuenta de que valgo mucho y que no merezco ser tratada de esa forma”.

El mensaje final que le dio el equipo fue que buscara grupos lésbicos donde compartiera experiencias parecidas a lo que ella vivía, ampliando su panorama, para no saberse sola, ni que es la única mujer que está pasando por lo mismo, donde le muestren la diversidad, asumiéndose como una mujer lesbiana, donde comience a cuestionarse que sucede con otros grupos y diversas formas de relacionarse, con el propósito de generar una visión alternativa del tipo de amor que ella definió como solo “recibir migajas”, manifestando que busca una relación complementaria con una mujer y un amor más reciproco, donde pueda comunicar lo que necesita, lo que desea, sin ser asfixiante, dependiente o

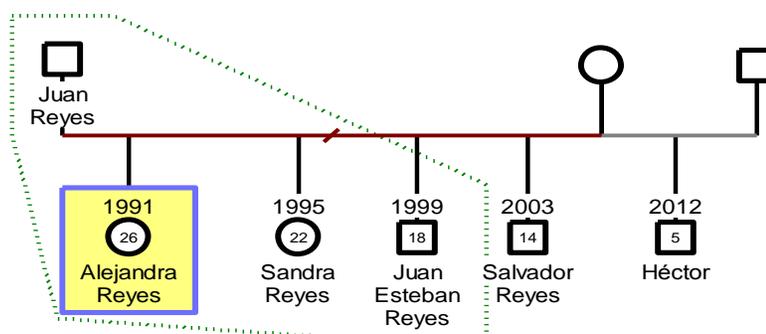
violento, donde ambas se escuchen y comprendan. Se le pidió que continuara realizando las actividades que había emprendido y que ahora le estaban funcionando.

En la *quinta sesión*, Sofía mencionó que la volvió a buscar Daniela, y le comentó que deseaba regresar con ella, ya que no supo valorar lo que tenía, arrepintiéndose del daño ocasionado. Sofía no fue indiferente, abriendo la posibilidad de un posible regreso, se le mencionó que si decidía regresar con Daniela, recordara sus nuevos significados de pareja y de amor, tomando en cuenta que las cosas no serán las mismas de antes sino diferentes, siendo muy consciente que la puede volver a lastimar, por lo que ahora, su responsabilidad es cuidarse y protegerse ante un posible riesgo, ya que cuenta con herramientas para salir del abismo porque lo vivió y aprendió de ese lugar difícil, se identificaron las posibles recaídas, los recursos que ahora tiene para afrontar situaciones similares, pregunta de escala de avance, por lo que mencionó que estaba lista para dejar de ir a terapia, ya que se sentía fortalecida y decidida a tomar decisiones más firmes con Daniela.

Se hizo el cierre terapéutico, realizando la evaluación del proceso terapéutico, revisando que le fue útil y que no, al finalizar se le pidió que identificara algún objeto, animal, persona que le represente su cierre de terapia, mencionando lo siguiente “me identifico con la flor de loto porque las flores de loto crecen en el lodo y florece una bella flor, así yo, a pesar de vivir situaciones difíciles en mis relaciones, pude florecer”.

3.1.2 Descripción del caso 2 “Alejandra”

Familiograma



Duración de proceso terapéutico: 6 sesiones de manera individual

Motivo de Consulta:

Tania refiere que se encuentra atravesando por un “duelo” debido a que hace 10 meses su exnovio terminó la relación. Menciona sentirse con “depresión” ya que lo consideraba como “Mi todo y no voy a encontrar a alguien como él”. Asimismo refiere estar teniendo problemas de salud para los cuales solo ha tomado vitaminas y, fuera de ello, no ha llevado ningún tratamiento.

Modelos psicoterapéuticos de Intervención

Terapia Breve Centrada en Soluciones ya que se resaltaban excepciones y recursos de la consultante. Durante el proceso se cuestionaron las creencias del amor y de pareja, además de emplear el formato de equipo reflexivo y Terapia Narrativa.

Resumen general de las sesiones

En *la primera sesión* se comenzó con la pregunta inicial ¿Por qué ahora decidiste acudir a terapia?, a lo que ella contestó que era momento de trabajar de manera terapéutica su ruptura de pareja, ya que tiene 10 meses sin superarlo, manifestando que aún le cuesta trabajo entender los motivos de su ruptura, ya que consideraba que tenía una relación “estable” y de un momento a otro, él la terminó por vía telefónica, sintiéndose desconcertada, ya que acababan de regresar de Acapulco donde celebraron su tercer aniversario.

Menciona que después de la ruptura, ella le hacía llamadas telefónicas, pero nunca se las devolvía, enterándose por Facebook que su exnovio ya tenía una nueva relación, con una mujer más joven, afectándole en su autoestima, ya que se comparaba con su actual pareja.

Su deseo es superar la relación, pero aún no sabe cómo, ya que han pasado 10 meses y ella sigue sufriendo por lo mismo, esta situación la ha tenido en “depresión”, observa que derivado de esto, ha tenido problemas para dormir, disminución en su apetito, estrés, derivado de esto le salió salpullido en su cara, lo cual ya lleva 4 meses de tratamiento dermatológico.

El mensaje final que se le dio fue el reconocerle su fortaleza y valentía al tomar terapia, se validó el dolor, la tristeza que estaba sintiendo, se le propuso que le diera la bienvenida a esa tristeza, ya que le estaba avisando que necesitaba tiempo para procesar la ruptura de pareja y poco a poco iría reconstruyendo su proyecto de vida sin él, enfocándose en lo que necesita y quiere.

En la *segunda sesión* comentó sobre como era su relación de noviazgo, lo cual refirió que era mujer que idealizaba el amor siendo muy detallista, entregada a la relación, le entregaba su tiempo a él, pensaba tener una vida juntos y para siempre, percibía que todo era lindo y perfecto, encontrando a su hombre ideal. Refirió que al inicio de la relación él se mostraba celoso y posesivo, demandándole más tiempo del que ella le otorgaba y continuamente le solicitaba que no lo dejara, prohibiéndole ir con amistades, porque tenía que ser su prioridad. Alejandra expresó “no sé en qué momento me perdí, ya que deje todo por él, mis amigos, mi deporte, el proyecto de tesis y de investigación, me da coraje, tristeza, culpa, y me digo constantemente en que falle, no fui suficiente para él, y lo orille a que me dejara por una más joven que yo, caímos en la rutina, no tuvimos una comunicación clara y directa, me pregunto todos los días que sucedió para que terminara la relación”.

Al final el equipo terapéutico le narró la parábola de la “flecha envenenada” del maestro Buda, donde conversa con una persona que fue herido por una flecha envenenada, esta persona preguntaba y quería saber de qué material estaba hecha la flecha, el arco que había usado para dispararle, sí era un

arco común, uno curvo o de adelfa, quería saber quién era el hombre que le disparo, de donde provenía, pero finalmente el hombre murió, sin saber las respuestas. Al reflexionar con la consultante, se le mencionó que estaba como el moribundo, preguntando los motivos de la ruptura, cuando no hay respuestas para ello, solo su ex pareja sabía realmente lo que sucedió y porque lo hizo, perdiendo de vista que primero tiene que vivir el dolor, transformarlo y posteriormente enfocarse en ella misma.

En la *tercera sesión*, expresó sentirse más tranquila, enfocándose en sus actividades diarias, pero manifestó que se encontró en dos ocasiones a su exnovio en el metro, se puso nerviosa, con temblor corporal y le dio un “bajón emocional”, ya que pensó que al topárselo sería diferente, dándose cuenta “que pasaron de ser una pareja estrecha a solo ser desconocidos, esto, llevo a que lo buscara por Facebook y observó la dinámica que tenía con su nueva pareja, se dio cuenta de que tenía una relación tormentosa, esto le abrió la posibilidad de regresar con él. Durante la conversación terapéutica, la consultante manifestó que se hizo un tatuaje, representando la relación con su ex pareja, era un pájaro en una jaula, donde le dio significado “Soy un pájaro encerrado en una jaula”, ya que no he podido superar la relación, ni sentirme estable, viendo como mi ex novio continua con su vida y yo no. Se le preguntó qué ha hecho por ella misma, refiriendo que ha estado más ocupada y activa. Al finalizar la sesión se le hizo una pregunta reflexiva y se le deja de tarea que piense ¿Qué necesitas pasar, para que mires tus actos, logros, como grandes avances, para superar la situación?, además se le deja una tarea paradójica, se le prescribió lo siguiente: “todas las noches busca un horario específico para llorarle a tu ex novio y durante media hora le dedicarás tus pensamientos, recuerdos de lo bueno, feo que viviste con él y si es necesario escríbele una carta para agradecer lo vivido en esa relación”.

En la *cuarta sesión* refirió que aún no puede hablar con su familia sobre la ruptura de pareja, ya que Daniel se involucró con su familia, se pone a llorar y no quiere explicar los motivos de la separación, prefiriendo decírselos cuando ya se sienta fuerte.

Comentó que un día se sintió con el coraje y valor para salir de donde estaba atascada, cayéndole el veinte y diciéndose “ya fue suficiente”, realizó acciones para distraerse a lo largo del día, frenando los pensamientos que se le venían de él y su nueva pareja, dejó de mirar el Facebook, reflexionó “ya no puedo regresar con él, porque no sería lo mismo de antes, tanto él, como ella habían cambiado y la confianza se había roto”, siendo este último, un elemento importante en una relación.

El mensaje final del equipo fue reconocerle el que esté dando “un gran salto” para repensar lo que desea y quiere de una pareja, así mismo se está permitiendo “mirar con diferentes lentes” lo que está pasando en su vida, sin sentirse atascada.

Se le pidió que siga escribiendo lo que vaya sintiendo durante los días hasta la siguiente sesión.

En la *quinta sesión* mencionó que fueron unos quince días complicados y estresados, permitiéndose sentir sus emociones y llorar, sintiéndose mejor. Asimismo tuvo una conversación con su madre y abuela, donde tocaron la posibilidad de que regresara con su ex novio. Esto le llevó a cuestionarse el cómo quedaría ante su familia si regresara con él: “como la tonta que regreso y le vieron la cara”. Por lo que decidió ya no mortificarse pensando en la posibilidad de regreso con su ex novio, analizó “ahora me tengo a mi misma, tengo la fortaleza para seguir con mis proyectos, algo que no podía hacer cuando estaba con él” aunque manifestó que extrañaba sentirse apoyada, escuchada, platicar sus planes y proyectos con él.

Se cuestionó sobre su nueva forma de relacionarse con una pareja, refiriendo que ya no aceptaría a hombres celosos, posesivos, orgullosos, violentos, recordando que al inicio de su relación hubo celos, demanda de atención, desconfianza, negando que existiera violencia.

Además, en una conversación que tuvo con su familia, le mencionaron que ella giraba alrededor de él, la veían más aislada de sus amistades y de su profesión. Posteriormente, se dio cuenta de que ella hacía lo que le pedía su ex novio sin negarse, para mantenerlo contento o que no le dejara de amar.

Al finalizar, el equipo terapéutico elogió y reconoció sus avances, el que “se haya movido de lugar”, y se

reflexionó la forma en que suele tomar decisiones en su vida, la dificultad para decir “No”, poner límites, ya que al parecer se deja influenciar por lo que los demás quieren y piensan.

En su *sexta sesión*, mencionó que estuvo más tranquila, liberada de la culpa, entendió que no toda su responsabilidad por haberse terminado la relación, se dio cuenta de que no fue sincero y honesto, reafirmando la idea de que ella tuvo la capacidad para amar y ser sincera, sí él, no lo valoró fue su problema, dejando claro que no regresaría con él.

Se trabajó el tema del amor, donde se le mostraron una serie de imágenes con paisajes, pidiéndole que eligiera una imagen donde le represente el concepto de amor de antes y el de ahora. Por lo que primero eligió un paisaje nocturno destacando las estrellas ya que le recordaba a Daniel cuando eran novios, brillaban juntos y era idealizado. Posteriormente, tomó otra imagen de un “bosque”, refirió que le representa un amor tranquilo, maduro, tierno, sincero y recíproco, se dio cuenta de que con el paso del tiempo el amor cambia, deben existir límites, comunicación clara y directa, no permitir que haya violencia o corten la libertad de expresarte, de ser, solo por mantenerlo feliz, a costa de uno, no se debe de sufrir por un hombre, ni que te quite la calma, siento que el amor que antes conceptualice fue “córtate las venas, ya no va a existir alguien mejor que él”, “debe ser un cuento de hadas, con final feliz o vivieron felices para siempre” ahora para mí, el amor es “que ambos estemos de acuerdo con las decisiones que vayamos a tomar, construir la relación con respeto, honestidad, apoyo, escucha, tolerancia, se que habrán desacuerdos, pero negociando podremos solucionarlo”.

Por lo anterior, se aplicó la técnica de escala, donde la consultante mencionó que cuando inicio la terapia se encontraba en un 6 y ahora está en un 9, como cambios que ha logrado detectar y le hizo moverse de lugar, fue tener firmeza en su decisión de no regresar con su ex novio, enfocándose en sus proyectos personales como terminar su tesis y buscar un empleo estable, cuidando su salud física y mental, así mismo ha permitido que sus amigos la inviten a salir, conocer lugares nuevos y no está cerrada la posibilidad de conocer a hombres para entablar una relación amorosa, sabe lo que quiere y

no de una relación. Se finalizaron las sesiones terapéuticas, con esta sesión y se le da alta terapéutica, ya que manifestó sentirse tranquila, motivada y segura.

3.2 Análisis y Discusión de los temas que se sustentan los Casos Clínicos

Los casos clínicos se eligieron debido al interés sobre los mitos del amor romántico en el discurso de ambas consultantes y sus efectos en sus relaciones de pareja en los diferentes ámbitos: social, familiar, salud, escolar, laboral y/o proyecto de vida, otra categoría donde se rescatan las conversaciones donde se deconstruyen a lo largo del proceso terapéutico que tienen que ver con las historias alternativas o de resistencia en relación con sus principios de vida, valores, significados sueños, propósitos y deseos, etc.

Considero importante establecer un contexto metodológico desde el cual se realizó el análisis de los resultados, de una manera que fuese útil por las características de los datos a través de la investigación cualitativa.

De acuerdo con Taylor y Bodgman (1984) la metodología cualitativa parte de desarrollar conceptos y comprensión a partir de la interpretación de pautas en los datos y no parte de estos últimos para evaluar modelos preconcebidos, hipótesis o teorías; siendo así, los estudios cualitativos parten de ideas e interrogantes planteados. Esta característica de la investigación cualitativa tiene que ver con el método inductivo el cual utilizo en este trabajo, ya que realice una interpretación de los textos que dan cuenta del discurso de las dos consultantes y en estos textos se buscó relaciones y contextos para así encontrar las creencias y mitos que son de interés en este trabajo.

Este trabajo no me enfoco en encontrar verdades o normas universales acerca de los discursos de las consultantes, sino, que teniendo en cuenta el contexto, se aborda el análisis de las dos mujeres y ninguna de las dos voces es más importante o más válida que la otra, simplemente son diferentes, es por ello que resulta útil este tipo de metodología cualitativa. Considero que un elemento importante de

este trabajo al analizar la información, estuvo presente el elemento humano, es decir, no solo es encontrar datos, si no establecer conversaciones y conectar sensaciones, emociones, pensamientos, que hablan de una vivencia personal de las participantes en las sesiones y también del terapeuta. Respecto a lo anterior, Taylor y Bodgman (1984), la investigación cualitativa es un arte, es flexible, busca un nivel de comprensión de sentires y experiencias que no son posibles conocer cuando se trabaja con datos estadísticos.

Dentro de la metodología cualitativa, y debido a que este trabajo se basa en las narraciones y los textos que surgieron de ellas, el método fue el análisis del discurso. Según Iñiguez y Antaki (1994, citados por Albertín, 2005) un discurso es un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven dichas relaciones. El análisis del discurso entiende el lenguaje como una herramienta que se conecta y construye con unos propósitos y para obtener los resultados determinados.

Este análisis inició con la revisión y transcripción de los videos grabados en cada una de las sesiones. Las premisas de este análisis se basan particularmente desde los abordajes posmodernos, la visión sistémica y posmoderna aportó una mirada compleja, que pone al frente un entendimiento relacional de los discursos de ambas mujeres.

Una vez que se llevó a cabo la tarea de transcribir, fue posible identificar los fragmentos pertenecientes al discurso de las consultantes. Los textos que utilicé en el análisis del discurso, fueron seleccionados teniendo en cuenta las siguientes categorías de análisis:

- Concepto de Amor
- Amor romántico
- Mitos del amor romántico
- Amor romántico y sus efectos en los vínculos amorosos

- Conversaciones donde se deconstruyen a lo largo del proceso terapéutico que tienen que ver con las historias alternativas o de resistencia en relación con sus principios de vida, valores, significados sueños, propósitos y deseos, etc.

A continuación describo de manera más amplia cada una de las categorías de este caso y se muestra las narrativas de las consultantes.

3.2.1 ¿Qué es el amor?

El tema del amor en particular es un tema que es imposible de definir y expresar genéricamente, Mora, et al. (2017) afirma que el amor no necesita de explicaciones, pues entre más se trata de entender, más advierte que no es como se suponía. Entonces, “el amor es una construcción que realiza la pareja a través de su permanencia, necesidad y deseo” (p.63). De acuerdo con esta definición, cada pareja construye el amor que les une, así como el lenguaje con el que van a expresárselo mutuamente, a través de lo que se va compartiendo, inadvertidamente, se desarrollan formas de interacción en las que cada uno ajusta sus expresiones amorosas a partir de cómo percibe que son recibidas y, deseablemente, vamos aprendiendo a entender las formas de entregar el amor que tiene el otro.

Sternberg (1989, citado en García et al., 2012, p.2) define al amor como “una emoción abrumadora provocada en cualquier edad”, mientras que (Yela 2003, citado en García et al., 2012, p.2) lo define como “un conjunto de pensamientos, sentimientos, motivaciones, reacciones fisiológicas, acciones y declaraciones que ocurren en las relaciones interpersonales íntimas y sexuales”.

Según Sangrador (1993) el amor puede entenderse desde diferentes puntos de vista, como una actitud, lo que incluye una tendencia a pensar, sentir y comportarse de una cierta manera hacia una persona en concreto por la que se siente atracción. Como una emoción, que incluye ciertas reacciones fisiológicas, o como una conducta que propicia el cuidado de la otra persona, atender sus necesidades, etc.

De acuerdo a Herrera (2013) el amor se entiende como una construcción social y cultural que se origina basándose en las costumbres y creencias, las normas y las necesidades de las diferentes sociedades y culturas, por lo que ha ido evolucionando con el tiempo y el espacio, refleja procesos históricos donde se evidencia que se trata de una construcción sociocultural. Así como las construcciones tradicionales de género tienen como base de sustento procesos de socialización y aprendizajes que configuran una feminidad y una masculinidad hegemónicas, los hombres y mujeres aprendemos a amar a través de la socialización de determinados contenidos amorosos.

Marcela Lagarde (2001) refiere que el amor se convierte en un contenido más de género que nos construye como tales, existiendo una forma desigual en que hombres y mujeres somos educadas para el amor. El ciclo de vida de las mujeres se vive como un mandato.

Como expresó Marcela Lagarde (1999,2005) define los mandatos de género como los modelos normativos de lo que es ser un hombre y una mujer propuestos por el sistema patriarcal, es decir las mujeres, de acuerdo a los mandatos de la feminidad por su parte, se definirían como “ser-para-otros” es decir: su papel como cuidadora y responsable del bienestar de otros/as (hasta el punto de que este se convertiría en su rol central y su capacidad de entrega y servicio a los demás en la medida de su valía), desarrollando unas tareas de un cuidado que, además, se realizan sin reciprocidad, sin esperar nada a cambio e incluso renunciando a las propias necesidades o deseos; su (supuesta) predisposición al amor (hasta el punto de considerarlas completas solo cuando “pertenecen” a alguien); su papel como madres (hasta considerar que su plenitud y satisfacción solo puede alcanzarse a través de la maternidad); y su aspecto físico (hasta considerar que es la belleza lo que las hace visibles y aceptadas y valoradas socialmente (Lagarde, 2000).

Al parecer, para las mujeres responder a las necesidades de otros, representa una sensación de gratificación y placer. Sin embargo, el precio que pagan por ello, es tener que depender de otros en particular de sus parejas, en lo relativo a la sensación de poder, estatus y autoridad fuera del hogar.

Entre los mandatos de la masculinidad se definirían como “ser para sí” (Lagarde, 2000) estarían la idea de ser racional, autosuficiente, controlador y proveedor, tener poder y éxito, ser audaz y resolutivo, ser seguro y confiado en sí mismo, no cuestionarse a sí mismo o a las normas e ideales grupales. De algún modo, los mandatos de género masculinos incluyen no poseer ninguna de las características que se les suponen a las mujeres y contrapesar estas con sus opuestos (racionalidad por oposición a irracionalidad, fuerza frente a debilidad, ausencia de emociones frente a la expresión de emociones, se hace hincapié en que los hombres no muestren o escondan las emociones, particularmente las que se consideran indicativas de debilidad (así, les estaría permitido mostrar alegría u orgullo, pero no miedo o tristeza). En esta línea, tampoco el amor estará entre aquello que puedan sentimiento arrollador en que se convierte en su versión femenina), como algo frente a lo cual están más desapegados (y no con la dependencia que se les supone a las mujeres). De igual modo, y como ya se ha comentado, el éxito masculino incluye una combinación de factores donde el amor a la pareja puede ser una parte, pero donde entran en juego otros muchos elementos (el logro profesional, económico, social,...), de modo que la ausencia de amor no estará tan fuertemente vinculada al fracaso personal como se supone lo está en el caso de las mujeres.

Clara Coria (2005) menciona que la organización de nuestra sociedad patriarcal ha preparado durante siglos al género femenino para transitar por la vida al servicio de las necesidades ajenas. Desde pequeñas, las mujeres aprenden a entrenarse para descifrar los deseos de quienes las rodean, primero los padres y las personas de su entorno, luego sus compañeros amorosos y finalmente sus hijos/as. De tanto profundizar en los deseos ajenos, suelen perder la habilidad para descifrar los propios, y de tanto acomodarse para satisfacer aquellos, terminan haciendo propios los deseos de otros (...) no son pocas las mujeres que ven desplegarse ante sí un enorme desierto intransitable a la hora de buscar los deseos dentro de ellas (p. 29).

Cuando las mujeres no cumplen con estos mandatos, corren el riesgo de ser tachadas de egoístas, de malas madres o esposas, en uno de los reproches más duros y difíciles de asumir, tanto si quien lo hace es la sociedad (que las cuestiona o rechaza por no cumplir el mandato de género) como si lo hace la propia persona dando lugar al tan temido y temible sentimiento de culpa (Ferrer, 2010).

En este sentido, la educación tradicional recibida por las mujeres ha ido dirigida a desarrollar las cualidades necesarias para desempeñar esos roles de esposa y madre. Así, aprender a cuidar el aspecto físico, mantener la belleza, la capacidad de seducir, el atractivo sexual, saber agradar y complacer con objeto de atraer y mantener la atención del hombre que iba a satisfacer las necesidades y dar sentido a la existencia formaban parte de esa instrucción, y todo ello desde la abnegación y la alegría (Nogueiras, 2005).

Papp (1996) menciona que las mujeres han sido formadas con la expectativa de que su principal meta en la vida es cuidar de otros, por lo que sus actividades apuntan a que otros sobresalgan y crezcan, pero no a su propio crecimiento. El sentido que tienen de sí mismas está muy relacionado con afiliaciones y relaciones personales que requieren el desarrollo de capacidades y cualidades de afectuosidad, expresividad emocional y empatía lógicamente, el modelo de amor que las mujeres expresan y viven encajan a estos supuestos, como la renuncia personal, el olvido de una misma, una entrega total que potenciaba comportamientos de dependencia y sumisión al varón.

En este sentido de cómo los mandatos de género son sostenidos e impulsados por el sistema patriarcal y una construcción social, donde el amor se ha creado desde esta perspectiva asentada en las desigualdades de género, la discriminación y violencia hacia las mujeres (Repullo, 2009).

Uno de los mayores riesgos de este modelo amoroso, es su valoración distorsionada de la dificultad y el riesgo, pues ve en ellos las pruebas del amor. El amor redime al pecador, al maltratador; el amor salva al perdido y al condenado; porque el amor es devoción y pertenencia; porque el amor resiste a todas las dificultades; porque “contigo a pan y cebolla”; porque “con sangre de mis venas te marcaré

la frente, para que te respeten y sepan que tú eres mi propiedad privada”. Este amor no es más que “el deseo de tener-poseer para completarse” (Pisano, 2004b: 95), puro deseo egótico, capitalista, pura violencia; y, la presencia permanente y continua de su retórica en los diversos medios culturales literatura, música, cine, publicidad no hace más que reproducir y recrear el modelo, extendiéndolo y eternizándolo al infinito (Bosch et al. 2004-2007).

A continuación se muestra en el cuadro el concepto de amor que las consultantes manifestaron al inicio de la terapia y posteriormente cómo fueron deconstruyendo el concepto de amor durante el proceso terapéutico.

Cuadro 4. Concepto de amor en las consultantes y la deconstrucción.

Concepto de amor inicial del Caso “Sofía”	Deconstrucción del concepto de amor en el Proceso Terapéutico Caso “Sofía”
<p>... “Para mí el amor es que le guste estar conmigo, que me respete y no me sea infiel”.</p> <p>... “Aceptar lo que ella me dé, quiero de su tiempo, que me ponga atención, que esté conmigo cuando lo necesito”.</p> <p>...“Quiero que valore todo el esfuerzo que hago, espero que regresemos y seamos felices, que me mire todo lo que soy y doy”.</p>	<p>...”Quiero un amor más recíproco con una mujer, que no me dé migajas de amor, ni de tiempo, quiero poder comunicarnos, tomar acuerdos juntas, hablar de lo que queremos y lo que necesitamos sin descalificarnos, no quisiera una relación asfixiante, dependiente y violenta.</p> <p>... “Sí, llegase a regresar con Daniela, recordaré mis nuevos significados de pareja y de amor, el amor es recíproco, construyéndonos una a la otra y de respeto, poner acuerdos, saber negociar y tomando en cuenta que ni yo soy igual como al inicio de la relación y que Daniela cambio mientras nos alejamos, mi responsabilidad ahora es cuidarme y protegerme ante las conductas de Daniela y de otras mujeres, ya no creyendo que tendremos un final feliz como los cuentos Disney, ahora tengo herramientas para salir del abismo”.</p>

<p style="text-align: center;">Concepto de amor inicial del Caso "Alejandra"</p>	<p style="text-align: center;">Deconstrucción del Concepto de amor durante el proceso terapéutico Caso "Alejandra"</p>
<p>...“Tenía la idea de que nuestro amor duraría para siempre, ahora no puedo superar la ruptura, ya tengo 10 meses de que terminamos la relación y realmente quiero que retomemos nuestro amor”... “Yo idealicé mi amor muy románticamente, cumplía mis expectativas físicamente como profesionalmente, todo lo tenía con él”...</p> <p>...“Creía que mi tiempo y su tiempo deberíamos conjuntarlo y estar juntos para siempre. Era mi todo, mi vida”...</p> <p>... “Me hice un tatuaje de un pájaro adentro de una jaula, él es el pájaro y yo la jaula, así representaba mi amor con él juntos para toda la vida”</p> <p>...“Actualmente, el amor lo veo como cortarse las venas por tu amado”</p>	<p>...“Me siento con la capacidad de salir del hoyo donde me encontraba, estoy aprendiendo a dejarlo ir, ya es suficiente ver por él y no mirarme a mí misma de lo que necesito y quiero, ya no lo veo como el único que me hacía feliz.”</p> <p>...“Yo he cambiado, él también, no somos los mismos y no es el único que cumple mis expectativas ”</p> <p>...“Ahora pienso que lo más importante soy yo, seguiré construyendo mi vida sin él. Entendí que el amor se construye, ambos debemos estar de acuerdo, no forzando la relación, ni tenemos la obligación de estar juntos, aunque tengamos 3, 5 o 9 años juntos”</p> <p>... “He aprendido a no confiar tanto, el no dar todo sin antes, ver cómo va fluyendo la relación, hablar las cosas claras y directas, en el momento y no para después”</p> <p>...“Sé que puedo ser yo, independiente y libre, que puedo continuar y hacer mis cosas sin alguien, seguiré haciendo mis planes”</p> <p>...“Ahora sé que el amor no es estar encerrados en una jaula, es ser libre”</p>

	<p>...”Sé que el amor va cambiando y evolucionando, a los 30 años lo miro como un bosque por la tranquilidad, el olor a la tierra y lo verde por la vegetación y el sonido de los animales, a los 40 años sería un amor más tranquilo, maduro, tierno, sincero, más asertivo, libre e independiente”</p>
--	--

Como se puede apreciar, ambas consultantes representaban al inicio de las sesiones la idealización del amor, con las creencias de que el amor todo lo puede y soporta; entregarse totalmente a la otra persona y poner a su pareja como lo principal y único de su propia existencia. Pensar que deberían estar juntos para toda la vida, o que el amor es para siempre, sacrificarse, ceder, generó en ambas mujeres la postergación de sus necesidades y sufrimiento, ignoraron los defectos de su pareja y se culparon por las desavenencias de la relación, normalizando acciones destructivas.

En el proceso de deconstrucción del amor se detectó que sus creencias se fueron transformando en conceptos más sanos, menos dolorosos, enfocadas en ellas mismas, con una visión más realista, flexible, asertiva, horizontal, donde hablaron de la libertad de ambos miembros de la pareja para estar juntos o para separarse, sin control ni posesión, manifestando una comunicación clara, generando herramientas de autocuidado y de buen trato en sus relaciones de pareja.

3.2.2 Amor romántico

El amor romántico, de acuerdo con Herrera (2013), podría definirse como la concepción del amor en la sociedad y que sirve de modelo a la hora de establecer las relaciones de pareja, así como a la idea que se tiene de estas. El amor romántico se basa en la pareja monógama y heterosexual, en la institución matrimonial y en la familia nuclear.

Margarita Pisano (2004a), plantea que las mujeres nos encontramos atrapadas en un modelo amatorio que cuya profundidad y asentamiento en lo simbólico es de tal modo hegemónico, que tiene la capacidad de recuperar para sí las experiencias afectivas que intentan subvertir la heteronorma. Según este modelo, la experiencia amatoria tiene solo un camino: la pasión amorosa, la pareja y la familia, y todas las relaciones debieran conducirse del mismo modo. En esta “religión amorosa” la unidad divina se alcanza en la pareja, en el matrimonio, y bajo este mismo se sostienen los imperativos relacionados con la maternidad y la familia. Así como el amor implica una felicidad obligada, no ser parte del modelo implica el supuesto de infelicidad, carencia e in-completitud.

Cuando decimos que el amor romántico se basa en la heterosexualidad queremos decir que la idea de pareja que tenemos es aquella formada por una mujer y un hombre, en esto no hay más que ver los medios de comunicación y culturales, donde habitualmente las parejas que se representan son heterosexuales. Asimismo, se considera que las parejas tienen que ser monógamas, no se contempla la posibilidad de otros modelos como las relaciones abiertas, homosexuales o el poli amor. Esto se debe a que las parejas en el futuro se sientan más felices a del matrimonio y la familia nuclear (aquella formada por un padre, una madre y los hijos e hijas).

El patrón del amor romántico se basa en que las parejas heterosexuales se conocen, enamoran, pasan por un periodo complicado para finalmente terminar juntos, casarse y formar una familia, donde se repiten en historias de cuentos, poemas, novelas, canciones, películas, etc.

El modelo de amor romántico se ha encargado de imponer y perpetuar el “ideal romántico” de nuestra cultura, que de acuerdo con Fundación Mujeres (1993) ofrece un modelo de conducta amorosa que estipula lo que “de verdad” significa enamorarse y qué sentimientos han de sentirse, cómo, cuándo, con quién sí y con quién no.

El concepto de ideal romántico, por lo tanto, gira en torno a una construcción social que se encarga de idealizar, con la finalidad de que las mujeres sueñen con la figura del príncipe azul, proyectan a una mujer potenciada por el amor, con una entrega incondicional, sumamente dependiente de la figura del hombre, necesitada de su protección y afecto. Estos comportamientos se integran con otros anhelos que construyen la subjetividad de las mujeres, haciendo surgir ideales específicos, como el matrimonio, ya que con la llegada del amor romántico, el matrimonio se convierte en una demostración de amor, en tanto que ahora es una elección de la pareja, o el ideal maternal que puede llegar a fundamentar la feminidad de las mujeres y que mantiene una estrecha relación con el amor (Yela, 2006).

3.2.3 Mitos del amor Romántico

El concepto de Amor Romántico está sustentado por una serie de mitos, estos han sido definidos como el conjunto de creencias socialmente compartidas sobre la “supuesta verdadera naturaleza del amor” (Yela, 2006, p. 264), y, al igual que sucede en otros ámbitos, suelen ser ficticios, irracionales e imposibles de cumplir, expresada de forma absoluta y poco flexible. Este tipo de creencias suelen poseer una gran carga emotiva, concentran muchos sentimientos, y suelen contribuir a crear y mantener la ideología socialmente compartida.

El mito se convierte en guía ética y orienta nuestras conductas, al otorgarnos modelos de conducta y actitudes ante determinadas situaciones Al otorgarnos modelos de conducta y de actitudes ante determinadas situaciones, el mito se convierte en guía ética y modelo a seguir. (Yela, 2003).

Dado su carácter y las altas expectativas que generan (inalcanzables en la mayoría de los casos), pueden generar importantes consecuencias personales (insatisfacción, frustración, sufrimiento) y sociales (sanción social, desaprobación). Así mismo la crítica desde una perspectiva de género y feminista que hacen otras autoras (Jonásdóttir, 1993; Lagarde, 1999; Tavora, 2007), mencionan que una

parte importante de estos mitos han sido impulsados desde diferentes estamentos religiosos de la sociedad patriarcal para reforzar el papel pasivo y de subordinación de la mujer al varón (sacralizando la pareja y el matrimonio, dándole carácter de destino irreductible, reforzando la pasividad y el papel de cuidadora de las mujeres, etc.)

Para Herrera (2011), el principal mito del romanticismo se encuentra en los cuentos de príncipes y princesas, y se manifiesta con mayor fuerza en los finales “y vivieron felices”. Esta mitología amorosa exige que hombres y mujeres adoptemos una imagen que perduraría siempre. Los relatos amorosos (cuentos de hadas) han embellecido y naturalizado intereses y principios patriarcales, sirviendo así de marco referencial para nuestra forma de imaginar y vivir el amor, de manera idealizada que guían nuestros pensamientos, acciones y sentimientos sobre las relaciones de pareja.

A continuación se exponen los mitos y consecuencias del amor romántico en las relaciones de pareja, desde las miras de (Herrera, 2013, Yela, 2003).

Cuadro 5. Mitos del amor romántico y sus consecuencias

MITO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIA
Mito de la Omnipotencia del amor	El amor todo lo puede, está relacionado con que el amor es una fuerza tan poderosa que puede solucionar cualquier problema o vencer cualquier obstáculo, sea externo o interno. Cuando el amor es verdadero, la pareja no se verá afectada.	Genera dificultades y puede ser utilizada como excusa para no modificar comportamientos o actitudes que dañan a la pareja. La creencia de que la otra persona podrá cambiar por amor o que el sacrificio es válido por la pareja, la consecuencia cuando se aguanta o perdona puede normalizar situaciones de violencia.

<p>Los polos opuestos se atraen</p>	<p>Los polos opuestos se atraen, es decir, que dos personas totalmente opuestas, sienten una fuerte atracción la una por la otra y, es más, se complementan y consiguen ser una relación “perfecta”.</p>	<p>No siempre funciona, ya que, en el fondo, no hay una relación perfecta. Hay que considerar que una relación opuesta difícilmente va a encajar, se puede generar frustración, idealización y exigencia en las relaciones de pareja. De esta manera la búsqueda de relaciones basadas en la oposición en lugar de la compatibilidad, puede dificultar la construcción de una relación en la que ambas partes se sientan realizadas y a gusto.</p>
<p>Mito de la Media Naranja</p>	<p>Este mito supone que los géneros están divididos en dos partes que vuelven a unirse en un todo absoluto cuando encontramos a nuestra “alma gemela o un compañero ideal” y creer que con esa persona nos sentiremos completos.</p>	<p>El mito de la media naranja sería una imagen ingenua y simplificada del mito platónico que intenta transmitir esa búsqueda de la unidad perdida, pero su principal consecuencia es sentirse incompleta(o). Puede llegar a un nivel de exigencia en la relación, y demandar necesidades que suponemos que el otro nos cubrirá, poniendo altas expectativas sobre el otro generando conflictos en la pareja.</p>

<p>Mito de la exclusividad</p>	<p>Se refiere que el amor romántico solo puede sentirse por una única persona y tiene que ver con el sentido de la propiedad.</p>	<p>Esta creencia puede causar conflictos internos y/o relacionales al entrar en colisión con aquellas normas sociales que imponen las relaciones monógamas, ya que la realidad es que es natural sentir atracción por otras personas. Puede provocar sentimientos de culpa, inseguridad y celos, lo cual puede llevar a comportamientos de control y a la limitación de la libertad individual en una relación.</p>
<p>Mito de la fidelidad</p>	<p>Creencia de que todos los deseos pasionales, románticos y eróticos deben satisfacerse exclusivamente con una única persona: la propia pareja.</p>	<p>La consecuencia de esta creencia es que puede generar presión y sentimientos de culpa en las personas que experimentan atracción por otros, lo que a su vez puede dificultar la comunicación abierta y honesta en la pareja. Puede suponer conflictos internos y/o relacionales al entrar en conflicto con aquellas normas sociales que imponen las relaciones monógamas, es decir, no se puede sentir o desear otro tipo de relación como las poliamorosas, abiertas, etc, pone en conflicto a las relaciones de pareja.</p>

<p>Mito de la perdurabilidad o pasión entera</p>	<p>Creencia de que el amor romántico y pasional de los primeros meses puede y debe perdurar tras miles de días y noches de convivencia.</p>	<p>Esta creencia su consecuencia tiene que ver con conflictos internos ya que al sentir que la pasión cambio o que no perdurará por toda la vida conduce a frustraciones e inestabilidad en las relaciones de pareja.</p>
<p>Mito del emparejamiento</p>	<p>Creencia de que la pareja heterosexual y la monogamia son las únicas formas de vivir una relación de pareja.</p>	<p>La consecuencia de este supuesto, será una fuente de conflicto interno en todas aquellas personas que se desvíen de esa norma. Puede conducir a expectativas poco realistas y a una presión excesiva en las relaciones de pareja, lo que a su vez puede dificultar la aceptación de la diversidad y la individualidad en el amor y las relaciones.</p>
<p>Mito de los celos</p>	<p>Creer que los celos son un signo de amor.</p>	<p>Se puede utilizar con demasiada frecuencia como justificante de comportamientos, injustos, represivos y violentos. En este sentido, las manifestaciones violentas en las relaciones de pareja pueden justificarse por amor.</p>

Mito del matrimonio o de la convivencia	<p>Creencia que el amor debe conducir siempre a la unión estable de la pareja y constituirse en la única base de la convivencia de la pareja.</p>	<p>Al creer que este mito, trae como consecuencia una rigidez en la relación de pareja, no existiría la capacidad de tomar la decisión de continuar o no en función de la satisfacción que esta nos proporcione y dé nuestras expectativas de vida.</p>
Mito de la unidad o entrega total	<p>Creer que ambos miembros de la relación han de ser uno. Se genera una “fusión con el otro”. La idea está en función del bienestar del otro, tener anhelos de ayudar y apoyar a la otra persona sin esperar reciprocidad ni gratitud.</p>	<p>Esta entrega puede implicar la renuncia a la identidad para que la pareja lo sepa todo de uno, para que no haya secretos; o incluso, puede implicar sacrificar el propio “yo” para identificarse con el otro, con sus gustos, con sus proyectos, a costa de los propios.</p>
Mito de la heterosexualidad	<p>El emparejamiento natural es aquel que es heterosexual, pues permite que las cualidades y roles pensados como femeninos y masculinos.</p>	<p>Reafirma el prejuicio de que las relaciones heterosexuales son las únicas posibles, se basan en la dicotomía hombre y mujer, invisibilizando a la comunidad LGBTQ+.</p>

A continuación se analizarán los mitos del amor romántico en los discursos de Sofía y Alejandra y el proceso colaborativo deconstructivo hacia nuevas historias y significados:

Cuadro 6. Discursos de los mitos del amor romántico en ambas consultantes y su deconstrucción.

Mitos del Amor Romántico	Descripción	Discurso de caso Sofía	Deconstrucción de los mitos del amor Romántico de Sofía	Discurso de caso Alejandra	Deconstrucción de los mitos del amor Romántico de Alejandra
Mito de la omnipotencia del amor	El amor todo lo puede está relacionado a que el amor es una fuerza tan poderosa que puede solucionar cualquier problema o vencer cualquier obstáculo, sea externo o interno, cuando el amor es verdadero la pareja no se verá afectada.	<p>... “Me he sentido muy mal por la ruptura inesperada, Daniela me pidió tiempo, pensé que estaba bien la relación y que podíamos superar cualquier situación, yo he tenido que aguantar infidelidades por parte de ella, constantemente terminamos y regresamos, ahora ella me pide tiempo”</p> <p>... “Mi ex pareja no sabe lo que quiere y no tiene claro lo que desea. Yo le he dado todo mi tiempo, atención, yo me he comprometido al 100 %, quiero que esté conmigo, sé que nuestro amor puede superar todo”.</p>	<p>...”Quiero un amor más recíproco con una mujer, que no me dé migajas de amor, ni de tiempo, quiero poder comunicarnos, tomar acuerdos juntas, hablar de lo que queremos y lo que necesitamos, sin descalificarnos. No quisiera una relación asfixiante, dependiente y violenta.</p>	<p>...“Lo que creía que teníamos él y yo era fuerte, estable y que cualquier situación podríamos resolverla, me he sentido traicionada porque ahora sé que tiene otra pareja.”</p> <p>...“Él cumplía con todas mis expectativas y creía que nuestro amor era único y por eso no puedo soltarlo, no creía que él fuera deshonesto y me traicionará”.</p>	<p>...“Ya no aceptaré a una pareja que me lastime, que no sea honesto, celoso, posesivo, que sea manipulador, me tomaré mi tiempo para conocer a las personas, sé que los problemas existirán en una relación, pero hay cosas como el engaño, mentiras, violencia que no lo permitiré, ahora estoy más consciente de eso, ya sé lo que quiero y no quiero de una relación”.</p>

<p>Mito de la exclusividad</p>	<p>Se refiere que el amor romántico solo se puede sentirse por una única persona y tiene que ver con el sentido de la propiedad.</p>	<p>...“Debe estar confundida, me pidió experimentar con otras personas, sentirse libre y no atada por mí, eso me partió el alma, le he dado todo, no sé el motivo de su decisión, tengo la esperanza de regresar”.</p>	<p>...“Ahora he entendido que tanto ella como yo podemos tener amistades, pareja y que no son de nuestra propiedad, cada quien es libre y que tomen decisiones de permanecer o no en las relaciones, para mí es importante la comunicación por lo que yo sí hablaría claro y directa con mi pareja de lo que está permitido o no en la relación”.</p>	<p>...“Me he reclamado en qué momento cambio todo, sentí que cayó la relación en una rutina, ahora sé que en el viaje de Acapulco ya estaba platicando con su compañera de trabajo y es más joven que yo, pero él ya estaba pensando en dejarme por ella, yo le di mi amor, mi atención, y me cuestiono porque termino de un momento a otro”.</p>	<p>...“Ahora entendí que en las relaciones de pareja, podemos tener amistades, eso no significa que traicione o que esté mal”.</p> <p>...“Ya no estoy cerrada en conocer a otras personas, algunos amigos me han invitado a salir. Reconozco que hay otras posibilidades para estar con alguien. Me daré mi tiempo para conocerlos y que me conozcan, si se da una relación formal está bien y si no, aprenderé de ellas”.</p>
<p>Mito de la pasión eterna</p>	<p>Creencia de que el amor romántico y pasional de los primeros meses puede y debe perdurar tras miles de días y noches de convivencia</p>	<p>...“¿Qué hice mal en la relación?, pensé que estábamos bien, le he dado todo, no sé por qué ella ha cambiado, quiere experimentar con otras personas, dice que la asfixio, si yo le he dado amor, tiempo, atención, ya no siento lo mismo que al inicio de la relación, antes teníamos mucha intimidad y ahora no”.</p>	<p>...“Estoy consciente de que todo cambia, nada permanece igual, duele saberlo, pero no lo había visto así, ella cambio y yo también, no somos las mismas de antes, y si regresamos, estaré atenta, me cuidare y protegeré si me llega a lastimar, ahora cuento con mas herramientas”.</p>	<p>...“Pensaba constantemente que ibas a estar juntos para siempre, donde todo era lindo y perfecto, según yo teníamos una relación estable, formal, ya que el cumplía todas mis expectativas de una relación”.</p>	<p>...“En mi relación pensaba que todo duraba para siempre, ahora no me anclo a esa idea, creo que todo tiene un inicio y un fin y se acabara cuando se tenga que acabar, ya no veo el amor idealizado o romántico”.</p>

<p>Mito de los celos</p>	<p>Creer que los celos son un signo de amor</p>	<p>... “Ella me celaba porque platicaba con mis amistades, después yo ya la celaba, pero ella me hacía sentir menos, me decía que yo no era lo que esperaba, que no cumplía sus expectativas, por eso tenía dudas sobre nuestra relación”.</p>	<p>...“Tengo la libertad de hablar con mis familiares, amistades, compañeros, sé que es lo que quiero, no por hablarles significa que le estoy fallando a mi pareja, de igual forma mi pareja tendrá la libertad de hablar con quien ella desee”.</p>	<p>... “Al inicio se mostraba celoso y posesivo, demandándome tiempo, me decía que no lo dejara, le pusiera más atención, me fui adaptándome a sus actividades y rutinas, después esta situación cambio, yo ya lo celaba, al final de la relación era quien le pedía tiempo y demanda de atención, no sé en qué momento me perdí, ya que deje todo, mis amigos, mi proyecto de tesis y de investigación y mi deporte”.</p> <p>... “Entro constantemente a su Facebook, lo veo con su nueva pareja, me pongo celosa, teníamos todo y me pregunto porque me dejo”.</p>	<p>...“No quiero tener una persona a mi lado celoso o posesivo, creo que dejé que me controlara de esa manera al inicio de la relación, ahora no estoy dispuesta a dejar mis amistades, mis compañeros y mi profesión por dedicarme completamente a una relación.</p> <p>Conocerán de mí, que soy una persona honesta, sincera, y si no confían en mí, lo lamento, ya no estoy dispuesta a someterme. Quiero hacer lo que yo quiera sin que me presionen o me causen estrés”.</p> <p>...“Reconozco que me estaba obsesionando en buscar a mi ex pareja en Facebook, encelándome, tenía la esperanza de que si la dejaba, regresaría conmigo. Ahora sé que los celos no son amor, es inseguridad”.</p>
---------------------------------	---	--	---	--	---

<p>Mito de la unidad o entrega total</p>	<p>Creer que ambos miembros de la relación han de ser uno. Se genera una “fusión con el otro”. La idea está en función del bienestar del otro, tener anhelos de ayudar y apoyar a la otra persona sin esperar reciprocidad ni gratitud.</p>	<p>... “Acepto todo lo que ella me dé, quiero de su tiempo, que esté conmigo cuando lo necesito, que me respete y no sea infiel, me cuide y me proteja, estemos caminando juntas, pero no quiero que me haga sentir menos o que no di lo suficiente”.</p>	<p>...“Estoy enfocada en mis actividades, en lo que quiero y deseo, mi escuela, trabajo, ya la idea de estar con Daniela se ha disminuido mucho, sé que ella está bien y yo voy mejorando, he aprendido a mirarme más, aprendí que todo es recíproco y agradecerlo porque soy valiosa y suficiente”.</p> <p>...“Me identifico con la flor de loto porque, a pesar de crecer en el lodo, florece una bella flor, a pesar de vivir situaciones difíciles en mis relaciones, pude florecer sin depender de mis parejas”.</p>	<p>...“Me siento muy deprimida porque lo consideraba como mi todo”.</p> <p>...“Me hice un tatuaje durante la relación, de un pájaro en una jaula y creí que él era el pájaro y yo la jaula, porque pensé que estaríamos juntos.</p> <p>“No he podido rehacer mi vida, yo veo como él sigue con su vida y yo no”.</p> <p>...“Sin él, me siento que no tengo apoyo, no sé con quién hablar de mis planes, o mi día a día, me hacía sentir valiosa y comprendida”.</p>	<p>...“Ya no siento culpa, estoy tranquila, no quiero que mi mundo gire alrededor de un persona, me siento más segura e independiente, quiero seguir con mis proyectos personales, profesionales y laborales, lamento haber perdido tiempo en la relación con Armando, no fue recíproca la relación, pero ahora estoy enfocada en mi proyecto de titulación, ya di los primeros pasos, es decir, ya estoy escribiendo, deseo tener mi consultorio, seguir estudiando un diplomado o maestría, y conseguir un empleo bien remunerado.</p>
---	---	---	---	---	--

<p>Mito del matrimonio</p>	<p>Creencia que el amor debe conducir siempre a la unión estable como el matrimonia y constituirse en la única base de la convivencia de la pareja.</p>	<p>...“Le he dado todo mi amor, ya vivíamos juntas, antes de irse, le propuse casarnos”.</p> <p>... “No me veo sin ella, pero ella no quiere estar conmigo, dice que no soy lo que ella espera de una relación, creo que no encontraré una relación como la nuestra”.</p>	<p>...“Mi deseo es casarme, pero si no se da está bien. Ahora es, lo que tenga que durar en la relación y está bien. Si solo vivimos juntas para conocernos, también está bien”.</p>	<p>...“Él era el hombre que cumplía mis expectativas tanto físicamente, era psicólogo y creía que con él me casaría y tendría hijos. En el viaje de Acapulco le dije que quería tener un hijo con él, ya que teníamos 3 años juntos”.</p>	<p>...“Creo que por el momento mi plan es no casarme, quiero conocer a la persona, tal vez no me case y solo vivamos en unión libre, tal vez no tenga hijos porque me siento presionada socialmente y por mi familia,</p> <p>...”Con la terapia he hecho una analogía de que mi hijo será terminar mi tesis o gestar un diplomado.</p>
-----------------------------------	---	---	--	---	--

Como podemos apreciar el cuadro que muestra los mitos del amor romántico, tanto Sofía como Alejandra evidencian en sus discursos la presencia del romanticismo patriarcal. Estos mitos, independientemente de su orientación sexual, han sido internalizados en sus discursos y dan lugar a desigualdades, dominación y una conducta amorosa inflexible. Este modelo promueve e intensifica las desigualdades y la falta de corresponsabilidad en la construcción de una relación de pareja. Además, no se fomenta una adecuada gestión de conflictos, ya que solo se ordena y obedece, no se potencializa la comunicación, no se genera acuerdos, ni negociación de los mismos, se impulsa a renunciar a otras aspiraciones, se coarta la libertad e independencia individual, potencializando la dependencia emocional y personal, el amor asume que se debe de sufrir para sentirse amada siendo necesario y positivo, no se ve y acepta al otro tal y como es, se genera un engaño y mantienen desigualdades entre hombres y mujeres, causando idealizaciones en torno al amor que en numerosas ocasiones dificultan el establecimiento de relaciones sanas y provocan la aceptación, normalización justificación o tolerancia de comportamientos claramente violentos.

Al interiorizar los mitos del amor romántico podría ser un factor de riesgo para la aparición de violencia de género, por lo que se hace necesario trabajar en la deconstrucción de estas creencias y patrones transmitidos generacionalmente y fomentar relaciones de pareja sanas e igualitarias libres de mitos y de estereotipos de género, donde exista la diversidad de modos de ser y de relacionarnos, donde se tenga la libertad de desenvolvernos de distintas maneras, de reinventarnos, de evolucionar nosotros mismos, donde haya igualdad y equidad entre las parejas.

3.2.4 Amor romántico y sus efectos en los vínculos amorosos

Rocha (2019) menciona que el amor lo idealizamos como un aspecto que es positivo, que nos rescata, que es lo mejor que nos puede pasar. Pero si lo vemos de una manera más realista, en una relación de pareja el modelo que predomina es del amor romántico, un amor idealizado, que su mensaje en sí mismo no solo son reglas y parámetros rígidos, atravesados por relaciones de poder y roles de género, sino además reproduce en muchos sentidos lógicas sexistas, heteronormadas y de violencia.

Como se mencionó anteriormente, el Amor Romántico y los mitos derivados de este son impulsados y sostenidos por la socialización de género. Su construcción social se construye desde una concepción patriarcal asentada en las desigualdades de género, la discriminación hacia las mujeres y la sumisión de estas (Ferrer y Bosch, 2013). Según Riviere (2009) en este tipo de amor se valora la dependencia de forma unilateral, pues al educar a mujeres y hombres de manera desigual a la hora de expresar sus sentimientos y emociones, se generan relaciones dependientes y desiguales que pueden evocar a la violencia, en concreto, a la violencia de género.

La ONU (2012), define violencia como alguien que usa su fuerza o poder para herir a alguien de manera deliberada, es decir, propositivamente. La definición incluye actos que podrían causar daño, así como los que lo hacen y que pueden afectar la salud y el bienestar de alguien.

Por lo que, en esta tesis no se busca dar una definición, sino plantear que es un concepto amplio y difícil de delimitar, aunque es evidente que los discursos sobre la violencia señalan que esta produce daño sobre las personas, sociedades y grupos. Los tipos de violencia que se mencionan hasta ahora (física, psicológica, económica, emocional, política, laboral, institucional) son definidos por el ámbito social en el cual se ejerce la acción violenta. Los discursos sobre la violencia establecen una relación directa y estrecha con el poder. El poder es entendido como desigualdad de posesión de recursos y relacionado con la capacidad de tener control de unos grupos sobre otros (Piper, 1998).

Por lo que el amor romántico constituye un arma potente para controlar, someter, ejercer violencia aunque no es un modelo que se aleje de otras relaciones, por ejemplo, las relaciones entre personas del mismo sexo. Justo en ese sentido, los roles y lógicas de género también están en estas relaciones no heterosexuales, puesto que muchas veces se pueden replicar modelos violentos (Rocha, 2019). Se considera como un fenómeno invisibilizado y silenciado, se articula un complejo entramado de prejuicios que niegan su existencia basándose en los roles y estereotipos que derivan de la construcción de género heteronormada (Tron, 2004; Marín Rojas, 2009).

Hay que tomar en cuenta que hay una diversidad en cuanto a la orientación afectiva sexual, encontrando a hombres que sienten atraídos por hombres, mujeres que les atraen a las mujeres, a unas personas y otras atraídas indistintamente por uno y otro sexo, etcétera, al encontrar este tipo de parejas fuera de la norma, no significa que no existan, solo que la heteronormatividad ha invisibilizado, excluido, marginado humillado, perseguido y hasta torturado la diversidad de parejas y/o las diferencias. En este tipo de parejas no están exentas de la violencia, durante la relación de noviazgo o de convivencia, de igual forma se experimentan los diferentes tipos de violencia (psicológica, física, económica, sexual, patrimonial, etc.), donde se presenta el ejercicio de poder, sumisión, dependencia, renuncia personal, desigualdad y dominación. Con base en la ideología socializadora patriarcal dominante en nuestra sociedad.

Lagarde (2014) menciona que la violencia contra la mujer se produce en un contexto (patriarcal) de desigualdad de género socialmente construida, tanto a nivel estructural como ideológico”, se puede dar entre mujeres cuando una de ellas ejerce el poder sobre la otra, “la dominación jerárquica y el supermachismo de unos hombres sobre otros hombres y de unas mujeres sobre otras mujeres.”

De lo anterior se desprenden los efectos del amor romántico en las diferentes áreas de la vida la persona, salud, emocional, social, escolar, laboral en el mejor de los casos, se quedan en frustración e insatisfacción por tener expectativas irreales, donde se evidencian dinámicas de control, dominación e inseguridad, dependencia emocional, económica, consentir conductas no

aceptables, que pueden conllevar, a su vez, renuncia personal y despersonalización, pueden quedarse sin redes de apoyo. (Herrera, 2013).

Los efectos de los mitos del amor romántico pueden aparecer con una amplia gama de síntomas o indicadores más sutiles, como puede ser frustración, estrés, ansiedad, problemas alimenticios, depresión, (Montegro,2011). Así como la normalización de la violencia en las relaciones de pareja, por lo que pudo estar cubierta por la fachada del romanticismo.

En seguida se muestran diálogos que se tuvieron durante el proceso terapéutico, donde se aprecian los efectos del amor romántico en las diferentes áreas de la vida de las consultantes, así mismo se muestra la normalización de la violencia y como durante el proceso terapéutico fueron visibilizándolo, nombrándolo y deconstruyendo dichos discursos, identificando y tomando una postura ante la violencia y transformando sus significados.

Cuadro 7. Efectos del amor romántico en las consultantes

Efectos del Amor Romántico	Sofía	Alejandra
Salud	<p>... “No duermo bien, tengo gastritis, colitis por el estrés que me genera no estar con ella”.</p> <p>...“Tengo taquicardias la mayor parte del tiempo, porque quiero verla o saber de ella”.</p>	<p>...“Tengo una infección en mi rostro, me salió salpullido”</p> <p>...“No como bien, no me dan ganas de comer”</p> <p>...“No puedo dormir, tengo insomnio, solo estoy pensando en él y me pregunto por qué me dejo por su compañera de trabajo”.</p>
Emocional	<p>...“Tengo mucha tristeza, angustia, desesperación por haber terminado con Daniela, siento que me estoy aferrando a ella, quiero quitarme la dependencia hacia ella”.</p>	<p>...“No me dan ganas de hacer nada, solo pienso constantemente en él y su nueva pareja, creo que tengo depresión”.</p> <p>...“Su pareja es más joven que yo y me he estado comparando en mi físico, siento que me ha afectado a mi autoestima”.</p> <p>...“Tengo angustia, ansiedad ya que aún no puedo superarlo, quiero saber de él, entro al Facebook y veo lo que le escribe o las fotos que ponen”.</p>
Laboral	<p>...“No estoy concentrada en mi trabajo, como Daniela trabaja en el mismo espacio donde estoy, no puedo hacer bien mi trabajo, solo ando viendo donde va y con quién está”,... “ya me llamó la atención mi jefe porque no estoy haciendo bien mi trabajo, es que la verdad solo quiero saber de ella”.</p>	<p>...“Dependo económicamente de mi familia, por ahora, cuando estaba con él, tuve trabajos temporales de demostradora, me siento desmotivada que no me dan ganas de salir a buscar empleo”.</p> <p>“Quiero titularme para empezar a buscar trabajo, por el momento no me visualizo buscando trabajo”.</p>

<p>Social/ amistades/ familiares</p>	<p>...“Nunca he viajado, porque siempre espere a que lo hiciéramos juntas”,...“Me siento aislada en todos lados, en mi trabajo, en mi casa, en mi vida social”.</p> <p>...“Llegó a encerrarme a mi cuarto, no quiero que nadie me vea, menos mi mamá y hermana”, “con mi familia no tenemos una adecuada comunicación, la defino como lejana, por lo que, no puedo comunicarles como me siento sobre Daniela, saben que es una amiga y se fue a vivir conmigo unos meses. Solo me encierro en mi cuarto, lloro constantemente y ya no convivo con mi familia por estar pensando en ella”.</p> <p>...“Mi vida está alrededor de ella, deje amistades por estar con ella, ya no les hablo”.</p>	<p>...“Deje de relacionarme con amistades, también para evitar que mi novio se enojara y además por mi infección en la cara deje de salir y de socializar”.</p> <p>...“No quiero hablar con mi familia, me encierro, ellos aún no saben que terminamos, se dan cuenta de que ya no va mi ex pareja, no me preguntan nada, pero me ven con mis ojos llorosos”</p> <p>...“No quiero que vean que fracase en mi relación, no deseo que me cuestionen, ya que ellos pensaban que me casaría con él y no ejercería mi profesión”.</p> <p>...“Deje de ver a mis amistades, me enfoque en alimentar la relación con él, además se enclaba de que estuviera con amigos varones”.</p>
<p>Escolar</p>	<p>...“Estoy estudiando la Licenciatura en Psicología, pero con la ruptura no puedo concentrarme, estoy reprobando mis clases”... “Sigo sin poder cursar las materias para pasar a mi tercer semestre, solo estoy piense y piense en Daniela”... “Estoy desmotivada, no me dan ganas de estudiar, no pongo atención ni me concentro, y no entrego a tiempo mis tareas, ya reprobé materias en línea”, ...“No me voy a inscribir a todas mis materias en línea, solo 2 porque no quiero quedar mal con mis maestros”.</p>	<p>...“Deje a un lado mi titulación”.</p> <p>...“No me interesa aprender por el momento, aún debo materias de la carrera, no me concentro, ni tengo interés, ya me desespero porque quiero avanzar con mi vida como él lo hizo”.</p>

Como mencionamos, un efecto que trae consigo el amor romántico es la normalización de la violencia, por lo que durante el proceso de terapia se identificaron creencias que se sustentan que la violencia era normal para las consultantes, considerando parte de la relación amorosa. Se mostrará a continuación la postura ante la violencia en la pareja que tuvieron las consultantes al inicio y durante el proceso terapéutico.

Cuadro 8. Normalización de la violencia y deconstrucción en las consultantes

Inicio del proceso Sofía	Proceso Terapéutico (Deconstrucción) Sofía	Inicio del proceso terapéutico Alejandra	Proceso Terapéutico (Deconstrucción) Alejandra
<p>...“Me duele lo que hace Daniela, me ha dicho que no soy lo que ella busca, que no sabe lo que quiere, si un hombre o una mujer por el momento”.</p> <p>...“Me dice que soy una persona que no tiene buen cuerpo, no me arreglo bien y que la asfixio todo el tiempo”.</p>	<p>...“Ahora me doy cuenta de que lo que tengo con Daniela es tóxico, soy responsable de lo que hice o deje de hacer, pero no soy responsable completamente de que haya terminado la relación, fuimos las dos”.</p> <p>...“Yo no merezco una relación que me maltraten psicológicamente, merezco una</p>	<p>...“Me termino porque no he concluido mi tesis, tiene razón porque él me lo había pedido anteriormente y pospuse mi tesis, me hizo sentir culpable por lo que no hice”.</p> <p>...“Me hacía sentir loca porque le pedía explicaciones de su compañera de trabajo y solo él decía no inventes, no tengo nada</p>	<p>...“Me doy cuenta que mi ex pareja fue un maltratador, ya que fue indiferente conmigo, no me dio ninguna explicación, me hizo sentir culpable, yo trate de ser transparente en la relación, pero al ser clara lo incomodaba o no le parecía, ignorándome y no se responsabilizó de lo que le correspondía en la relación”.</p> <p>...“No soy ninguna loca, le haré más caso a mi intuición y no permitiré que me</p>

<p>...“Siento culpa porque me decía que yo la asfixiaba todo el tiempo, le demandaba tiempo y por eso terminó la relación”.</p> <p>...“La veo pasar en el trabajo con su nueva pareja, me saluda desde lejos, ya que es celosa su pareja actual, pero después Daniela me habla por teléfono diciéndome sobre su relación, hace comparaciones de las dos, cuando yo estoy sufriendo por ella”.</p> <p>...“Daniela me pedía dinero y yo se lo daba, pero se enojaba cuando se lo pedía y como yo no quería que me dejara de hablar, pues ya no le decía nada”.</p>	<p>pareja que sepa lo que quiere, que no me manipule, ni me chantajee”.</p> <p>...“Tengo patrones de encontrarme parejas que me son infieles, yo ya no quiero una pareja que me dé migajas de amor, quiero que nos comprometamos y cada una con sus proyectos podamos construir una relación de pareja, que sea recíproco, ya no quiero una relación que solo yo dé y la otra parte ni un dedo mueva”.</p> <p>...“No merezco ser maltratada, ni escuchar problemas que no me corresponden como cuando ella me contaba sus problemas con su pareja, me deje de mirar, solo veía por ella y quería estar solo</p>	<p>que ver con ella, no esté pensando locuras, y me doy cuenta de que tiempo después ya fueron pareja”.</p> <p>...“En nuestro viaje de Acapulco, yo le hable de tener un hijo y él se enojo y después me termino sin recibir ninguna explicación, pensé que fue mi culpa por haber tocado ese tema y haya terminado la relación”.</p> <p>...“Yo creía que era parte de la relación que él me celara, o fuese posesivo y yo le explicaba todo pero se enojaba y deje de relacionarme, mi mundo era él”.</p> <p>...“Me termino con un mensaje, dejó de hablarme y no me dio ninguna explicación”.</p>	<p>digan loca cuando sé lo que veo y siento, confiaré más en mí”.</p> <p>...“Voy a construir mi proyecto de vida a mi ritmo, nadie me dirá que hacer y si estarán conmigo es porque así lo deseamos, una relación es de dos, sin condiciones, ni limitaciones, seremos libres en la relación”.</p> <p>...“Entendí que me costó trabajo soltarlo, pero yo misma me deje de amar por estar enfocada en él, ahora lo más importante soy yo y lo que deseo y anhelo, como mi tesis, encontrar trabajo, sé que cuento con el apoyo de mi familia y de mis amistades”.</p> <p>...“Rompió con la confianza y respeto, es un gran mentiroso y no fui la responsable de todo lo que sucedió”.</p>
--	---	---	--

	<p>con ella aun cuando me lastimaba”.</p> <p>...“Me arregló a mi estilo y me gusta, no pienso cambiar por nadie, ni mi físico, ni mi estilo por ser aceptada”.</p> <p>...“Me identifico con la flor de loto porque las flores de loto crecen en el lodo y florece una bella flor, así yo, a pesar de vivir situaciones difíciles en mis relaciones, pude florecer”.</p>	<p>...“Caímos en la rutina y me siento culpable porque debí hacer algo, yo lo veía cómodo con nuestras actividades”.</p>	<p>...“Si me hiciera un tatuaje, sería un pájaro volando afuera de la jaula, entendí que las relaciones no es con final feliz, se construye día a día, sé que habrán problemas, pero hay que tener madurez para tomar acuerdos, comunicación, apoyo, escucha, respeto y tolerancia, siendo libres, además aprendí que las relaciones no durarán para toda la vida, es decir durará lo que tenga que durar.</p>
--	---	--	--

Conclusión de ambos Casos Clínicos

Las consultantes al inicio llegaban con un discurso saturado del problema, compartían historias dominantes y sentimientos heridos, culpándose a sí mismas por el fin de sus relaciones. Creían erróneamente que el amor implica sufrimiento, posesión y que duraría para siempre, pensaban que nunca cambiaría y esperaban una pasión eterna. Además, creían en la idea de que solo estando en pareja podrían mejorar sus vidas, ya que se sentían incompletas cuando estaban solas, incluso toleraban el maltrato porque pensaban que el amor todo lo puede, entre otras cosas.

Estos mensajes están cargados por el sistema patriarcal en el que nos encontramos, donde se han construido estos mitos para seguir reproduciendo dinámicas de poder, control, desigualdad, dominación en las relaciones de pareja.

Es importante poder detectar aquellas actitudes y conductas que fomenten estos mitos, para así poder modificarlos por creencias más adaptativas y más ajustadas a la realidad. De forma que se puedan establecer modelos de relaciones donde se fomente la individualidad, la equidad, la horizontalidad, igualdad, respeto mutuo y la libertad por igual en cada miembro de la pareja, independientemente de la orientación sexual, ya que el amor romántico está en todos los ámbitos familiar, escolar, medios de comunicación y la cultura.

Los efectos del amor romántico, en las dos consultantes, se muestra como vivieron sintomatologías como: la ansiedad, depresión, codependencia emocional de manera intensa, lo cual se les dificultó mirarse, cuidarse, volviéndose esclavas de su propio sufrimiento, renunciando a sus proyectos personales. Al trabajar terapéuticamente, comenzaron a tomar una postura de declaración ante los efectos del amor romántico, se dignificaron al cuestionar y desafiar sus propias creencias y maneras de relacionarse, así como visibilizar, nombrar la violencia que vivieron durante la relación de pareja.

Al deconstruir el concepto del amor romántico, no implica dejar de amar o que las relaciones desaparezcan, sino más bien darle un nuevo significado al amor. Esto implica cuestionar y analizar las construcciones sociales y culturales que han moldeado nuestras ideas sobre el amor y la forma en cómo nos relacionamos. Se trata de establecer acuerdos basados en el respeto, el cuidado, la reciprocidad y la igualdad, separando la felicidad de las fantasías y visibilizando los estereotipos que perpetúan la desigualdad social en el ámbito amoroso.

El proceso terapéutico permitió acompañarlas en su proceso, tener espacios de reflexión donde se cuestionaron las creencias patriarcales, familiares, sociales, culturales etc.

Se co-contruyeron nuevas historias alternativas, tuvieron la posibilidad de generar versiones de vida liberadoras, dignificarse, empoderando su identidad y así, continuar su proyecto de vida, sueños, anhelos, deseos, haciéndole frente a los problemas, ampliándolos, enriqueciéndolas en sus propias historias.

3.3 Análisis del sistema terapéutico total.

De acuerdo con Desatnik, Franklin y Rubli (1999) el sistema terapéutico total se encuentra integrado por el sistema terapéutico y el sistema de supervisión. El primero está compuesto por el terapeuta responsable y el sistema familiar o consultante; el segundo está compuesto por un grupo de terapeutas y el supervisor.

En cada sesión con las consultantes se encontraba el terapeuta responsable del caso, así como el supervisor y cuatro terapeutas acompañando en cada momento del encuentro. Como se mencionó anteriormente, antes de terminar la sesión se reunía el terapeuta con el sistema de supervisión para la elaboración de un mensaje final.

Posteriormente, existía una nueva reunión con las personas que integran al sistema de supervisión para analizar más a fondo el encuentro terapéutico, conversando aspectos de la persona del

terapeuta, formulación de nuevas guías de trabajo, visibilizar nuevas perspectivas, búsqueda de nuevas ideas relacionadas al cambio terapéutico, así como evaluar el desempeño del terapeuta y brindar retroalimentación por parte de todo el equipo.

La supervisión clínica es una parte esencial en la formación de psicoterapeutas, pues aporta retroalimentación importante para el perfeccionamiento del análisis e intervención clínica, la auto-observación, así como el cuidado y el bienestar de los pacientes (Villafuerte, 2016). El supervisor es el profesional que guía a los terapeutas en formación a desarrollar sus habilidades y competencias en el proceso de intervención familiar, ayudando en la integración de conocimientos clínicos vistos en las diferentes clases o seminarios. En el proceso de la formación de nuevos terapeutas, se esperaría que, de acuerdo a como vaya avanzando su profesionalización, exista cada vez menos la intervención del supervisor, así como una relación más igualitaria y colaborativa entre el supervisado y el supervisor (Sánchez & Escobar, 2009).

La supervisión clínica que se encuentra en esta residencia es un espacio colaborativo donde se realiza una integración de aspectos teóricos, habilidades y competencias de intervención, teniendo una postura reflexiva sobre el desempeño del terapeuta, la utilización de los distintos modelos terapéuticos, así como poder conversar sobre las dificultades, áreas de oportunidad y aspectos personales de los terapeutas (Desatnik, Franklin & Rubli, 1999).

De acuerdo con Hernández (2007) la supervisión es un proceso complejo que van en distintos niveles, comenzando en cómo los terapeutas confieren sentido a su mundo (sentimientos, emociones, premisas de vida, su forma de vincularse con los demás, etc.), los aspectos relacionales y juegos de lenguaje entre los consultantes y el terapeuta, así como entre el terapeuta y el equipo de supervisión. El supervisor juega un papel importante en la protección, cuidado y respeto a los límites de la vida privada de cada participante en el proceso de transformación.

En esta residencia la forma de llevar la supervisión de cada caso responde a diversos factores: la primera está relacionada con la sede clínica donde se llevan a cabo los encuentros terapéuticos, pues, dependiendo de sus instalaciones, el sistema terapéutico y el sistema de supervisión se vinculan de diferente forma. En el caso del CCH Azcapotzalco y en el ISSSTE Tlalnepantla, no cuentan con un espejo unidireccional, lo cual propicia una forma de involucrarse de forma más directa.

En ambos casos, tanto de Sofía como Alejandra se realizaron en una cámara de Gesell, lo cual se podía realizar equipos reflexivos, donde cada uno tenían diversos conocimientos sobre el amor, mitos, efectos del amor romántico, la violencia, sus experiencias de vida, donde se tenía un amplio bagaje para utilizar metáforas, analogías, mensajes que tenían impacto hacia las dos consultantes, así mismo el equipo reflexivo jugaron a favor de mantener la polifonía y cuidar mi capacidad de maniobra para la realización de las técnicas, se logro como terapeuta sistémica introducir nueva información que cambio el comportamiento o pensamiento, co-construir nuevos relatos, que marcaron la diferencia, donde se engrosaron historias alternativas, llenas de posibilidades y así las consultantes tomaron una postura de resistencia ante la violencia y cuestionamientos en la manera en cómo se relacionaban con sus vínculos amorosos.

Como se observó en la descripción del sistema terapéutico total de la maestría en Terapia Familiar de la FES Iztacala, es un trabajo complejo y colaborativo que busca la profesionalización de sus alumnos y ayudar a las distintas familias, parejas, individuos, teniendo en consideración una perspectiva sistémica y compleja de las relaciones humanas.

Capítulo 4

Competencias y Habilidades Profesionales Adquiridas

4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas

La residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología tiene diferentes momentos y apunta a la formación de sus estudiantes en diferentes aspectos, dando énfasis a cada uno de ellos en determinado semestre. La teoría es un elemento que estuvo presente durante los dos años de la maestría y las prácticas clínicas para la ejecución de la terapia sistémica.

4.1.1 Habilidades Teórico Conceptuales- Clínicas

En mi estancia dentro de la residencia en Terapia Familiar, fui desarrollando diferentes habilidades y competencias relacionadas con el campo de la psicología de la salud, específicamente las concernientes a la terapia familiar. El conocer los diferentes modelos teóricos, así como el trabajo en equipo me permitieron abordar las temáticas que traían las personas desde puntos de vista distintos al aprendido durante mi formación como licenciada en psicología. Adquirí herramientas terapéuticas que antes no conocía, como el equipo reflexivo, las metáforas, las preguntas circulares, elaborar entrevistas familiares, plantear hipótesis, trabajar con familias, parejas e individuos, definir motivos de consulta y demandas terapéuticas, identificar las necesidades de las personas que acuden a solicitar terapia, así como los recursos y/o herramientas con las que cuenta cada familia, pareja e individuo para la solución a la problemática planteada, observar el proceso terapéutico, establecer objetivos para trabajar en lo relacional, comprendí que algunos trastornos mentales se presentan como síntoma de lo que sucede en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven las personas y en las relaciones que construyen, que puede ser una forma de enfrentar la situación que molesta y/o de decir algo no está bien, desarrollé y adopté la perspectiva de género como mis lentes y esto último hizo que en varias ocasiones cuestionara los modelos teóricos y la manera en que se abordan algunas temáticas como la violencia en la pareja, familia, estereotipos y los roles de género.

Ser sensible a las necesidades de las personas que acudieron a los diferentes centros en los que

fui supervisada y responder de una manera profesional y acorde al modelo teórico que se estaba abordando, respetar los diferentes enfoques que manejan otros/as colegas, la importancia de trabajar en equipo había miradas tan variadas que contribuían a mantener una visión más compleja de las historias que presenciábamos, pues las voces no entraban en conflicto, sino que se conjuntaban en una polifonía para crear un todo al servicio de la terapia, lo que sumaba a una comprensión más rica de la concepción sistémica. La realización de genogramas también fue una herramienta invaluable para la conceptualización de casos porque permite representar de una forma estructurada, que facilita la comprensión de la composición y las relaciones en la familia.

La gran diversidad de problemáticas abordadas fue posible gracias a los distintos escenarios de prácticas, caracterizados por poblaciones distintas. Tanto niños, como jóvenes y adultos acudían a terapia, ya fuese en modalidad individual, de pareja o familiar. A pesar de que podría parecer que la terapia sistémica beneficia principalmente al trabajo con grupos o familias, me pude dar cuenta de que la modalidad de la terapia es casi irrelevante si se aborda desde una perspectiva sistémica, pues, de cierta forma, aunque las sesiones sean individuales se procura llevar a sesión las voces de las personas con quienes se relacionan los consultantes para tener una visión contextual.

Otro elemento importante para mi formación fueron los seminarios, porque además de facilitar la comprensión teórica de la terapia desde una perspectiva sistémica, estaban fundamentados desde una metodología participativa, en donde los alumnos realmente co-construíamos el conocimiento al participar en discusiones. Además, en algunas ocasiones éramos los alumnos quienes coordinábamos los seminarios, desarrollando en este proceso habilidades de docencia y pedagógicas a la par que revisábamos las temáticas de la asignatura.

4.1.2 Habilidades de Investigación y Enseñanza

Durante la maestría se elaboraron dos tipos de investigación bajo dos metodologías (cuantitativa y/o cualitativa). Como parte de los mismos, realicé en equipo dos investigaciones, las cuales versaron sobre el trabajo realizado en la misma formación, se presentan a continuación:

4.1.3 Investigación de Corte Cuantitativa

VALIDEZ ESTADÍSTICA DEL INVENTARIO DE RECURSOS RESILIENTES FAMILIARES (IRREFAM)

Gabriela Arianna Cedillo Torres, Cinthya Giannina Cortés Calderón, Nérida Padilla Gámez

María Rosario Espinosa Salcido¹

Objetivo: El presente estudio tuvo como objetivo analizar el procedimiento estadístico de la validez y la confiabilidad del Inventario de Recursos Resilientes Familiares IRREFAM.

Metodología:

Se aplicó a 420 estudiantes, de ambos sexos pertenecientes a tres universidades públicas y privadas del Estado de México, con edades entre 17 y 25 años.

El instrumento es una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, cuenta con 88 reactivos basados en la teoría de FromaWalsh (2004) sobre la resiliencia familiar, de los cuales se eliminaron 38 reactivos que presentaron baja carga factorial, quedando en total 50 que conforman el instrumento.

La validez en este estudio se estableció por análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales y rotación ortogonal de tipo Varimax; se obtuvieron 7 factores que explican el 63.72 % de la varianza total los cuales son:

1. Logro y superación,
2. Respeto y confianza,
3. Solución de problemas o negociación,
4. Expresión de sentimientos,
5. Individuación,
6. Comunicación clara
7. Conflictos;

La confiabilidad del instrumento salió alta con un alpha de Cronbach de .975. En conclusión, se puede considerar un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas para la medición de la percepción de recursos resilientes familiares en población universitaria mexicana.

4.1.4 Investigación de Corte Cualitativo

AFRONTAMIENTO ANTE EL VIH-SIDA EN UN JOVEN DE 28 AÑOS

Gabriela Arianna Cedillo Torres Cinthya Giannina Cortés Calderón

Para esta investigación se puso en práctica el uso del programa ATLAS. TI. El cual es un conjunto de herramientas para el análisis cualitativo de textos, gráficos, y video. A través de este programa se organizó y reagrupó en etiquetas o grupos de conceptos principales toda la información que obtuvimos fue a través de una entrevista previa con el participante. El objetivo principal fue analizar códigos que se realizaron de la entrevista con un joven de 28 años que tiene como diagnóstico VIH SIDA.

Resultados:

En cuanto al afrontamiento que tiene este joven de 28 años respecto a su diagnóstico de VIH, encontramos que hay una relación directa positiva con el aporte económico (“entre los dos siempre han salido todas las cosas por ejemplo yo desde que he trabajado siempre le he dado algo a mama el famoso gasto”), el apoyo materno (“siempre tuve ese apoyo, que mi mamá estaba ahí”), la relación paterna (“con la vida que pasaron o que pasamos todos con mi papá eso nos enseñó que o te aplicas o te aplicas y pues todos hemos tenido pues así tal cual adversidades y hemos sabido salir adelante”), y sus creencias individuales respecto a lo que es y lo que implica la enfermedad (“si yo creo que cualquier persona que pasa por eso ...debería de aprender que...que el show debe de continuar y si ya te equivocaste ya te sirvió como un ensayo.. ya sal otra vez a la puesta en escena.. Mejor afinadito”).

Sin embargo, a la par encontramos factores que no favorecen el hacer frente a la misma, como es el apoyo familiar que es exclusivo para temas económicos (“A la vez si porque pues siempre había tenido el apoyo de mis hermanas, bueno, en este caso de mis cuñados, porque son los que aportan”), que está enmarcado bajo las creencias que esta familia tiene sobre el VIH (“dos hermanos hombres que

todavía tienen ahí el germen del machismo dentro y yo se los hubiera dicho no pues imagínense, me iban a decir aparte de puto, sidoso; que la mayoría de la gente no sabe diferenciar VIH, SIDA”), y que fomentan que esta condición sea mantenida en secreto, sobre todo en alianza con su madre (“yo no quiero salir, no quiero que me vean, no quiero que le digas a nadie. Dice no pues va a ser un secreto entre tú y yo y le vamos a echar ganas...”). Aunado a esto, él analizó sus conductas de riesgo (“yo en alguna etapa de mi vida los excesos fueron todo para mí ...el alcohol lo vivía de más, la fiesta y el sexo...pues ¿ahí te viene no? y el condón no importa, ni te acuerdas que existe y aparte sí a eso le aumentas que dices que uno ...le gusta aquello ...no te importa y ahorita pues ya.. dices mira ya por eso ya estas como estas, y también algunos piensan ya que porque tienes VIH ya no te tienes que cuidar y ya lo puedes hacer con otra persona que tenga lo mismo pero no el error ahí está, osea tú te puedes reinfectar entonces el virus cambia, se hace más resistente y los medicamentos te los tienen que estar cambiando”) y llegó a la conclusión de que esto no le ayuda a su cuidado personal (“Fue difícil en su momento ahorita y ahorita ya aprendes a vivir así que sabes que no es algo que te limita para hacer tus cosas”).

Encontramos que el afrontamiento de este joven ante sus problemas familiares y como el afrontamiento ante el VIH están mediados por las creencias individuales (“la vida es muy bonita hay que gozarla disfrutarla con límites y precaución...”), como las referentes a la espiritualidad (“la conexión de lo material y con lo espiritual.. volvemos a lo mismo, todos somos materia pero siempre hay esa otra parte la esencia... ese algo que tu sientes pero que... no lo mides en gramos, en distancias pero que está ahí presente...”) (“Yo creo que dios existe, para mi existe un dios, un dios que no se llama Alá, no se llama Yavhe, no se llama Jehova, no se llama buda, existe un dios, porque pues alguien tuvo que haber creado tanta cosa impresionante y maravillosa, existe un dios y ese dios es la esencia, una esencia que todos tenemos de algo, lo pueden llamar espíritu, lo pueden llamar ser, para mi es una esencia, todos somos esencia y eso es parte de, no creo que dios exista en el cielo, dios existe aquí, está aquí, presente

en un árbol, en una flor, en una canción”), y el apoyo que recibe tanto de sus amigos (“Dos de mis amigas saben, pero, pues con ellas sí, vivimos muchas cosas, nos confiamos todo, una de ellas es psicóloga, que me caía muy mal”) como de su pareja (“hasta hace como medio año, un poquito más de medio año recurría mucho a mi pareja, de hecho con él, fue a uno de los primeros que le dije y pues él tampoco lo creía”).

Como se muestra, la expresión clara de emociones (“ahí todo mundo opina y dice lo que siente así tal cual lo dice, algunos no estarán de acuerdo pero mejor ni se meten porque saben que es entrar en problemas”) se asocia positivamente con la comunicación hacia los miembros de su familia (“El amor a la vida ... ya a mis allegados tanto familia y amigos..siempre les he dicho yo estoy loco estoy loco y la persona que nunca enloquece que hueva .. hay personas que no enloquece nunca que miedo de flojera ha de tener... yo siempre he dicho las mejores están más piradas que yo ...y esa locura te lleva amar tanto a la vida estar enamorado del amor mismo”).

De igual manera, los miedos que él tenía respecto a lo que significa tener VIH mermaron en un primer momento sus lados fuertes (“era un mar de llanto que no me lo creía, yo dije, me voy a morir”), sin embargo, sus deseos de superación personal influyeron en que dejara atrás estos miedos (“Esa parte de ser líder, la capacidad de poder transmitir algo que yo sé a los demás se me hace muy fácil el control de un grupo”), así como el apoyo médico (“a doctora nos explicó dice “mira te vas a morir de lo que tú quieras, pero de VIH actualmente nadie se muere, si tute cuidas, si llevas una vida saludable, si tomas tu medicamento puedes vivir los años que tú quieras”).

El grupo de apoyo (“admiro mucho a varios de mis compañeros porque se suben ahí al podio y dicen bueno yo soy fulanito de tal, tengo tantos años, este, de ser diagnosticado, vivo con VIH y esto y esto y esto, y pues yo desde la parte de atrás yo los admiro”), es un mediador entre el apoyo médico (“Si ella me dijo así tal cual las cosas, el virus funciona así, estas son las partes del virus, se compone de tal y tal y tal, y este medicamento va a ser para esto y este otro para esto otro porque son tres diferentes y si

lo toma como debe de ser no se va a morir, no le va a pasar nada y ya me contó de testimonios y blablablá y ya yo me relajé”) y el psicológico (hubo ciertas cosas que ella me preguntaba, que me decía, como si no me quería, cosas de ese tipo ¿no? Cosas que a lo mejor nadie me había preguntado que me hizo acercarme un poquito más a mi realidad, encontrar dentro de mí esas cosas y aprender a sacarlo, ya después dije, es que si me está sirviendo, osea, siempre me decía, yo siempre lo había creído pero nunca lo había aplicado, dice, es que tienes que llorar y que no te de pena llorar, y llora y aquí hay kleenex y llora todo desahógate todo). Este apoyo psicológico a su vez jugó un papel crucial en su aprendizaje (“he aprendido que la vida la tenemos que disfrutar, pero la tenemos que saber disfrutar con responsabilidad y con ciertos límites”), así como sus valores familiares (“de mi mamá que le aprendí prácticamente todo en cuestión de valores, bueno lo he dicho no, los valores vienen de la familia, se maman de la familia, pues el respeto, la honestidad, la honradez, la solidaridad, que a veces no la aplicamos, está presente, sobre todo el amor, el amor siempre ha estado ahí, el perdón que no sé si sea un valor, que yo creo que sí”) que influyeron y potencializaron sus recursos para afrontar la enfermedad (“en algún momento me hizo hacer una carta al VIH, y le dije, pues vives en mí, yo vivo contigo, qué quieres que le haga, me dolió y pues vamos a echarle ganas, querido VIH y me enseñó a valorar las cosas aún más”).

Llama la atención que muchas de sus creencias individuales (“vamos a seguir viviendo la vida y como les digo de todos modos hay personas que se cuidan de todo y se mueren ..para allá vamos... y ya que digas por lo menos me la pase bonito en este trayecto pues que padre no me quede con las ganas de hacer nada.. así que no se queden con las ganas”) se contraponen con las creencias familiares (“los hombres no necesitan de nadie porque los hombres se la saben de todas a todas, es cuestión de género”), esto podría ser explicado por las relaciones que él mantiene con su medio ambiente como sus amigos, su pareja, el personal de salud como médicos y psicólogos. Todos ellos ampliaron la manera en que él percibe, mira y afronta la vida (“querido VIH hoy estamos aquí frente a frente hoy te he sabido

aceptar en mi vida eres bienvenido estas en mi cuerpo recorres cada parte de mi cuerpo estas en mi sangre estas presente...gracias a ti he aprendido a valorar más vida ser más responsable, ... de hoy en adelante vamos a compartir todo junto vas a existir ahí”).

Llegamos a la conclusión de que más que el apoyo de la familia, el contexto (instituciones, médicos, psicólogos, amistades, pareja) juega un papel importante en el afrontamiento del VIH, sobre todo cuando se crece con ideas tradicionalistas.

4.4 Habilidades de Difusión

En cada semestre se realizaron varios productos tecnológicos que tenían el objetivo de teorizar y poner en práctica los modelos de terapia familiar que revisamos.

4.4.1 Materiales Didácticos y Audiovisuales

Los productos obtenidos fueron los siguientes:

- Juego sobre las técnicas de terapia estructural
- Video de Terapia Estructural
- Manual sobre Terapia Estratégica
- Blog de Terapia de Milán
- Manual de Terapia Breve centrado en problemas
- Propuesta de Ciclo de Cine de Terapia Breve centrado en soluciones
- Manual sobre los diversos temas de Sexualidad: Guía Teórica para el Terapeuta Familiar
- En el Seminario “Familia y Contexto”. Se realizó una Propuesta de intervención comunitaria en un albergue con personas migrantes desde el modelo de terapia Narrativa.

Los manuales, juegos, videos, blog, tuvieron fines pedagógicos, ya que los desarrolle pensando en aquellas personas que desean acercarse al enfoque pero no lo conocen, elaboré una introducción y explicación de la funcionalidad de cada uno de ellos, una revisión histórica del surgimiento de los modelos y sus principales exponentes, los principios básicos desde los cuales se posiciona y sus principales técnicas. En cada uno de los apartados agregué información de los libros a consultar para ampliar el conocimiento de los modelos.

Estos trabajos pueden ser de gran utilidad a estudiantes del enfoque sistémico, ya que les permitirán comprender de manera clara, los modelos y técnicas de intervención.

4.4.2 Participación de Trabajos en Foros Académicos

Como parte de la Residencia participé en la realización de ponencias dirigidas a poblaciones diversas y sedes tanto Nacionales como Internacionales, que a continuación se muestran:

- Ponente al 1er Congreso Internacional del Consejo Mexicano de Psicología. Monterrey, Nuevo León. Modalidad Cartel **“EL ÁRBOL DE LA VIDA: UNA PROPUESTA NARRATIVA PARA LAS FAMILIAS EN DUELO”**. Fechas: 27-29 de abril del 2017. Autoras Cedillo Torres Gabriela Arianna y Roxana González Sotomayor.
- Ponente al 2ª Congreso Internacional del Consejo Mexicano de Psicología. Cuautla, Morelos. Fechas: 26 al 28 de abril 2018. Modalidad Cartel **CONFORMACION DE FAMILIAS ENTRE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: UNA FRONTERA AÚN TRAZADA**. Autoras Cedillo Torres Gabriela Arianna y Evelyn Noemi Sánchez Somera
- Ponente al Coloquio de Investigación en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM 2017. Modalidad Cartel **ANÁLISIS BIBLIOMÈTRICO ENTORNO A LA INVESTIGACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR EN REVISTAS EXTRANJERAS**. Fecha: Agost0 2017. Autores: Gabriela Arianna Cedillo

Torres, Verónica Concepción Gutiérrez Paredes, Ana Gabriel Valdés Santiago, Iris Xòchitl Galicia Moyeda.

- Ponente al VI Congreso ALFEPSI, en Lima, Perú. Fechas 25-28 de octubre de 2017 Modalidad Ponencia. **PERCEPCIÓN DE RECURSOS RESILIENTES FAMILIARES RELACIONADOS A LA VIVENCIA DE EVENTOS CRÍTICOS EN JÓVENES MEXICANOS.** Autora Gabriela Arianna Cedillo Torres
- **Grupo de Campos Elíseos.** Afiliado al Houston Galveston Institute. Asistencia al taller: "Conversaciones colaborativas en circunstancias difíciles" impartido por: Harlene Anderson. El 17 de febrero del 2018.
- **Cencalli. Instituto de Terapia Familiar.** Asistencia al coloquio "Interacción familia-salud". El 2 de septiembre del 2017.
- **Consejo Mexicano de Psicología. Congreso Internacional en Psicología.** Nuevo León, Monterrey. Asistencia al taller: "Aplicaciones y Prescripciones efectivas en Psicoterapia Breve" abril 2017
- **Espacios Narrativos. Orfeo Catalá de México.** CDMX. Asistencia al taller: "Innovaciones en Terapia. El Arte de Hacer Preguntas: Entrevista a Parejas en Conflicto" con Stephen Madigan. Octubre del 2016.

En cada uno de estos eventos obtuve herramientas para poner en práctica de manera personal, familiar y con la comunidad que requiera de los servicios psicológicos. El compromiso de servir a la sociedad con todo lo aprendido es parte de mi filosofía de vida.

Capítulo 5.

Reflexiones Finales

5.1 Aspectos éticos en el Trabajo con Familias

En la parte ética, la terapia familiar comparte muchos de lo que se ha trabajado con los demás modelos de intervención clínica en psicología, sin embargo al tener enfrente más personas aumenta más el cuidado que se debe de tener en toda situación.

En relación a lo anterior, uno de los puntos es no discriminar a qué tipo de familias, parejas o personas atendemos, recordando que en la práctica se trato a personas de muy escasos recursos, donde su apariencia y aseo no eran los más óptimos pero se trabajó de la misma manera. Asimismo como parte del equipo se atendió a una familia donde la madre tenía preferencias sexuales diferentes, una persona con discapacidad, dándole la misma calidad de servicio que a los demás. Pero no solo es cuidar el no discriminar en estos aspectos, también se debe de cuidar mucho el ponerse de lado de algunos miembros de la familia o de la pareja, por diversas características que quizás el terapeuta se pudiera identificar, por ejemplo el sexo, posición del hermano, “víctima” o alguna circunstancias específica que el terapeuta se asemeje, a lo que es de suma importancia el cuidar a la persona del terapeuta para que su propia historia no se involucre en su percepción y accionen el ejercicio clínico.

Este hecho no solo es importante cuidarlo para dar el mismo servicio, sino en las mismas técnicas que se emplean se puede influir a los miembros de la familia o a toda, hacia un sentido que el terapeuta observa desde su propia postura como persona y no como terapeuta sistémico.

Siendo importante por lo tanto quizás discutir el manejo diferente que se puede dar éticamente entre las terapias modernas y posmodernas, donde en las modernas, específicamente en el enfoque estratégico, el grado de control que pudiera tener el terapeuta frente a la familia, donde ahí la preparación y la visión clara del terapeuta debe de ser muy importante. Siendo por otro lado una postura abierta y sin ningún prejuicio en las terapias posmodernas, principalmente siendo más difícil - desde el punto de vista personal- la terapia colaborativa, donde el status de no prejuicio, apretura, aceptación, no sentirse el experto y de neutralidad (o curiosidad) es parte esencial del modelo, siendo

en algunos casos más difícil, por lo que el terapeuta debe de estar checándose continuamente en su postura respecto a la otra persona.

Otra de la parte ética, retomando a Anderson (2005), es importante que se valore la voz de cada cliente incluyendo lo que tiene que ofrecer y reconocer que ellos son expertos en su vida; no diluir la riqueza de las voces para llegar a un consenso; no privilegiar la voz del profesional callando la experiencia de los usuarios; estar abierto para hablar sobre lo que la persona considere relevante y confiar en las personas que nos consultan, ya que ellos saben a dónde quieren llegar.

El principio de la terapia como un espacio político cobra relevancia la justicia social. De acuerdo a Peñaranda (2015), la justicia social es un proceso histórico socio-cultural por medio del cual se debería garantizar que las personas tengan una vida digna, con oportunidades para desarrollar sus potencialidades y de esa forma satisfacer sus necesidades, aspiraciones e intereses. Si se toma en cuenta el ejercicio de la práctica de la terapia sistémica desde una perspectiva de justicia social es necesario poner atención a las inequidades sociales como las relaciones de poder establecidas entre los géneros, la carencia de acceso a servicios de salud, educación, pobreza y seguridad. Atender a los anterior significa asumir una posición y ubicarnos en relación a nuestros consultantes y como nos perciben, a la relación que tenemos, con especial atención a discursos que puedan perpetuar las inequidades y los ejercicios de poder. Por lo que nuestro ejercicio continuo sea de una visión autocrítica, que asuma una postura política y se situé de tal forma que el trabajo que realicemos sea relevante al contexto, para así desarrollar una terapia sistémica ética.

Cuando se forma al terapeuta para que sea un experto éste debe estar dispuesto a asumir la responsabilidad y conocer el procedimiento a seguir en una amplia gama de situaciones, tal y como se establece en el código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999), en el que se establecen algunos puntos de relevancia que todo terapeuta de pareja y/o familiar deben tener presentes:

I. Responsabilidad con los pacientes

- Procurar el bienestar de las familias y de las personas.
- No discriminar.
- Consciencia de la influencia que se puede ejercer con los pacientes.
- No usar la relación profesional en beneficio propio.
- Respetar las decisiones del paciente y ayudar a entender las consecuencias.
- Canalización con otros profesionales.
- Consentimiento informado del paciente.

II. Confidencialidad

- No hacer declaraciones de las confidencias de los pacientes, salvo en: Aspectos legales, prevenir daño a otras personas, cuestiones criminales o por dispensa.
- La utilización de material clínico con fines académicos, investigación, sólo con consentimiento del paciente y cuando se proteja la identidad y confidencialidad del mismo

III. Capacidad e integridad profesional

- Delito por parte del terapeuta, licencias o certificados suspendidos, revocados o amonestados por instancias reguladoras.
- Impedimento para ejercer la profesión por cuestiones físicas y/o mentales.
- Actualización de los terapeutas.
- No involucrarse en situaciones sexuales, acoso o abuso de pacientes, estudiantes, candidatos en entrenamiento, entre otros.
- No diagnosticar o aconsejar sí, el problema no es de su competencia.
- Evitar el mal uso de los hallazgos clínicos y/o de investigación.

IV. Responsabilidad a la profesión

- Respeto de los derechos y responsabilidad de los colegas.
- Participar en actividades para mejorar a la sociedad y a las comunidades.
- Dar crédito de publicación a quienes han contribuido con alguna publicación.
- Desarrollar leyes y regulaciones relacionadas a la terapia de pareja y de familia, que sean de interés público.
- No hacer plagio.

Es decir, como terapeutas se trabaja para apoyar, acompañar, a las personas en que mejoren y modifiquen situaciones críticas como son la violencia y los abusos en la familia, situaciones que en sí mismas cuestionan las creencias acerca de la garantía de bienestar que proveen los “ideales” familiares, lo que lleva a proponer permanentes revisiones a estos supuestos “ideales”, a tomar en cuenta aportes provenientes de los estudios de género que deconstruyen creencias esencialistas acerca de lo que corresponde a las mujeres y a los varones, y a explorar en contexto las nociones del rol del padre como supuestamente normativo y el de la madre como predominantemente nutricional (Ravazzola, 2005). Pero esto conlleva a que como terapeutas nos cuestionemos cómo nos encontramos posicionados ante estos “ideales” familiares, cómo nos posicionamos respecto a los mandatos sociales y cuál es nuestra postura ante temas, como la violencia de género, la sexualidad de las personas, la identidad de género, diversidad en la construcción de vínculos afectivos, el aborto, la elección de no ser madre, la maternidad subrogada, la transexualidad, el consumo de sustancias, por mencionar algunos de los muchos temas a los que nos enfrentamos en la práctica clínica, en los que entra en juego la ética, personal y profesional.

En conclusión, el psicólogo en cualquiera de sus especialidades y claro esta como terapeuta familiar, debe de tener presente siempre el alcance de lo que dice o hace, como se llega a influir a la persona y familia, y tener conciencia que esas personas están poniendo parte de sus vidas a nuestra guía

y/o acompañamiento y se tiene una gran responsabilidad al tener las habilidades y confianza puesta en nosotros de poder ayudar a las personas a resolver conflictos de vida y por ende poder vivir mejor.

5.2 Reflexión y Análisis de la Experiencia

Exactamente, más que estudiar la Maestría, la parte significativa fue vivir la experiencia, de conocer un enfoque tan diferente en la psicología, ya que significó un espacio de reconocimiento personal en la co-construcción de nuevos paradigmas, que le dieron sentido a mi práctica profesional y personal. El formato de la residencia, en las clases, seminarios, supervisiones, sesiones terapéuticas y espacios de reflexión, pude cuestionar, modificar, eliminar prejuicios, así como mejorar mis habilidades, herramientas como terapeuta, siendo eficaz, sensible y respetuosa con los consultantes, entendí que la terapia no es lineal, aprendí el arte de acompañar vidas, a su ritmo y a su tiempo. Esto se debió al escuchar las distintas voces de las profesoras, profesor, compañeras, compañeros y consultantes juntos co-construimos otro tipo de ideas e interacciones, fue una manera distinta de construirme, significar, generar cambios y conversaciones llenas de alternativas y posibilitadoras.

El aspecto vivencial-práctico de la doble experiencia de observar y ser observada dando terapia, ha sido muy enriquecedor, ya que la supervisión en vivo me permitió aprender, hacer terapia y a ser terapeuta familiar. La retroalimentación que proporciona el equipo fue de vital importancia para mi formación, ya que aprendí a escucharlos, aprender de sus vivencias y aplicar estrategias en la terapia que ayudaron a potencializar el cambio de cada uno de los consultantes.

Durante la maestría hubo momentos de miedo e incertidumbre al momento de atender casos con temas dolorosos y complicados como la violencia, depresión, duelos, etc; estar frente a un equipo terapéutico, era uno de los aspectos que más imponente me parecía, ya que mi experiencia en ese ámbito era muy corta y constantemente me preocupaba que mis intervenciones no fueran útiles o adecuadas. Sin embargo, me sentí apoyada y respaldada por el equipo terapéutico junto con las

supervisoras, me ayudaron a desvanecer dudas, temores y escuchar lo justo para redireccionarme en los momentos complicados de dar terapia, poco a poco se fue haciendo más fluido, flexible dar terapia, me sentía mas cómoda, ya que aprecie lo valioso que era contar con una diversidad de percepciones, creencias, alternativas, miradas de ver la vida, sin duda es algo que me llevare sus voces de mis compañeras, compañeros, maestros y maestras..

En mi experiencia me siento complacida por el crecimiento y por las experiencias que me han transformado en una persona diferente con una nueva forma de verme y estar en el mundo. Ahora conozco diferentes maneras de comprender, intervenir en la terapia.

5.3 Implicaciones en la Persona del Terapeuta y en el Campo Profesional

Las actividades realizadas en la maestría tanto teórica como práctica, favorecieron en mí, mayor responsabilidad y compromiso con las personas que acuden a solicitar terapia, con la institución y con mi persona. La perspectiva de género, el feminismo, el posmodernismo dentro de la terapia familiar me fue importante debido a que se analizan las reglas de relación entre los elementos del sistema para modificarlas y promover cambios de segundo orden, saber que el terapeuta no es neutral, objetivo y ni su vida personal ni profesional son ajenos entre sí. El terapeuta habita el espacio terapéutico como persona con sus posturas, ideales, preferencias que habrán de marcar su estilo terapéutico y manera de proceder en terapia.

Así mismo se modificó mi forma de ver las cosas en todos los ámbitos en los que me desenvuelvo, en la que aprecio una película, en observar y/o entender la manera en que se construyen las relaciones, en las diferencias de género, en el discurso de las personas. También modifiqué la manera en que me relaciono con los/as pacientes, con mis familiares y amistades.

Mi percepción del mundo y de las situaciones de la vida no es la única verdad, sólo es parte de la forma en que he aprendido a ver las cosas en el transcurso de mi vida, como de la misma forma en que las demás personas han construido sus propias verdades.

Desde el principio de la maestría se nos hizo hincapié en la importancia de trabajar la persona del terapeuta y así fue, comenzamos por analizar nuestro propio familiograma, actividad que tuvo como resultado resaltar patrones y modos de interacción determinados en nuestras familias que nos habían forjado de formas que no nos habíamos dado cuenta. Así mismo, constantemente se nos hablaba de la importancia de trabajar la persona del terapeuta y durante el trabajo con las familias se nos cuestionaba cómo se conectaban las decisiones que tomábamos como terapeutas con nuestra vida personal y/o historia familiar para estar conscientes de ellos y utilizarla de la mejor manera posible en favor del trabajo con nuestros consultantes.

Sin duda alguna, el mayor impacto que tuvo la Residencia en mí y en todo lo que haga a partir de ahora es el de concientizarme sobre el compromiso social que tenemos como psicólogos, el cual, desde la perspectiva sistémica y desde el posmodernismo adquiere un carácter distinto al que podría existir desde otras tradiciones de la Psicología.

Aterrizando todo lo aprendido en la maestría, en el campo laboral en el que me encuentro, es un Centro de Justicia para las Mujeres (CJM), son espacios que brindan servicios especializados a mujeres, niñas y niños. Estos centros ofrecen atención, intervención y servicios especializados de atención integral y multidisciplinaria, donde intervienen profesionales de trabajo social, psicología y derecho, se brinda información y acciones para la protección y acceso a la procuración e impartición de justicia en materia familiar, civil y penal, desde la perspectiva de género y con respeto a los derechos humanos.

Por lo que los aprendizajes adquiridos en la maestría me han permitido ejercer mi trabajo con calidad, ética, respeto y profesionalismo, con un enfoque sistémico, construccionista, con perspectiva de género, ya que se me dotó de herramientas para abordar diversos temas, uno de ellos es la violencia género. Al trabajar con mujeres en terapia tiene como finalidad identificar patrones de comportamientos dañinos y a desarrollar estrategias para superar las situaciones de violencia, así como recuperar su dignidad, autonomía personal y social, utilizando modelos de intervención sistémicos y posmodernos, relacionándome con las mujeres desde la horizontalidad, respetando su proceso, trabajando con lo que las consultantes necesitan, no con lo que creo que necesitan, las acompaño, se les refuerza sus recursos, habilidades, herramientas con las que cuentan y pueden seguir construyendo.

Gracias a estos dos años de la maestría, ahora me es posible ver mi capacidad de transformación y ser más flexible ante las posturas y posibilidades que cada persona te brinda cuando comparte contigo una parte de su existencia, entendí que cada persona es distinta y no existe una fórmula mágica y/o receta que con todos pueda funcionar, abre un mundo de posibilidades y despierta la creatividad.

Por lo que me siento muy orgullosa de haber pertenecido al Programa de Maestría en Terapia Familiar Sistémica, ya que tuve un gran crecimiento como persona y profesionalista. Ahora conozco diferentes maneras de intervenir, de comprender y de vivir la terapia.

REFERENCIAS

- Albertin, P. (2005) *Psicología: Perspectivas deconstruccionistas. Subjetividad, psicopatología y ciberpsicología*. Barcelona: UOC.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. y Goolishian H. (1996). *El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico* en: McNamee y Gergen, K (Eds). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. Pág. 45-59.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1990) *El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico*. En: McNamee, S. & Gergen, K (Eds) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999). *Código Ético*. México. Recuperado de http://amtf.com.mx/codigo_etico/codigo_etico.html
- Bárceñas, K. (2012). *Las familias mexicanas: De la institución al movimiento. Trayectorias, significados e imaginarios en la configuración de la diversidad familiar*. *Sociedade e Cultura*, 15 (2), 263-274.
- Beltran, L. (2004). *El enfoque Colaborativo y los equipos reflexivos*. En: *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 197-222). México: Editorial Pax México.
- Beltrán, L. (2014). *Modulo: Práctica supervisada. Evaluación e intervención en psicología clínica*. Clínica Zaragoza. México: Comunicación personal
- Bosch, E. (2004-2007). *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja*. Madrid: Instituto de la Mujer.

- Campillo, R. (2009). *Terapia narrativa: auto-aprendizaje y co-Aprendizaje grupal*. México: Editorial: Publicaciones Ollin-Campillo.
- Cervellón, Desarnik, Hasbun, López, Santiago y Troya. (1998). *Voces y ecos de violencia: Chile, El Salvador, México y Nicaragua*: Andros Ltda. Editoras: María Isabel Castillo e Isabel Piper
- Coria, C. (2005). *El amor no es como nos contaron... ni como lo inventamos*. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve: Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Derrida, J. (1997). *Deconstrucción y terapia narrativa*.
- Desatnik, Frankin y Rubli. *Supervisión y Sistema Terapéutico*. En: Espinosa, S. y Montalvo, R. (2011). *Supervisión y Terapia Sistémica: Modelos Propuestas y Guías Prácticas*. México: INFASI
- Epston, D., & White, M. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós
- Epston, D., White, M., Murray, K. (1996). *Una propuesta para Reescribir la Terapia, Rose: La Revisión de su vida y un Comentario*. McNamee y Gergen, K (Eds). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós
- Ferrer, V. & Bosch, E. (2013). *El amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa*. *Profesorado*, 17 (1), 105-122.
- Freeman, J., & Combs, G. (1996). *Terapia narrativa para niños*.
- Fundación Mujeres (2011). *Mitos del amor romántico y prevención de la violencia de género*. Monográfico FM. *Coeducación y mitos del amor romántico* (93), 7-10
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, España: Paidós, 1994.

Gergen, K.J. (1992). Toward a postmodern psychology. In S.Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp:17-30). London: Sage.

Gutiérrez, C., Díaz, O. y Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 23(3).

Herrera, C. (2011). Los mitos de la masculinidad y el romanticismo patriarcal. Análisis de la construcción sociocultural de la identidad masculina y de las relaciones amorosas con hombres y mujeres. Ponencia presentada en CIME: Panel I. Hombres, vida laboral, familiar y personal, Barcelona.

Herrera, C. (2013a). *El amor romántico perjudica seriamente la igualdad*. Madrid: El Rincón de Haika

Herrera, C. (2013b). *Lo romántico es político*. Madrid: El Rincón de Haika

Herrera, C. (2013C). *Los mitos Románticos en la cultura occidental*. Madrid: El Rincón de Haika

http://cime2011.ciutatactiva.com/home/panel5/cime2011_P5_CoralHerrera.pdf

<http://www.who.int/topics/violence/es/>

https://www3.paho.org/hq/index.php?Itemid=270&alias=23177-brecha-tratamiento-americanas-177&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&lang=en&option=com_docman&view=download

Ibarra, A. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa? *Athenea Digital*, 5 En: <http://psicologia-social.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/128/128>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (2018). Recuperado el 16 de febrero de 2024.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh18_descriptor_archivos_fd_ns.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Encuesta Nacional de seguridad Pública Urbana. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/ensu/default.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020) Natalidad y fecundidad. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. Recuperado de: <https://www.anahuac.mx/veracruz/evento/platica-inegi-censo-de-poblacion-y-vivienda-2020>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). Cuéntame INEGI. Recuperado de: https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=15

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). Nupcialidad. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/temas/nupcialidad/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Comunicado de prensa. Censo de población y vivienda 2020. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_EdMx.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Recuperado de: [http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Empleadoras.pdf\[2\]](http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Empleadoras.pdf[2])

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género. México INEGI. Recuperado de:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endiseg/2021/doc/endiseg_2021_resultados.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) México INEGI. Recuperado de:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463904373.pdfInstituto Nacional de Estadística y Geografía (2022).

Instituto Nacional de las Mujeres (2021). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). Recuperado de: <https://gire.org.mx/plataforma/mujeres-que-sufrieron-al-menos-un-tipo-de-voz/>

Kohn, R., Levav, I., de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S., &

Lagarde, M. (1990). Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas. Universidad Nacional Autónoma de México.

Lagarde, M. (1996). Género y feminismo: desarrollo humano y democracia. Madrid: Horas y Horas.

Lagarde, M. (2002). "Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres". Instituto Andaluz de la Mujer. Siglo XXI Editores México. Recuperado de:

<https://www.perlego.com/book/3877872/claves-feministas-para-el-podero-y-la-autonoma-de-las-mujeres-pdf>

Lagarde, M.(2001) "Claves feministas para la negociación en el amor".Managua: Puntos de Encuentro.

Marín, A. (2009) "Violencia al interior de las relaciones de relaciones de pareja lesbiana: El segundo

- closet". Tesis de Sociología, Santiago de Chile. Universidad de Chile.
- Marín, A. (2013) "El amor y las furias: Amor romántico en el cine lésbico y su relación con el maltrato y violencia en relaciones de pareja lesbiana". Tesina de Máster
- Montenegro, M. (2011). Efectos del amor romántico: una revisión crítica. *Revista de Estudios Sociales*, (38), 107-118.
- O'Hanlon, W y Weiner-Davis. (1997). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona Paidós.
- O'Hanlon, W. (1993). *Raíces Profundas*. Buenos Aires: Paidós
- Ochoa de Alada I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España: Herder
- Oliveira, O., & García, B. (2007). *Trabajo extradoméstico y relaciones de género: una nueva mirada*. En *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*. Buenos Aires: CLACSO.
- ONU. (2012). *Temas de Salud Violencia*. Recuperado de: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2021). *Estudio económico de la OCDE de México*. www.oecd.org/eco/surveys/economic-survey-mexico.htm
- Padilla Gámez N. y Díaz Loving R. (2012). El impacto de la cultura y la familia en la elección de pareja: diferencias entre hombres y mujeres. *Revista Psicología Iberoamericana*, (Enero-Junio, 2012). Vol. 20, No. 1, pp. 9-17. ISSN 1405-0943.
- Payne, M. (2002) *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós Ibérica

- Pederzini, Carla; Riosmena, Fernando; Masferrer, Claudia y Molina, Noemy. (2015). Tres décadas de migración desde el Triángulo Norte Centroamericano: un panorama histórico y demográfico. CANAMID. Guadalajara, México.
- Peñaranda, F. (2015). Sujeto, justicia social y salud pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (4), 987-996
- Piper, S (1998). Introducción teórica: reflexiones sobre violencia y poder. En Castillo, Piper.
- Pisano, M. (2004a) El triunfo de la masculinidad. Santiago de Chile: Ed. Surada
- Ravazzola, Ma. (2005). Violencia familiar: Actualización de recorridos teóricos y técnicos desde la terapia sistémico - relacional y perspectivas que incluyen estudios de género. *Sistemas familiares*, 2(3), 17-33. *Revista de Psicoterapia* Vol 5 Pág 53-70.
- Riviere, J. (2009). Los hombres, el amor y la pareja. Recuperado de:
https://www.porlosbuenostratos.org/fileadmin/plantillas/documentos/Documentos/Los_hombres_el_amor_y_la_pareja._J._Riviere.pdf
- Rocha, T. (2019). El estudio sociológico del amor corporeizado: la construcción de un objeto de estudio entrelazando teorías y niveles analíticos. *Revista de Estudios Sociales*, (68), 83-95.
Recuperado de: <https://www.gaceta.unam.mx/el-amor-sigue-siendo-una-construccion-social/>
- Saraceno, B. (2005). La brecha de tratamiento en la región de las Américas. Documento técnico. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de
- Selekman, M. (1996). Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. Barcelona: Gedisa.
- Sluzki, C. (1992). *Transformaciones: un esquema para los cambios narrativos en la terapia*.

Stenberg, R (1989)el triangulo del amor.Barcelona: Paidós

Taylor, S. & Bogdam, R. (1984). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós

White, M, (2002b). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (1997). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa

White, M. (2002a). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Traducción por Estrada, V. y Latorre-Gentoso. México: Pranas Chile

White, M., y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. España: Paidós

Yela, C. (2003). La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. Revista Encuentros en la Psicología Social, vol. 1(2), pp. 263-267

Yela, C. (En prensa). Componentes básicos del amor: algunas matizaciones al modelo de Sternberg. Revista de Psicología Social. Psicothema, 1997. Vol. Vol. 9 (nº 1). 001-015

Yela, C., Sangrador, J. & Jimenez Burillo, F. (2003). Las dos caras del amor: funciones, mitos, paradojas y renuncias. En S.Worchel y otros. Psicología Social (pp. 260-262). Madrid: Thomson.

Yela, C. (1997). Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. Psicothema, 9(1), 001-015.

Yela, C. (2000). El amor desde la psicología social. Ni tan libres ni tan racionales. Madrid: Pirámide.

Yela, C. (2003). La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. Encuentros en Psicología Social, 1(2), 263-267.

Zazueta, E. (2008). Las transformaciones sociales de las familias: una mirada de género. Ruta crítica. *Revista de la Universidad de Sonora*, 24(4), 13-17.