



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

ESTRATEGIAS DE CUIDADO PARA EL TERAPEUTA ANTE EL TRABAJO
CON TRAUMA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ANDREA ALEJANDRA ORTIZ VÁZQUEZ

TUTOR:
DR. GERARDO BENJAMÍN TONATIUH VILLANUEVA OROZCO
(FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DR. GERARDO RESENDIZ JUÁREZ
[FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM]
DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS
[FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM]
DR. MIGUEL MONTIEL CORTÉS
[CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD, IPN]
DR. FLAVIO SIFUENTES MARTÍNEZ
[FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM]

[CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, AGOSTO 2024]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONAHCYT, CVU 1222444), agradezco el financiamiento otorgado para la realización de mis estudios de Posgrado.

Expreso mi gratitud a mi familia, tanto a aquellos que conozco como a los que no conocí, pues a través de sus luchas y resistencias, este camino ha sido posible para mí. Agradezco a mi mamá por enseñarme sobre constancia, el amor por la lectura y la investigación. A mi papá, por brindarme oportunidades y ayudarme a alcanzar este camino. A mi hermano, quien también me inspira y motiva a superarme para hacer mi camino y abrirle unos cuantos a él.

También deseo expresar mi agradecimiento Martín, por recordarme que podía lograrlo en los momentos en que dudaba de mis capacidades; por acompañarme en esta aventura y apoyarme en cada paso que he dado.

Agradezco a todas las personas que contribuyen a que estos estudios puedan ser financiados de esta manera. Sumo a los consultantes que abrieron sus historias para que pudiera acompañarlos con los conocimientos que fui adquiriendo, confiando en que esto beneficiará a otras personas que, en el futuro, acompañaré con mi labor profesional. Sus voces seguirán resonando en mi trabajo, al igual que las voces de mi grupo, cuya compañía fue fundamental en los momentos en que las historias de violencia parecían abrumar todo lo demás.

Por último, agradezco a mi tutor, el Dr. Villanueva, por su acompañamiento desde mi ingreso a la maestría hasta la culminación de esta etapa académica. Su guía y apoyo fueron invaluable para mi desarrollo profesional y personal.

Índice

Agradecimientos	2
Resumen.....	6
Abstract	7
Introducción y Justificación.....	8
Capítulo 1. Análisis del Campo Psicosocial	9
1.1 Principales Problemas que Presentan las Familias Atendidas	11
1.1.1 Contexto Socioeconómico de la Población en México	12
1.1.2 Principales Motivos por los que Solicitan Acompañamiento Terapéutico las Personas	15
1.2 Descripción de las Sedes donde se realizó la Experiencia Clínica y/o Descripción del Trabajo que se Realizó en Línea	20
1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP).....	21
Capítulo 2. Marco Teórico	23
2.1. Modelos que Guiaron el Caso Clínico: Modelo de Milán	23
2.1.1 Antecedentes	23
2.1.2 Postulados del Enfoque de Milán	28
2.2. Análisis y Discusión del Tema/s que Sustentan el Caso	41
2.2.1 El Trauma: Huella en el Cuerpo y en la Vida Emocional	41
2.2.2 El Manejo del Trauma: Impacto en los Terapeutas y Estrategias de cuidado Propuestas	45
2.2.2.1 Fatiga por Compasión.	46
2.2.2.2 Síndrome de Burnout.	47
2.2.2.3 Estrés Traumático Secundario (ETS).	47
2.2.2.4 Trauma vicario.	48

2.2.2.4.1 Estrategias de Cuidado de los Profesionistas de Salud Mental Ante el Trauma Vicario.....	50
Capítulo 3. Análisis de un Caso Clínico	60
3.1 Integración del Caso Clínico Mina	61
3.1.1 Descripción de la Familia.....	61
3.1.2 Descripción del Equipo Terapéutico.....	61
3.1.3 Descripción de las Sesiones	62
3.1.3.1 Sesión 1	62
3.1.3.2 Sesión 2.....	63
3.1.3.3 Llamada 1	64
3.1.3.4 Sesión 3.....	66
3.1.3.5 Llamada 2.....	69
3.2 Análisis y Discusión Teórico-Metodológica de la Intervención Clínica con el Caso Elegido.....	70
3.2.1 Análisis del Sistema Familiar.....	70
3.2.1.1 Sistema Significativo	70
3.2.1.2 Procesos familiares	71
3.2.1.3 Creencias, Premisas y Sistemas de Significado	73
3.2.1.4 Niveles Sistémicos, Contextos e Interdependencia de los Contextos	75
3.2.1.5 Tiempos y Concordancia entre los Tiempos	78
3.2.1.6 Hipótesis	80
3.2.1.7 Análisis de la Circularidad de los Procesos.....	82
3.2.2 Análisis del Sistema Observante.....	84
3.2.2.1 Aperturas	84

3.2.2.2 Circularidad.....	85
3.2.2.3 Emociones Emergentes	87
3.2.2.4 Prejuicios	88
3.2.2.5 Construcción y Co-Evolución del Sistema Terapéutico.....	90
3.2.2.6 Posición del Terapeuta a en el Proceso	91
3.2.2.7 Hipótesis sobre el Funcionamiento del Terapeuta	91
3.2.3 Análisis de la persona del terapeuta y las estrategias de cuidado en este caso	92
3.3 Discusión del Capítulo	95
Capítulo 4. Consideraciones Finales.....	101
4.1 Análisis de las Competencias Adquiridas: Teórico Conceptuales, Clínicas de Investigación, Ética y Compromiso Social.....	101
4.1.1 Competencias Teórico-Conceptuales	101
4.1.2 Competencias Clínicas	107
4.1.3 Competencias de Investigación.....	109
4.1.4 Competencias de Ética y Compromiso Social	110
4.2 Reflexión y Análisis de la Experiencia e Implicación en la Persona del Terapeuta.	112
Referencias Bibliográficas	117

Resumen

La presente tesis es un reflejo del trabajo y aprendizajes teóricos, clínicos y de investigación adquiridos a lo largo de dos años de formación en el posgrado de Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. A lo largo de esta formación se colaboró con diferentes clientes que buscaban obtener atención terapéutica y para efectos de este escrito, se seleccionó un caso que permitiera reflejar las habilidades y conocimientos adquiridos en el programa. Este acompañamiento conllevó un gran reto en su momento, pero trajo consigo un sinnúmero de aprendizajes. En esta tesis, se desarrolla el tema de "Estrategias de cuidado para el terapeuta ante el trabajo con trauma", enfocándose en las lesiones por estrés secundarias y las recomendaciones de cuidado que se han propuesto por diversos autores, y estos cuidados van desde el ámbito individual, institucional, de redes de apoyo, entre otros. Adicionalmente, el caso que se analiza se hace con el enfoque del Modelo de Milán, pues con base en este se realizaron las intervenciones en el proceso terapéutico, no incluyendo las sesiones que necesitaban intervenciones dirigidas al manejo de crisis.

Abstract

This thesis reflects the work and theoretical, clinical and research learning acquired over two years of training in the Family Therapy master at Universidad Nacional Autónoma de México. This was applied to multiple cases of people who were accompanied in the training process, although for the purposes of this writing, only one was selected. This case entailed a great challenge at the time but brought with it countless learnings. In this thesis, I explore the theme of “Care strategies for the therapist that are working with trauma” is developed focusing on secondary stress injuries and the care recommendations proposed by various authors. These recommendations span individual, institutional, and support network realms, among others. Furthermore, the case under analysis is approached using the Milan Model, as the interventions in the therapeutic process were based on this model, excluding sessions that required crisis management interventions.

Introducción y Justificación

En el primer capítulo se ofrece una visión del contexto actual en México, el cual tiene implicaciones en las familias y se refleja en los casos atendidos en la residencia de Terapia Familiar de la generación XXII. También se brinda una descripción teórica desde la Terapia Familiar Sistémica sobre la concepción de la familia y sus características.

En el segundo capítulo se brinda una descripción sobre el modelo de Milán, que servirá como base para el análisis y la discusión teórico-metodológica del caso clínico planteado en el capítulo tres. Adicionalmente, en el capítulo dos se desarrolla el tema que guio el proceso terapéutico del caso clínico, centrándose en la exploración del trauma vicario en los terapeutas y en las propuestas de cuidado para prevenirlo y afrontarlo. Esto surge como resultado de trabajar con personas sobrevivientes de trauma, específicamente por abuso sexual.

En el capítulo cuarto, se comparten las competencias adquiridas durante el proceso de formación como terapeuta familiar y reflexiones personales sobre este mismo. Este trabajo da cuenta de gran parte de los conocimientos, habilidades y reflexiones a los que he llegado con el proceso de formación; sin embargo, este proceso continúa evolucionando, deconstruyéndose y ampliándose con cada cuestionamiento y aprendizaje que encuentro. Algo me acompañara en mi en mi práctica profesional y que aprendí en esta maestría, es ver la curiosidad y la incertidumbre como dos compañeras que me abren múltiples oportunidades de comprensión y que amplían mi perspectiva del mundo.

Capítulo 1. Análisis del Campo Psicosocial

Desde una definición etimológica, el término “*familia*” refiere a un jefe y a sus esclavos, aunque con el tiempo el término se amplió para incluir a la esposa e hijos (Díaz, K., Gutiérrez, R., Román, R., 2016). Según el Diccionario de la Real Academia Española, existen varias definiciones de lo que es la *familia*; ofrece diez significados, definiéndola como un “grupo de personas emparentadas que viven entre sí juntas” y también se puede referir a un “taxón constituido por varios géneros naturales que poseen gran número de caracteres comunes” (Real Academia Española [RAE], definición 1 y 8).

Morales (2015) plantea que el clan fue la primera manifestación de unión destinada a lograr la supervivencia, y detalla como en diferentes civilizaciones el concepto de “familia” ha tenido diferentes significados e implicaciones. En Israel y Persia, al buscar acrecentar la población para poder sobrevivir, los embarazos eran privilegiados y, por ende, se castigaban todo lo que lo pudiera conllevar su interrupción; en Esparta se hacía hincapié en la perfección física de los habitantes, lo que llevaba a una estricta selección de la especie y a menudo a la discriminación y olvido de quienes no cumplían este estándar; en Atenas y Roma, la familia se componía de padre, madre, hijos, esclavos, así como las familias de estos. La concepción de familia ha cambiado a lo largo del tiempo, y sus propósitos y estructuras han sido modificados, eliminados o mantenidos.

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas que dependen de la cultura, pero que tienen raíces universales (Minuchin, 1974). Baqueiro y Buenrostro (2005) plantean que la familia, como institución, se ha definido con múltiples acepciones; dependiendo del enfoque del investigador, puede concebirse como la primera asociación humana, el núcleo de la sociedad donde los individuos se desarrollan o un grupo de personas conectadas por lazos sanguíneos. Estos autores identifican en México cuatro tipos de familia:

- Familia nuclear: compuesta de la pareja y de los descendientes inmediatos.
- Familia extensa: incluye a tres o más generaciones que viven juntas.
- Familia monoparental: formada por un progenitor y sus hijos, debido a separación, viudez o elección personal.
- Familia reconstituida: resultado de la unión de parejas que ya tenían hijos de relaciones anteriores.

En la actualidad, se encuentran en aumento las nuevas formas de familias, lo que enfatiza la necesidad de reconocer la *pluralidad familiar* en vez de mantener una visión tradicionalista del concepto *familia* (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Las familias se encuentran inmersas en diversos contextos que contribuyen para formar su identidad, costumbres, creencias. Bronfenbrenner (1987) propuso un modelo ecológico del desarrollo que considera que el ambiente ecológico va más allá de la interacción diádica, este se extiende desde los *microsistemas* que se constituyen por objetos y personas con los que se interactúa, desde el *mesosistema* (ambientes donde la persona participa) y el *exosistema* (ambientes donde la persona no participa “pero en los que se producen hechos que afectan en lo que ocurre en el ambiente inmediato de la persona”) (p. 27). Hasta los *macrosistemas*, la red más compleja que integra los patrones de ideologías y a las instituciones sociales comunes en una cultura. Estos entornos, desde el más cercano hasta los más remotos, influyen en el curso del desarrollo de las personas. Por lo tanto, es necesario analizar cómo el panorama actual de la sociedad mexicana, o el macrosistema, influye en las condiciones de vida de las personas y como este entorno permea las problemáticas en los casos vistos por la Residencia de Terapia Familiar.

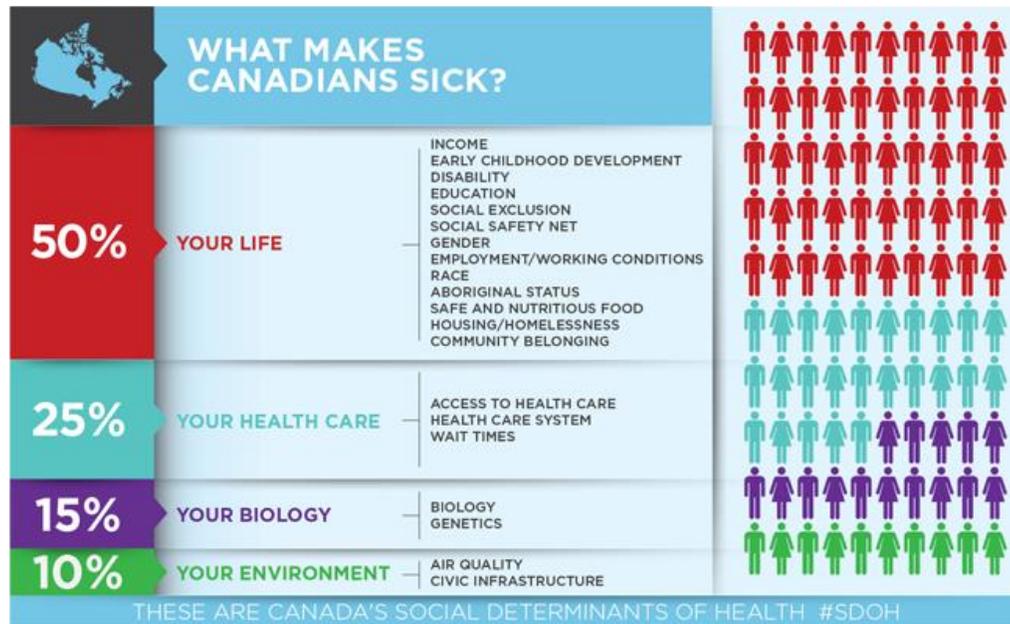
1.1 Principales Problemas que Presentan las Familias Atendidas

Al hablar del Modelo de Determinantes Sociales y Ambientales de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud [OPS], se define como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Este enfoque propone que existen aspectos relacionados con la salud individual y colectiva, como el contexto socioeconómico y político, la gobernanza, la política y las normas/valores culturales de la sociedad. Por lo tanto, la salud física y mental de los individuos no está totalmente determinada por las decisiones que toman ante las problemáticas, sino por los determinantes sociales y ambientales que están fuera del control de las personas (OPS).

De acuerdo con lo discutido en el National Dialogue on Health Care Transformation, organizado por la Canadian Medical Association ([CMA], 2013). Se han considerado estos determinantes y se reportan los siguientes datos que explican las enfermedades que afectan a los canadienses. Se señala que el 50 % de los determinantes están relacionados con los ingresos económicos, el desarrollo en la infancia, las discapacidades, la educación, la red social, el género, la raza, la nutrición, entre otros. La importancia de esta investigación radica en como el contexto es un determinante de gran importancia para la salud mental, tanto en sus limitantes como en sus posibilidades; se usa como ejemplo este estudio en otro país, al no contar con un compilado de estos factores en México, pues presentaré los datos que muestran el panorama socioeconómico en México más adelante. Lo reportado en la figura 1 muestra lo propuesto por la Canadian Medical Association.

Figura 1

What makes us sick? Canadian Medical Association Town Hall Report.”



Fuente: Reproducido de *Health care in Canada: What makes us sick?: Canadian Medical Association Town Hall Report*, de Canadian Medical Association, 2013,

<https://nccdh.ca/resources/entry/health-care-in-canada>. Obra de dominio público

Entonces, la información que se presenta a continuación es un intento de mostrar el panorama de la situación actual en México que viven las personas, a modo de vislumbrar los determinantes sociales y las principales problemáticas a las que se enfrentan.

1.1.1 Contexto Socioeconómico de la Población en México

Describir el panorama actual en México es necesario para entender las problemáticas que enfrentan los usuarios del servicio psicológico. Según el Censo de Vivienda del 2020, la población en México en ese periodo fue de 126,014,024 personas, lo que lo posiciona como la 11° nación más poblada del mundo. El Estado de México, la Ciudad de México y Jalisco son las tres entidades más pobladas (Instituto Nacional de

Estadística y Geografía [INEGI], 2020). México se encuentra en la posición número 14 entre las economías mundiales y es la segunda de América Latina (Banco Mundial en México, 2023).

En nuestro país se usan varios índices para describir las características socioeconómicas de la población, de acuerdo con la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales estos son los más ampliamente utilizados (Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales [SEMARNAT], 2014):

- Índice de marginación: mide el impacto tomando en cuenta carencias en cuanto a vivienda adecuada, educación, salud y bienes o ingresos adecuados (Gobierno de México, 01 de octubre de 2021). Esta información se ejemplifica en la Tabla 1.

Tabla 1

Índice de marginación por entidad federativa

Indicador	Población Nacional (%)
Analfabeta de más de 15 años	4.75
Sin educación básica de más de 15 años	29.71
Vivienda particular con hacinamiento	19.73
Ingresos menores a 2 salarios mínimos	66.88

Fuente: Adaptado de *Base de datos por entidad federativa 2020* [Archivo Excel], Gobierno de México (01 de octubre de 2021).

- Índice de desarrollo humano (IDH): Se mide con tres dimensiones básicas del desarrollo humano, que son una larga vida y saludable (esperanza de vida), el acceso al conocimiento (años de escolaridad y expectativa de escolaridad) y un nivel de vida digno (ingreso nacional bruto *per cápita*). En 2019, México

obtuvo un IDH de 0.779, lo que lo sitúa en un nivel alto y ocupa el 74º lugar de 189 países y territorios.

- En 2014 se introdujo en Índice de Desarrollo de Género, el cuál mide las desigualdades de género en tres dimensiones: la salud (esperanza de vida al nacer de mujeres y hombres), la educación (promedio de años de escolaridad y años esperados en las mujeres y los hombres adultos de 25 años o más) y el control sobre los recursos económicos (medido según el ingreso nacional bruto per cápita estimado de mujeres y hombres). En 2019, México presentó un IDH para las mujeres de 0.760%, mientras que para los hombres es de 0.792% (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020).
- Índice de pobreza: Este índice se mide en cuatro factores conformados por pobreza, privación social, indicadores de carencia social y bienestar económico (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2020). En la Tabla 2 se puede ver en detalle el resultado de este índice en México.

Tabla 2

Porcentaje de carencias promedio por indicador de pobreza 2016-2020

Indicadores		Población Nacional (%)
Pobreza	Pobreza moderada	43.9
	Pobreza extrema	35.4
Privación social	Al menos una carencia social	67.6
	Al menos tres carencias sociales	23
Indicadores de carencia social	Rezago educativo	19.2
	Carencia de servicio de salud	28.2
	Carencia de seguridad social	52

	Carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad	22.5
Bienestar económico	Ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos	17.2
	Ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	52.8

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2016, 2018, 2020

La *salud*, según la Organización Mundial de la Salud [OMS], se define como un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con esta premisa, podemos afirmar que, tanto en la familia como en los individuos, estar expuesto a las carencias de vivienda, educación, bienes e ingresos adecuados, o estar privado social y económicamente, pueden disminuir la esperanza de vida y la capacidad del desarrollo humano, así como provocar afectaciones a la salud, no solo físicas, sino también mentales y sociales.

1.1.2 Principales Motivos por los que Solicitan Acompañamiento Terapéutico las Personas

A lo largo de los dos años de la maestría, se mantuvo contacto con diferentes personas que buscaban el servicio de acompañamiento terapéutico. Las problemáticas presentes en los casos atendidos fueron diversas, sin embargo, algunas tuvieron mayor incidencia en los procesos. Entre ellas, para ejemplificar, se encontraban la violencia, discriminación, autodiagnósticos, adicciones, enfermedades mentales, suicidio y divorcios.

Si bien las personas no acudían específicamente por la violencia que experimentaban, buscaban atención por los efectos que esta les generaba y las problemáticas que acarrea en sus vidas. Tanto hombres como mujeres visibilizaban el efecto de la violencia en ellos.

Un tipo de violencia era la que se presenta dentro de la familia, la cual, según Morales (2015), ha sido invisibilizada y perpetuada durante mucho tiempo, llegando a

considerarse como algo natural. Aunque la violencia afecta tanto a hombres como a mujeres, las estadísticas muestran una prevalencia mayor hacia ellas. De acuerdo con los datos del Sistema Nacional de Seguridad Pública, en el 2022 se registraron 110,138 denuncias de violencia dentro de la familia (SEMMéxico, 2022). La Red Nacional de Refugios (2022) informó que en 2021 atendieron a 45,490 mujeres, niñas y niños; señalan que 9 de cada 10 niños y niñas sufrieron violencia psicológica y física, y que 6 al día reportaron haber sido víctimas de violación, mientras que 885 mujeres que pidieron apoyo gubernamental no han sido escuchadas.

El INEGI (2021) expone que el 77.1% de las mujeres mayores de 15 años que habitan México, el 70.1 % ha reportado haber experimentado al menos un incidente de violencia, en la Tabla 3 se muestran los datos que reportan estas cifras.

Tabla 3

Incidencia sobre la violencia que reportan las mujeres en México en el 2021

Tipo de violencia	Incidencia (%)
Psicológica	51.6
Sexual	49.7
Física	34.7
Económica, patrimonial y/o discriminación	27.4

Fuente: Violencia contra las mujeres, INEGI 2021

Según este censo, las entidades federativas donde se reporta el mayor número de incidentes son el Estado de México (78.7%), Ciudad de México (76.2%) y Querétaro (75.2%). La entidad con menor prevalencia es Chiapas (48.7%). Aunque es importante tener en cuenta que no todas las mujeres denuncian las violencias que sufren, ya sea por el riesgo que implica hacerlo o por las características e ideología del entorno en el que habitan, donde la violencia se normaliza como parte de la vida cotidiana (INEGI, 2021).

La normalización de la violencia no solo está presente en las mujeres, sino también en niños y adolescentes. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia, y la Cultura ([UNICEF]) estos grupos justifican la violencia como un método válido de crianza y educación, como derecho de los padres hacia sus hijos que ha pasado de generación a generación.

Complementando el tema de la violencia, también es importante considerar la discriminación, la cual genera estragos en la población mexicana. La discriminación se define como el trato desfavorable o con desprecio a una persona o grupo por alguna o varias características en especial (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED]). Esta puede resultar en un trato diferenciado, exclusión o restricción de derechos. Acorde a la Encuesta Nacional sobre Discriminación (INEGI, 2022), se tienen indicadores de discriminación para grupos específicos de adolescentes, personas afrodescendientes, indígenas, personas con discapacidad (UNICEF), mujeres, migrantes, adultos mayores, por religión, extranjeros, por diversidad sexual, etc. La discriminación es una forma de violencia, el maltrato social que puede denominarse violencia estructural (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004), que limita el acceso a necesidades básicas, bienestar y libertad, creando un grupo privilegiado y otro vulnerado, sometido y discriminado (Cabrera, 2018).

Otro motivo por el que los consultantes buscaban acompañamiento psicológico era debido a su diagnóstico psiquiátrico, que de cierta forma les incapacitaba en diferentes situaciones. El modelo médico, tradicionalmente, presenta a la enfermedad en términos lineales, donde al encontrar una “etiología” del malestar se puede, por consiguiente, encontrar el tratamiento (Hoffman, 1987). Madanes (1982) alude que, al definir un problema a través de un diagnóstico, de alguna manera se participa en la creación del problema o dificulta la solución del ya existente. Existen diferencias entre identificar un problema presentado y crear un problema mediante la aplicación de un diagnóstico.

Un diagnóstico que no permita elaborar estrategias y quede fijado en una etiqueta, constituye un efecto “dormitivo” y contribuye a la marginación (Ceberio, 1999), puesto que impiden el entendimiento de la interacción, donde las partes implicadas son co-causantes o co-determinantes de la conducta del otro (Bebchuk, 1991).

Varios consultantes pedían atención psicológica argumentando que tenían depresión o ansiedad (ataques de ansiedad), y estos diagnósticos no eran emitidos por un psiquiatra, sino que se basaban en información consultada en internet, lo que puede dificultar una diagnóstico preciso y responsable. Por ejemplo, al ingresar en TikTok, la etiqueta “depresión infantil” cuenta con 50, 300 vistas y la etiqueta “ansiedad” tiene 13, 300 millones de vistas (14 de junio 2023).

El Instituto Nacional de Salud Pública ([INSP], 2023) reporta que 3 de las 10 enfermedades más discapacitantes en México son neuropsiquiátricas: desórdenes mentales, desórdenes neurológicos y uso de sustancias. Conforme a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2020 (Cerecero, D., Macías, F., Arámburo, T., Bautista, S., 2020 como se citó en INSP, 2023), se identificó que los habitantes de la región sur del país presentan mayores síntomas depresivos, y a medida que aumenta el nivel de marginación de los participantes, también aumentan los síntomas depresivos y disminuye la cobertura de diagnóstico y tratamiento. La prevalencia de las enfermedades se detalla en la Tabla 4.

Tabla 4

Prevalencia de los trastornos mentales en México

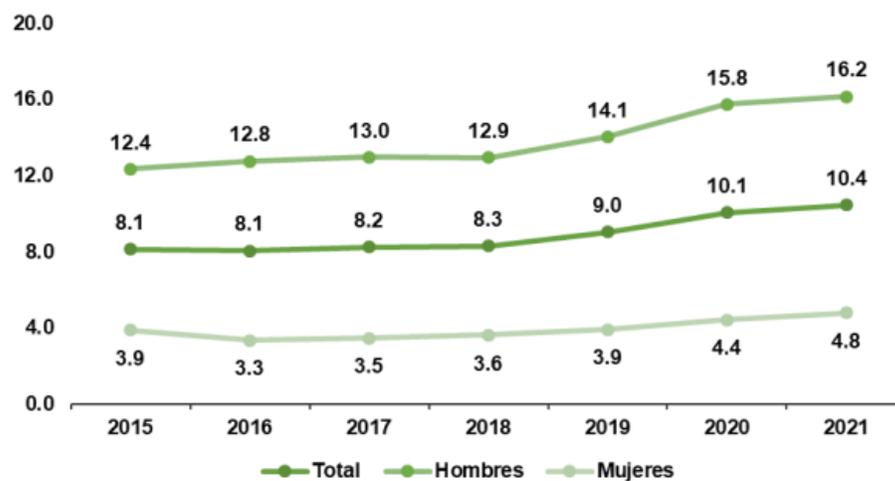
Enfermedad	Prevalencia (%)
Depresión	5.3
T. consumo alcohol	3.3
T. obsesivo compulsivo	2.5

Fuente: Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) de la Secretaría de Salud (2022)

El suicidio se considera un problema de salud pública, según los informes del INEGI (2021), se registraron 8,351 fallecimientos por lesiones autoinfligidas, lo que representa 6.5% por cada 100 mil habitantes. El grupo de edad más afectado es el de jóvenes de 18 a 29 años, y es más frecuente en hombres. El suicidio en personas de 15 a 29 años constituye la cuarta causa de muerte. Entre los factores de riesgo para el suicidio se encuentran los intentos previos, la comorbilidad con enfermedades mentales o crónicas (acompañadas de dolor), el consumo de sustancias o pertenecer a grupos de alta vulnerabilidad (Angulo, 2022). En la Figura 2 se puede apreciar cómo ha aumentado la tasa de suicidio desde el 2015 hasta el 2021.

Figura 2

Tasa de suicidio en la población de 15 a 29 años por cada 100 mil habitantes



Fuente: Adaptado de gráfico del INEGI, Estadísticas de mortalidad, 2015 a 2021.

Referente al consumo de drogas, se considera como drogadicción el consumo frecuente de estupefacientes a pesar de conocer las consecuencias negativas que acarrea. Estas sustancias modifican el funcionamiento del cerebro y su estructura, lo que puede llevar a conductas anormales y/o peligrosas (Instituto Mexicano del Seguro Social, [IMSS], s.f.). La adicción se origina por alteraciones cerebrales en la regulación de la toma

de decisiones y el control inhibitorio, lo que lleva a la persona a dedicar su tiempo a buscar y consumir estas sustancias. A menudo, el consumo de drogas coexiste con otras enfermedades mentales; algunos trastornos mentales pueden estar presentes en la adicción, pero también pueden desencadenarse o exacerbarse como resultado del consumo de drogas (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 27 de julio del 2021).

El Gobierno de México, a través de su página web, (28 de junio de 2022) informó que entre el 2010 y 2020, el consumo de estupefacientes aumento 26 %, destacando que los hombres adultos fueron los mayores consumidores, con uso destacado de cannabis y anfetaminas.

Otro motivo de consulta frecuente en la terapia individual o de pareja eran los conflictos que llevaban a las personas a pensar en una posible separación o divorcio. Después de la pandemia de la COVID-19, en el 2021 se registró un incremento en la tasa de divorcios, con 33 divorcios por cada 100 matrimonios. Campeche, Tamaulipas y Coahuila fueron las entidades federativas con mayor número de divorcios (INEGI, 2021). La separación de la unidad familiar puede acarrear dificultades, como conflictos económicos, problemas de crianza, pérdida de contacto con alguno de los progenitores y falta de acuerdos en la crianza. Aunque también puede propiciar beneficios; en casos de violencia doméstica, la separación puede proporcionar alivio y seguridad para los involucrados. Además, hay situaciones en las que la separación es un acuerdo mutuo que beneficia a todas las partes involucradas (Roizblatt, Leiva y Maida, 2018).

1.2 Descripción de las Sedes donde se realizó la Experiencia Clínica y/o Descripción del Trabajo que se Realizó en Línea

En la formación de la maestría de Terapia Familiar de la Facultad de Psicología, se llevaron a cabo prácticas en dos sedes distintas, donde se atendieron a personas con diversas problemáticas. Las prácticas terapéuticas fueron supervisadas por la Dra. Noemí

Díaz Marroquín, la Mtra. María Antonia Carbajal Godínez, la Mtra. Miriam Zavala Díaz, la Mtra. Martha López Zamudio, la Mtra. Esther González Ovilla, el Dr. Gerardo Reséndiz Juárez, la Mtra. Nora Rentería Cobos y el Dr. Flavio Sifuentes Martínez. Para efectos de esta tesis, únicamente se describirá el centro donde se atendió el caso que se eligió reportar.

1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP)

Este centro se fundó en 1982 por la Dra. Graciela Rodríguez y se encuentra ubicado en el sótano del Edificio “D” de la Facultad de Psicología de la UNAM. Sus horarios de atención son de 08:00 a 20:00 horas de lunes a viernes. Los servicios que ofrece son variados e incluyen talleres, cursos, grupos reflexivos, psicoterapia supervisada y cuenta con servicio médico, el cual tiene un horario de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 horas y los sábados de 08:00 a 15:00 horas (Comunicación personal con Mtra. Verónica Ruiz González, jefa del Centro, 2023).

El servicio brindado en el centro es proporcionado por los estudiantes de pregrado y de los diferentes posgrados de psicología de la UNAM. La persona responsable del programa es la Mtra. Verónica Ruiz González.

El centro está equipado con 4 de cámaras de Gesell, las cuales cuentan con espejo unidireccional y equipo de audio y video para las sesiones supervisadas. Además, dispone con 14 cubículos para la atención de usuarios y espacios administrativos.

La población atendida incluye al público en general, la comunidad UNAM y a personas referidas de diferentes instituciones.

Para acceder a este servicio, los usuarios deben ingresar a la plataforma <https://misalud.unam.mx> y deben contestar el “Cuestionario para la Detección de Riesgos a la Salud Mental”. Posteriormente, se les proporciona una retroalimentación sobre los resultados obtenidos y se les ofrece acceso a materiales con información adicional. Al dar su consentimiento y proporcionar sus datos, acceden a que sean contactados para iniciar

un proceso terapéutico en el centro. Esta página fue desarrollada por la Dirección General de Atención a la Comunidad, la Facultad de Psicología y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" CSPGD, s.f.). Además, el centro cuenta con diferentes redes sociales donde se puede encontrar los servicios que ofrece y establecer contacto por cualquier consulta adicional.

Capítulo 2. Marco Teórico

En este capítulo se describen los antecedentes del Modelo de Milán, el cual ha ido evolucionando con el paso del tiempo aunado a los encuentros con otras propuestas distintas a las que formularon en un inicio. Este se fundamenta en una comprensión profunda de los sistemas familiares y las dinámicas que los rigen, además de una reflexión sobre el papel del terapeuta dentro de este sistema. Asimismo, se describen los conceptos fundamentales que acompañan a los terapeutas en su quehacer clínico dentro de este modelo, así como el análisis de un caso desde la perspectiva del trauma y el enfoque se encuentra en cómo generar espacios de cuidado para los terapeutas que trabajan con personas sobrevivientes de trauma, a forma de prevenir o intervenir una lesión secundaria por estrés como el síndrome de burnout, trauma vicario, fatiga por compasión y estrés traumático secundario.

2.1. Modelos que Guiaron el Caso Clínico: Modelo de Milán

2.1.1 Antecedentes

Basado en una comunicación personal con Paolo Bertrando en 2009, Reséndiz (2010) retoma la propuesta de dividir en fases el desarrollo del Modelo de Milán: 1) fase psicoanalítica, 2) fase estratégico-sistémica, 3) fase batesoniana, 4) fase constructivista y 5) fase posmoderna y construccionista social.

En la Figura 3, a modo de resumen, se muestra una línea del tiempo sobre el desarrollo del Modelo de Milán, dividido en las fases que se plantearon con anterioridad. Los datos se irán desarrollando más adelante.

Figura 3

Línea del tiempo sobre eventos importantes en el desarrollo del Modelo de Milán



Fuente: Elaboración propia, basada en las fases retomada de Reséndiz (2010, comunicación personal con Bertrando 2009).

Bertrando y Toffanetti (2004) relatan que, en los inicios de este modelo (fase que psicoanalítica), cuatro fueron los principales autores que lo impulsaron: Mara Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo. Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista italiana, viajó a Estados Unidos en 1967 invitada por James Framo a un congreso en Filadelfia, donde conoció a Murray Bowen quien contribuyó a despertar su interés en la terapia familiar. Durante este viaje, también visitó Nueva York, fue invitada al Instituto de Psicoanálisis por Silvano Arieti, donde conoció a Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin, quienes en este momento estaban completando su formación psicoanalítica. Al regresar a Italia, Palazzoli fundó el Centro para el Estudio de la Familia en Milán.

Luigi Boscolo quien estudió medicina y se especializó en psicoanálisis en Estados Unidos con Silvano Arieti y Nathan Ackerman, colaboró con Mara Selvini Palazzoli y un

año después, Gianfranco Cecchin (Bertrando y Toffanetti, 2004). El grupo se reunía para trabajar con pacientes anoréxicas y bulímicas junto a sus familias, reflejando su herencia psicoanalítica en las tres guías que serían ejes más tarde: neutralidad, hipótesis y circularidad (Bertrando y Toffanetti, 2004 como se citó en Reséndiz, 2010).

Originalmente, el Centro para el Estudio de la Familia (Centro per il Studio della Famiglia) era un centro psicoanalítico milanés donde consideraban que más que enseñar un modelo de terapia, mostraban una epistemología (Reséndiz, 2010). En este centro se reunían Pier Francesco Galli, Severino Rusconi, Paolo Ferraresi, Simona Tacconi y Gabriele Chistoni. Con el tiempo, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata se unieron a este grupo (Bertrando y Toffanetti, 2004), aunque en 1971 el grupo se divide por diferencias teóricas y solo permanecen Boscolo, Cecchin, Prata y Selvini, quienes se denominan “Asociados de Milán” (Reséndiz, 2010).

Aquí comienza la fase estratégico- sistémica, pues al tener cercanía con Paul Watzlawick, quien fungió como consultor procedente del Mental Research Institute para los “Asociados de Milán” (Boscolo et al., 1989), se les presentó la Terapia Breve del MRI y la Teoría de la Comunicación Humana, lo que permitió que su quehacer profesional incluyera estas últimas (Reséndiz, 2010).

El grupo de Palo Alto (Mental Research Institute) tenía una gran influencia de las ideas de Gregory Bateson (Bertrando y Toffanetti, 2004), lo que propició que pasaran del pensamiento de los individuos al pensamiento en sistemas, aunque continuaban basados en la cibernética de primer orden y consideraban a la familia como un sistema al que había que vencer en terapia. Su enfoque estaba en la conflictiva familiar no consciente, lo que los llevaba a interminables discusiones y sentó las bases para la idea de discutir sin que nadie tenga la razón, lo que conforma una de las primeras ideas del modelo de Milán (Reséndiz, 2010). Adicionalmente, se han mantenido en la evolución del modelo la concepción del tiempo y la connotación positiva, a diferencia de los postulados que ya no

se utilizan actualmente como los rituales, el uso de paradojas, el lenguaje bélico y la concepción del juego familiar (Reséndiz, 2010).

Para 1980, se podría considerar que Selvini y Prata continuarían su línea de trabajo bajo la “prescripción invariable” y Boscolo y Cecchin se dedicarían a la formación de terapeutas, lo que marca su separación física y epistemológica. Escribiendo en esa época su último artículo juntos denominado “Hipótesis, neutralidad y circularidad: Tres guías para la conducción de la sesión” (Reséndiz, 2010).

En 1977, Boscolo y Cecchin iniciaron un curso de formación para terapeutas con una duración de tres años, donde se centraron en reconocer la figura del terapeuta y comenzaron a preguntarse menos sobre la familia (Bertrando y Toffanetti, 2004), pusieron especial énfasis en las premisas de la familia y las del terapeuta, pues desde ahí se puntúa lo que le da sentido a nuestra realidad (Reséndiz, 2010). Este curso se impartió en el rebautizado Centro Milanés de Terapia de la Familia (Centro Milanese di Terapia della Famiglia), y hoy en día se ofrece una formación en la terapia sistémica-relacional inspirada en Gregory Bateson, conocida como Milan Approach (Centro Milanese di Terapia della Famiglia, s.f.).

Al pensar en la fase batesoniana se define que el Modelo de Milán no puede ser una guía para conducir sesiones, sino que son la formulación de hipótesis sistémicas “son producto de la mente que se encuentra en el sistema”, del sistema terapéutico. En cuanto a la circularidad, está se piensa en términos de retroalimentación, pues constantemente la relación que se da entre la familia y el terapeuta tiene que ver a su vez con ellos mismos, como un sistema que co-evoluciona. Además de otras ideas que Boscolo y Cecchin toman de los postulados de Bateson como la ecología de las ideas, los contextos y los marcadores de contexto, los significados en cada contexto y el pensar un todo en relación (Reséndiz, 2010).

Ya en la fase constructivista, en 1983, se da un encuentro teórico con la nueva perspectiva cibernética de segundo orden y el constructivismo, en la conferencia "*Philosophers meet clinicians*" en Calgary (Bertrando y Toffanetti, 2004), organizada por Karl Tomm (Reséndiz, 2010) donde participaron Maturana, Von Foerster, Vernon Cronen, Barnett Pearce y Boscolo y Cecchin. Esto llevó al modelo de Milán a evolucionar hacia algo más complejo, argumentando que una teoría de la complejidad toma en cuenta las inevitables singularidades de cada situación humana (Bertrando y Toffanetti, 2004). Se pasa en totalidad de los sistemas observados a los sistemas observantes, y se reconoce al terapeuta como parte del sistema, quien también necesita observarse a sí mismo tomando la posición de auto reflexividad (Reséndiz, 2010).

Retomaron la teoría CMM (Coordinated Management of Meanings) propuesta por Vernon Cronen (Cronen, Johnson y Lannamann, 1982 como se citó en Reséndiz, 2010) y Bennett Pearce (Pearce, 1989 como se citó en Reséndiz, 2010) que permitió hacer un salto a la comprensión y la complejización de sistemas, centrándose en la construcción de significados y que sirviendo de puente hacia una nueva fase.

Además, para 1987, Cecchin escribió un artículo titulado "*Hypotesing circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity*", donde reformuló la idea de neutralidad como un estado de curiosidad que busca la estética en la terapia y los múltiples patrones que se dan en esta, dejando de ser una posición de no involucramiento; el aburrimiento y la experiencia psicósomática pueden ser síntomas de la falta de curiosidad que permean en el ejercer del terapeuta (Cecchin, 1987).

Para este momento, tanto Lynn Hoffman como Peggy Penn cobran importancia en estos antecedentes, ya que a ellas se les atribuye que se hayan escrito estas reflexiones, pues se dice que Boscolo se dedicaba más a los aspectos clínicos y no tanto a plasmar estos aprendizajes en un libro, por lo que el resultado de estos tres autores concluyó en el texto "*Terapia familiar sistémica de Milán*" (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Dentro de lo que podría denominarse la fase posmoderna, tanto Boscolo y Cecchin continúan compartiendo los fundamentos del modelo con otros teóricos que pasarán a ser complementarios de la aproximación de Milán y generarán multiplicidad de ideas que se conectan con dicha aproximación. Entre las personas que podemos denotar como posmilaneses encontramos a Laura Fruggeri, quien además de ser terapeuta sistémica es investigadora; Umberta Telfener, quien ha aportado revisiones de los conceptos sistémicos; Pietro Barbeta, quien se ha interesado en los procesos conversacionales; Paolo Bertrando, quien es hoy el principal exponente de la terapia dialógica; entre otros autores que han dedicado sus esfuerzos a diferentes trabajos (Reséndiz, 2010).

2.1.2 Postulados del Enfoque de Milán

El enfoque de Milán ha desarrollado dos ideas básicas (Boscolo et al., 1985):

1. La primera idea denota la importancia de considerar el contexto, ya que en este es donde el significado adquiere sentido. El contexto, de acuerdo con Bateson, es la “matriz de los significados” y en la terapia las intervenciones no se dan en el vacío, sino en el entrecruzamiento de sistemas de significado e interacciones. Al tener en cuenta el contexto de las personas que buscan la terapia, podemos conectar con los significados que estas atribuyen y tener en cuenta que mientras una persona cambie, esto tiene efectos coevolutivos en su sistema. Según la coevolución de sistemas, un cambio en la calidad o definición de la relación entre dos personas implica un cambio en la calidad o definición de las relaciones que cada una de ellas mantiene con los demás y en la calidad de las identidades de las personas involucradas (Fruggeri, Balestra y Venturelli, 2023).

Cuestionar el significado de las intervenciones a partir de la relación entre el cliente y los otros significativos de su contexto de pertenencia, así como organizar la intervención para que resulte útil para el cliente y su sistema significativo,

implica también posicionarlos en el proceso. El principio de la coevolución no atañe al origen del malestar, sino al efecto que la resolución del malestar pueda tener sobre el contexto de pertenencia del cliente (Fruggeri, Balestra y Venturelli, 2023).

2. La segunda idea está basada en la cibernética de segundo orden, que implica que al observar un sistema, uno se vuelve parte de él. Por lo tanto, la persona del terapeuta adquiere un gran sentido, porque el cambio que primero se debe efectuar es el del terapeuta. Bateson nos invita a ver como el ser humano está conectado con todo de manera ecológica, donde no intentamos trastornar al sistema, sino formar parte de él (Bateson, 1998). Es a través de una “posición autorreflexiva que se genera un camino de autoconciencia que entrena para ver los sentimientos que se manifiestan en el entorno terapéutico” (Fruggeri, Balestra y Venturelli, 2023, pp. 134).

Aunque se reconoce que la capacidad para observar desde fuera del sistema puede proporcionar una comprensión menos limitada y un mayor desarrollo de ideas, es complicado e incluso imposible mantenerse en esa posición, porque al interactuar con la familia, uno se convierte en parte del sistema. Estas son dos posiciones en las que los terapeutas se mueven constantemente (Boscolo et al., 1985). El análisis sistémico permite a los terapeutas analizarse a sí mismos como parte del sistema y observar la retroalimentación que surge de estas relaciones que se desarrollan.

Al hablar de sistemas, se hace referencia al **sistema significativo** que, desde la cibernética de segundo orden, comprende no solo a la familia, sino también a la familia de origen, los difuntos importantes, los sistemas en los que se relacionan, los terapeutas (con sus prejuicios y teorías), la institución, etc. Se considera que cada uno de estos actores se

complejiza al considerar la dimensión temporal individual, cultural y social (Boscolo y Bertrando, 1996).

Procesos y Sistemas De Significado. Las familias están insertas en diversos marcos culturales, sociales y tecnológicos en su diario vivir. Se puede ver desde un movimiento evolutivo, contextual, relacional, con un sentido de identidad y provista de recursos. Forman un sistema, resultante de las relaciones entre elementos que dan origen y continuidad al mismo, brindan a su vez individualidad y pertenencia a la familia. En la familia se sostienen relaciones circulares con el medio y otros sistemas, tal que “nos relacionamos y entonces somos” (Cecchin, 2004 en Reséndiz, 2014).

Dentro de los procesos que ocurren en la vida familiar se toman cuatro categorías de acuerdo con Laura Fruggeri, quien habla de los principios metodológicos en el estudio de las dinámicas familiares; estos procesos se describen conforme al texto de Reséndiz (2014):

1. **Macroprocesos:** el proceso morfostático garantiza la estabilidad y continuidad ante las variaciones del ambiente circundante e interno de la familia, mientras que el proceso morfogenético regula las transformaciones accesibles al sistema. La familia puede mantener su continuidad y mutar en relación con su ambiente, otorgando sentido a su historia y preservando su sentido de identidad. La cohesión grupal (función del grupo como totalidad) y la autonomía (participación en la vida propia en diferentes contextos) se dan a través de la oportunidad de expresar esta individualidad en una variedad de contextos (principio de complementariedad y multiplicidad de identidades).
2. **Procesualidad:** se refiere a los procesos adaptativos que demanda tanto el interior como el exterior de la familia, pudiendo darse múltiples procesos

simultáneamente, como negociaciones, acomodaciones, reestructuraciones o desestructuraciones (Fruggeri, 2006 como se citó en Reséndiz, 2014).

3. **Microprocesos:** hace referencia a micro transiciones o fases de pasaje de la cotidianidad que favorecen nuevas formas familiares.
4. **Multiprocesualidad:** se refiere a procesos familiares interconectados en diferentes niveles de manera recursiva, donde los procesos que surgen desde el interior de la familia pueden influir en procesos macrosociales y viceversa, reconduciéndose luego al interior de la familia.

Los **procesos y sistemas de significados** se encuentran entrettejidos confirmando o generando construcciones sociales. Los sistemas de significado de la familia se organizan en base a dos principios conceptuales: las premisas y los paradigmas (Reséndiz, 2014).

Premisas y Paradigmas. Las **premisas** son creencias estructuradas en el no consciente familiar, que funcionan como hábitos de puntuación de la realidad familiar compartida y son las ideas básicas que mantienen en marcha a la familia (Reséndiz, 2014). El enfoque de Milán busca alterar estas premisas, es decir, cambiar la perspectiva del mundo, ya sea operando en el nivel más alto de las premisas o cambiando el comportamiento en un nivel inferior, pero sin dejar de tenerlas en cuenta; no solo se toman en cuenta las premisas de la familia, sino también las premisas que guían al terapeuta, incluyendo los modelos que guían su práctica clínica (Boscolo et al, 1985).

Por otro lado, los **paradigmas**, se refieren a la manera en que la familia se relaciona con y en su contexto social, representando la visión del mundo. Estos paradigmas tienen tres dimensiones de acuerdo con Reiss (1987, como se citó en Reséndiz, 2014):

- 1) *configuración:* se refiere a las creencias de la familia acerca del ambiente social.

2) *coordinación*: es la manera en que la familia piensa que es percibida por su ambiente social, ya sea en conjunto o como individuos.

3) *información en el sistema*: se refiere a la orientación de las familias con respecto a si *interpretan los eventos del mundo social a partir de la experiencia actual o pasada*.

Niveles Sistémicos, Contextos e Interdependencia de los Contextos. Desde interacciones microsociales hasta las macrosociales, los diferentes niveles que podemos encontrar son el individual, social e inclusive el cultural. A su vez, en cada nivel se interactúa de manera recursiva bajo determinado contexto social y cultural, incluyendo un contexto temporal en el cada uno de los anteriores se desenvuelve (Boscolo y Bertrando,1996). Dentro de la terapia, las intervenciones tienen lugar un tiempo y contexto, el cliente con el que se encuentra un terapeuta ya posee una historia, una red relaciones, ideas sobre su identidad y solo cuando el terapeuta es capaz de captar el significado de sus propias acciones en la vida de esos clientes visualiza la interdependencia de contextos, tanto del terapeuta y del cliente (Fruggeri, Balestra y Venturelli, 2023).

En el ambiente terapéutico, tener en cuenta los **marcadores de contexto** puede ayudar en la práctica a darnos información sobre el proceso y la relación que se establece dentro de este. Los marcadores de contexto se producen a través de la interacción, y requieren que el contexto de nivel inferior tenga una fuerza implicativa para mantener bien alimentada la fortaleza del marcador, el cual debe ser alimentado por la comunidad. La meta para el terapeuta es ser capaz de movilizarse entre los diversos marcadores de contexto que existen para dar diferentes significados a lo que acontece. Al cambiar el marcador, se cambia el significado y esto tiene impacto a nivel superior. Los contextos son co-creados y a veces tienen un nivel “poderoso” que no podemos cambiar, por ejemplo, el cultural y el institucional (Boscolo et al.,1985).

Se puede responder a diferentes niveles o contextos, siendo terapeuta y controlador social, aunque no se puede ser ambos al mismo tiempo. El factor de tiempo

cobra importancia porque se habla de oscilación entre una acción y otra. Dentro de las terapias en un momento puedo observarme a mí mismo, pero oscilo a otro donde interactuó con el sistema y les observo. Bajo el enfoque sistémico tú no eres “algo”, sino que “eres alguien en este momento” con relación al contexto donde el tiempo está implícito, por ello refieren que se puede decir “ahora soy terapeuta, pero mañana seré controlador social” (Boscolo et al., 1985).

Marcador Contextual: El Tiempo. Otro marcador de contexto es el **tiempo**, de acuerdo con Boscolo y Bertrando (1996) para cada persona la noción del tiempo es diferente; cada individuo posee su propio tiempo verdadero; inclusive una persona puede concebir el tiempo distinto dependiendo cada punto en su vida y no por ello uno es más “verdadero” que otro, sino que cada concepción es “verdadera dentro de su contexto”.

Se plantean tres ámbitos temporales que tienen injerencia en nuestra práctica terapéutica y cada uno debe concebirse en su propio contexto y de forma recursiva, constituyen el contexto del otro. Uno es el *tiempo individual o tiempo fenomenológico*, el cual cada individuo distingue cuando se sitúa como observador de sí mismo, contexto recursivo con el mundo externo o del otro donde se establecen las relaciones. Después está el *tiempo cultural o tiempo antropológico*, el cual emerge como resultado de las interacciones entre los individuos que constituyen una cultura y en esta la relación recursiva se da con las premisas individuales y la cultura de una sociedad. Por último, el *tiempo social o tiempo sociológico*, que refiere a las concepciones, subdivisiones y mediciones del tiempo que caracterizan a los sistemas interactivos donde los individuos actúan (instituciones estatales, laborales, escolares, etcétera) (Boscolo y Bertrando, 1996).

En la interacción con otras personas, al reconocer que cada uno tiene un “tiempo interior” que varía dependiendo los diversos contextos, se puede establecer un diálogo. En la terapia se presta atención a la propensión que un individuo o la familia muestran

hacia las dimensiones temporales (pasado, presente o futuro). También se busca comprender cómo se adoptan las distinciones en las premisas temporales, ya que las discrepancias pueden percibirse como desafíos, mientras que las concordancias pueden reforzarse mutuamente. Cuanto más una persona puede vincularse a los tiempos externos, más es la capacidad de adaptación que muestra (Boscolo y Bertrando, 1996).

Experimentamos tiempos como individuos dentro de una cultura y de sistemas sociales, que también se retroalimentan a la inversa, lo que se denomina anillo recursivo sincrónico. Otro anillo recursivo es el diacrónico, que une pasado, presente y futuro. Una familia vista desde el eje sincrónico se puede describir tal y como se observa en el momento, pero si se observa desde el eje diacrónico se puede describir en dos marcos temporales diferentes: la historia que ha tenido la familia (vista estática) o como la expresión de cambio que ha marcado diferencias (vista dinámica). La visión sincrónica se basa en la distinción, la diacrónica en la continuidad y en el proceso (Boscolo y Bertrando, 1996).

Hablar de un anillo autorreflexivo en el que el pasado, presente y futuro confluyen y se influyen recíprocamente, en el que cada uno recibe su significado de los otros dos. Lo anterior sustituye a la concepción lineal del tiempo, donde se tiene una visión determinista de cómo el pasado determina el presente y condiciona el futuro. Por ello, hablar de un anillo autorreflexivo permite que se cree un contexto donde se favorezcan más posibilidades y que se pase de un mundo esquemático a un mundo con una pluralidad extraordinaria de mundos diversos. En terapia se sugieren estos mundos a través de hipótesis sistémicas y, además de ayudar a modificar el «mundo real» de los consultantes, también les ayuda a pensar en términos de mundos posibles, creando así un contexto de aprendizaje y un contexto de deuterio-aprendizaje (aprender a aprender) (Boscolo y Bertrando, 1996).

Para este enfoque, el tiempo no es sólo un medio para estructurar las sesiones, sino la meta de las intervenciones que buscan la armonía y posibilidad de evolución. Se busca cambiar un horizonte temporal, introducir movilidad en el tiempo detenido (como en casos de depresión), recrear las conexiones diacrónicas perdidas en la historia fragmentaria (como en la esquizofrenia), devolver la capacidad de evolución a personas que parecen haber perdido la noción de futuro, observar y comprender la sincronía y la falta de esta entre individuos, familias, sistemas sociales y favorecer la armonía entre los diversos tiempos individuales y sociales, entre otros aspectos (Boscolo y Bertrando, 1996).

Hipótesis. Las hipótesis pueden adoptar diversas formas, pueden ser evolutivas, homeostáticas, relacionales, entre otras, y nos ayudan a organizar lo que se observa. Las hipótesis sistémicas consideran los componentes del sistema y proponen explicaciones tentativas de las relaciones presentes; no son verdaderas o falsas, sino una manera que ayuda a indagar el trabajo que debe hacerse en las sesiones y que le permita tener agencia, esperanza y posibilidades a las personas que acompañamos. Se suele ver a la familia desde fuera (cibernética de primer orden), pero es importante hipotetizar vislumbrando al sistema terapéutico (cibernética de segundo orden). Estas hipótesis están cambiando constantemente a partir de las retroacciones verbales y no verbales de los consultantes, así como en cada narración contada en cada sesión; el sistema en sí mismo tiene información que le permite cambiar, solo no podemos predecir cuándo, cuánto y cómo ocurrirá. Ampliar los lugares desde donde se posicionan las personas implicadas, tomando en cuenta los prejuicios y el lugar desde donde se observa a las personas, y como esto se relaciona puede ayudar a construir una hipótesis más compleja, profunda, con varias perspectivas, pluridimensional y, en cierto modo, colectiva (Boscolo y Bertrando, 1996).

El uso de **hipótesis** sistémicas y circulares nos invitan a no volvernos aficionados a una sola, actividad que es más fácil con el uso de un equipo terapéutico (Boscolo et al.,1985).

La curiosidad se relaciona con la hipotetización, de acuerdo con Cecchin (1989), ya que al utilizar la hipotetización se está manteniendo una postura de curiosidad, la cual permite que constantemente se busquen descripciones y explicaciones diferentes que no se han vislumbrado hasta el momento. La curiosidad guía las hipótesis que realizamos como terapeutas con la familia y apertura nuevas miradas sobre los “guiones ya definidos” o la forma en la que se vive la realidad, para que, en una retroalimentación constante, tanto el terapeuta como la familia puedan modificar estos guiones fijos.

Circularidad. La circularidad es un principio que facilita la transición entre las hipótesis que se plantean o su modificación, para evitar caer en la ilusión de una hipótesis verdadera, en vez de algo útil que nos ayude a co-construir una realidad alternativa posible con la familia (Boscolo y Bertrando, 1996). Al tomar en cuenta la circularidad, se aprecia el proceso recurrente entre acción y respuesta, entrando en un proceso co-evolutivo que nos evite quedar paralizados. Podemos mirar primero como la circularidad se da en la familia, como una danza que acontece en todas direcciones y cómo se conectan estas. Posteriormente, vernos dentro de esa relación, formando parte de algo más amplio, como sistema terapéutico (Boscolo et al.,1985).

El hablar de lograr o no el cambio se vuelve algo irrelevante al tener una epistemología circular. El intentar producir efectos todo el tiempo no sería ecológico a largo plazo. Existen familias con premisas que podríamos no entender y en las cuales no se tenga ningún efecto, las cuales pueden formar parte de un contexto más amplio donde sería peligroso realizar cambios (Boscolo et al.,1985). Para este enfoque, fue crucial contemplar como los tiempos se ven implicados en la terapia ya que tuvo efectos en la percepción del cambio, donde este se consideraba como un proceso continuo, pero sobre

todo un proceso discontinuo. Refiriendo que todos “los sistemas vivos tienen en sí mismos sus propias posibilidades de evolución y de autoorganización” y que es suficiente crear un contexto apropiado para que una persona pueda evolucionar (Boscolo y Bertrando, 1996).

Emociones en la Terapia. Las emociones desempeñan un papel fundamental en el proceso terapéutico, tanto para los consultantes como para los terapeutas. Es importante conocer como nos conectamos en un sistema emocional donde sea posible visualizar como mi posición emocional tiene injerencia en la de los consultantes y viceversa. Este enfoque nos lleva a cuestionarnos de dónde provienen estas emociones y hacia dónde se dirigen. Además, Bertrando sugiere que la elección del modelo terapéutico está influenciada por la sensibilidad emocional y la historia personal de cada terapeuta (Bertrando, 2014).

La compatibilidad emocional entre terapeuta y consultante puede influir en la efectividad terapéutica, pues al encontrarnos en el espacio terapéutico con alguien emocionalmente complementario con quien las semejanzas son mayores, las posibilidades de crear diferencias terapéuticamente significativas serán menores. Se pueden hacer hipótesis emocionales sobre la relación terapéutica, cuidando que cuando se usan emociones “positivas” como comodidad, empatía, sentir afinidad, reconocimiento mutuo, etc. puede ser más complicado para el terapeuta tener la claridad o directividad que el proceso podría requerir. Aunque también estas emociones puede tener un efecto terapéutico con las familias, puede ser contagioso algo como el entusiasmo (Bertrando, 2014).

La compatibilidad emocional puede depender de las emociones dominantes y tácitas en el sistema. Puede evaluarse al definir la facilidad o dificultad con la que se describe a una familia y luego en cada caso ver que emociones emergen con más frecuencia. Con las familias definidas con cierto grado de dificultad, las emociones tácitas pueden ser más difíciles de identificar porque son emociones que desaparecen del campo de la conciencia y solo con el trabajo de equipo o supervisión se pueden reconocer (Bertrando, 2014).

Aquello que sentimos en cierta medida está en función de nuestra posición en el sistema, las emociones cambian ante cualquier cambio dentro del sistema terapéutico. Entonces, al tener posibilidad de cambiar mi posición, también tengo opción a cambiar mi estado emocional y así, tener un cambio en el tono emotivo total (Bertrando, 2014).

Para entender mejor nuestra posición emocional en el sistema terapéutico, se debe entender la dimensión emocional del diálogo: la posición que tenemos (lo que hago y los significados conferidos a esto, la relación que se da, los sentimientos que se presentan dependiendo cada situación, lo que siente la otra persona desde lo tácito y lo dominante (Bertrando, 2014).

Sistema Observante en el Modelo de Milán. En el modelo terapéutico de Milán, el concepto del sistema observante desempeña un papel fundamental. Dicho concepto se posiciona en la cibernética de segundo orden, donde el terapeuta no realiza descripciones de la familia desde “afuera”, sino que se reflexiona sobre cómo su presencia afecta a la misma; deja de ser un agente que opera cambios y se vuelve parte de un proceso de transformación colectiva de significados (Sluzki, 1987). En esta sección, exploraremos algunos conceptos clave que son fundamentales para comprender el enfoque de Milán y la implicación que tiene la figura del terapeuta en los procesos terapéuticos.

Cecchin, Lane y Wendel (1997) comparten que entienden los **prejuicios** como preconcepciones que nos acompañan en el encuentro con otras personas, y que dentro del espacio terapéutico pueden cuestionarse, defenderse, usarse en beneficio o ser irreverentes ante ellos. Podemos preguntarnos cuáles son nuestros prejuicios y cómo usarlos de forma responsable en la interacción terapéutica.

Cecchin, Lane y Wendel (1997) refieren que los prejuicios se conforman de *“fantasías, ideas, verdades aceptadas, presentimientos, preconceptos, nociones, hipótesis, modelos, teorías, sentimientos personales, estados de ánimo y convicciones ocultas”* y podemos no querer revelarlos, pero se filtran en nuestras palabras, acciones, en nuestra

manera de relacionarnos y se revelan más con lo que hacemos que con lo que decimos. Estos son algo inevitable y utilizable mientras se consideren como construcciones sociales modificables dependiendo el contexto y no como verdades abstractas, lo cual incluye a los modelos, hipótesis y técnicas. Los prejuicios, de acuerdo con Cecchin, Lane y Wendel (1997), se pueden presentar de diferentes maneras:

- Tensión entre el terapeuta y la familia porque los prejuicios son diferentes y el defender estas convicciones los dejan sin salida, en un impasse/escalada/bloqueo, ya que se cree que se defiende algo “real”, lo que dificulta la posibilidad del diálogo.
- Si un terapeuta se vuelve rígido y solo utiliza una orientación específica a la cual se adhiere por encima de las necesidades del cliente, corre el riesgo de no ver nada que no permita el filtro del modelo (Cecchin, Lane y Ray, 1992 como se citó en Cecchin, Lane y Wendel, 1997).
- Estar de acuerdo con la ideología del cliente o que esté, acepte sin reservas las ideas del terapeuta.
- O bien, cuando se mantiene un nivel de tensión que favorezca la reorganización constitutiva y el desarrollo de múltiples alternativas para el cliente. En un espacio donde todos tengan dignidad en la relación y se puedan poner en discusión los prejuicios de cada persona porque existe un ambiente de respeto.

La idea de Bateson sobre los niveles de abstracción, de contenido y proceso favorecieron a poder ver los prejuicios, porque en vez de enfocarse en el contenido, se enfocaban en la interacción que generaban los prejuicios de los implicados en el contexto terapéutico (Bateson, 1998).

Curiosidad. La curiosidad es una postura en la terapia que facilita el desarrollo de la multiplicidad de “historias” y la polifonía, pues entre más “historias” aplicables se puedan

describir a una interacción, el campo de acción es mayor. Cada sistema tiene una lógica en su interacción y a través de la curiosidad y el respeto por cada sistema, como terapeutas, nos preguntamos acerca de las ideas, comportamientos y eventos que le brindan integridad al sistema y cómo esto sirve a su lógica (Cecchin, 1989). Desde la curiosidad, por medio de preguntas que permitan explorar, el terapeuta alienta a los clientes a contar diversas historias que revelen sus creencias, puntos de vista y la forma en que dan sentido a sus vidas (Fruggeri, Balestra y Venturelli, 2023).

Debe estar presente mientras se busca trabajar en la relación, bajo la premisa de la existencia de prejuicios y el respeto. Poder preguntarse “¿por qué para algunas personas es tan necesario aferrarse a sus historias, incluso si eso significa ofender a la cultura o incluso si eso significa quedar aislados de otros?”, se trata de prejuicios fuertemente arraigados que no pueden ser reconsiderados si se viven amenazados (Boscolo et al., 1985). Como se señaló con antelación, la curiosidad viene a sustituir a la neutralidad, término que evitaba activamente cualquier tipo de posicionamiento dentro de la terapia y fue criticado porque no tomaba en cuenta la responsabilidad y el control social que debe tener el terapeuta dependiendo los casos.

Irreverencia. El adoptar una postura de irreverencia implica ser “pausadamente subversivo” y luchar contra “verdades reificadas”. La tarea del terapeuta es erosionar sus propias verdades y lecturas de la realidad, teorías y modelos, para después poder erosionar la certidumbre del paciente y abrir posibilidades de desarrollar nuevas creencias, nuevos significados y patrones menos aprisionantes (Cecchin, Lane y Ray, 1998).

Se trata de una postura que nos ayuda, como terapeutas, a escapar de la cultura dominante que invita a la obediencia, poniendo en duda a los modelos terapéuticos y su instrumentalidad. Se puede entender como una postura que va en contra de las certidumbres, por un lado, no creyendo demasiado en las estrategias que proponen los

modelos (instrumentalidad de los procesos terapéuticos), por otro, también el creer completamente que el no creer en las estrategias es lo que hace a un buen terapeuta. (Cecchin, Lane y Ray, 1998).

Con los terapeutas principiantes puede ocurrir que las dudas se deban a la seguridad e incertidumbre sobre lo que hacen debido a que no han aprendido el modelo completamente (Boscolo et al., 1985).

También se plantea que, aunque las dudas son de utilidad, hay momentos en la terapia y en la vida donde es necesario tomar posiciones netas y decisivas (Boscolo et al., 1985), dichas posiciones tienen que ver con que no podemos ignorar totalmente ciertas imposiciones legales, sociales y culturales que acompañan a nuestra práctica, pues tenemos la obligación de actuar como agentes de control social, por ejemplo, en entornos criminales (Cecchin, 1989).

2.2. Análisis y Discusión del Tema/s que Sustentan el Caso

En este apartado se busca dar cuenta de los temas que sustentan el caso clínico que se pretende analizar en el capítulo tres. Como primera parte se va a exponer la visión de lo que ocurrió en el proceso terapéutico de la consultante referente al trauma asociado a una serie de abusos sexuales. Posteriormente, se presentarán las lesiones por estrés secundarias que pueden afectar a los terapeutas que tratan a personas con traumas, especialmente los terapeutas, y finalmente, proponer un marco de cuidado ante este tipo de lesiones.

2.2.1 El Trauma: Huella en el Cuerpo y en la Vida Emocional

El trauma se define de tres maneras de acuerdo con la RAE. En primer lugar, como un choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente; también como una emoción o impresión negativa, fuerte y duradera; o bien, una lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo. En esta tesis, al hablar de

trauma se referirá e a aquellas respuestas extraordinarias y emocionalmente abrumadoras ante sucesos vitales incontrolables (Markez, 15 de noviembre de 2015). Por añadidura, el trauma es una experiencia que deja huella en el cuerpo y tiene secuelas a nivel cognitivo, psicológico y emocional (Jarero, 29-31 de enero de 2024).

Las experiencias traumáticas se integran a nuestros esquemas mentales de maneras distintas, pues al tener una carga emocional tan intensa, no se tiene un registro sobre como acomodar esa experiencia en los esquemas ya existentes. Por consiguiente, los fragmentos que no logran integrarse emergen como acciones motoras, imágenes y sensaciones automáticas tales como pesadillas, flashbacks, terrores, entre otros. Estas expresiones se detonan por gatillos asociados a la memoria sensorial, tal como sonidos, olores, sensaciones, imágenes vividas, narraciones y demás. El trauma no es solo un acontecimiento que se produjo en el pasado; también es una huella dejada en la mente, el cerebro y el cuerpo, por ende, puede presentarse en algunos casos a través de síntomas somáticos para los que no se encuentra ninguna base física clara como: fatiga crónica, migrañas, dolores crónicos, entre otros (Van der Kolk, 2015).

Los eventos traumáticos pueden ser variados y detonar debido a desastres naturales, accidentes, daños a terceros o a uno mismo, etcétera. El abuso sexual es un evento que puede dejar secuelas traumáticas en las personas y en muchas ocasiones debido al contexto y a la vergüenza o dolor que puede implicar referir esta experiencia se puede recurrir al silencio. Este silencio refuerza el aislamiento del trauma, ya que no se desea evocar la pena, terror o vergüenza que se siente y provoca que se evite a cualquier persona o situación que recuerde, incluso vagamente, al trauma. Con el apoyo adecuado, los secretos que una vez fueron demasiado peligrosos para ser revelados pueden irse tocando (Van der Kolk, 2015).

Imber-Black (1999), refiere que existen varias categorías de secretos, entre ellos los secretos nocivos y peligrosos, los cuales pueden dejar a las personas de la familia

dentro de un silencio que les impide el bienestar. La diferencia entre los dos tipos de secretos reside en que en el primero puede acompañarse de una planificación para ser compartido, a diferencia de los secretos peligrosos que exigen una acción rápida e inmediata para salvaguardar la vida de los implicados, como es el caso del abuso sexual.

Por lo tanto, apelando a la confidencialidad, el Código de Ética de las y los Psicólogos Mexicanos (2018) agrega que esta solo será limitada en caso de que las circunstancias dicten que se haría un evidente daño a terceros o a uno mismo, o salvo orden judicial expresa. Así que, como profesionistas, tenemos límites específicos sobre el manejo de secretos dentro de nuestros procesos terapéuticos y estos deben tenerse en consideración para dar un acompañamiento ético.

En terapia, algunas personas sienten un ambiente seguro para poder denunciar secretos peligrosos y como terapeutas nuestras funciones van desde la contención, el acompañamiento ante la denuncia, la protección de menores, entre otros. El manejo específico del abuso sexual puede ser diferente cuando se trata de infantes, adolescentes o adultos, pues las funciones van cambiando.

La violencia sexual ocurre cuando alguien fuerza o manipula a otra persona a realizar una actividad sexual no deseada sin su consentimiento; esto puede ocurrir a niños, niñas, adolescentes, adultos y personas mayores (National Sexual Violence Resource Center). En 2016 la UNICEF definió que el abuso sexual a menores ocurre cuando un NNyA (niño, niña y adolescente) es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (un adulto conocido o desconocido) o la gratificación de un observador. El contacto sexual entre un adolescente y un infante más pequeño también puede ser abusivo si hay una disparidad significativa en la edad, desarrollo, tamaño o si existe un aprovechamiento intencionado de esas diferencias.

Las víctimas de abuso sexual con frecuencia no denuncian lo que les ocurre por miedo, culpa, impotencia, desvalimiento, vergüenza. Suelen experimentar un trauma

peculiar porque pueden vivirse como cómplices, impotentes, humillados y estigmatizados (UNICEF, 2016). Pueden sentir remordimientos por cómo se comportaron y por lo que sintieron durante el episodio traumático. Y si el abusador era una persona cercana se genera confusión y desconcierto en torno a la diferencia entre amor y terror, dolor y placer (Van der Kolk, 2015).

La vergüenza es un sentimiento que con frecuencia es un recurso alentado por el agresor para estar seguro de que el acto ha de permanecer en secreto, transmitir el mensaje de manera abierta o encubierta de que ella debe sentir vergüenza por haber sido objeto del abuso, alentado también en ocasiones por el contexto social. Con frecuencia, el agresor, que está dentro de la familia, aísla a la víctima de los demás miembros de la familia, lo que contribuye a reforzar su sentimiento de aislamiento, confusión y miedo, alentado por la creación de una realidad propicia para el abuso como "todos los padres lo hacen", "lo hago por tu bien", "si cuentas lo nuestro me echarán de casa", "si te niegas a hacerlo lo haré con tu hermana menor", etc. El agresor generalmente niega su responsabilidad, tanto respecto del abuso mismo como del impacto en la persona y la familia (Durrant y White, 1993).

Los adultos, a diferencia de los infantes, han desarrollado a lo largo de su vida diferentes recursos que podrían protegerlos y ayudarlos, sin embargo, los niños se encuentran en pleno desarrollo, por lo que esto complejiza el que puedan protegerse ante estas situaciones adversas (Van der Kolk, 2015), prueba de ello es el siguiente estudio.

El Estudio de las Experiencias Adversas en la Infancia, por sus siglas en inglés ACE (The Adverse Childhood Experiences Study), es un estudio que relaciona el abuso infantil con muchas de las principales causas de muerte en adultos en EUA y conductas de riesgo (Felitti et al., 1998). Forman categorías de experiencias de abuso en la infancia: psicológico, físico, sexual, exposición al abuso de sustancias, enfermedades mentales, trato violento a la madre y comportamiento criminal en el hogar, y estos factores de riesgo

concorde con Van Der Kolk (2015), pueden prevenirse y tratarse de forma que se beneficie la calidad de vida de la población y por ende se traduzca en un menor gasto público. La pobreza, el desempleo, la educación, el aislamiento social, y demás condiciones por debajo de los estándares constituyen un terreno abonado para el trauma. “El trauma alimenta más trauma; la gente herida hiere a los demás” (p.424, Van Der Kolk, 2015).

2.2.2 El Manejo del Trauma: Impacto en los Terapeutas y Estrategias de cuidado Propuestas

Dentro de la formación en la residencia, acompañamos a varias personas con múltiples motivos de consulta, sin embargo, algo que constantemente estaba presente en sus vidas en diferentes medidas y formas era la violencia y las huellas que habían dejado estas experiencias en cada persona, muchas de ellas con traumas instaurados profundamente.

Markez (2015) en su ponencia propuso que “estudiar el trauma psicológico asociado a las manifestaciones violentas es enfrentarse a la vulnerabilidad humana, ser testigo de acontecimientos terribles y ser copartícipe del dolor, que puede resultar inenarrable para quien lo padece”. Los profesionales que trabajan con víctimas y sobrevivientes se topan con la destrucción, el horror y pérdidas que han vivido los clientes y por ello se vuelven susceptibles al trauma indirecto, aunque en contraparte, también pueden vivenciar el crecimiento traumático a través de este trabajo (Barré, De Boer y Guarnaccia, 2023).

Se han expresado bajo múltiples concepciones los efectos que tiene en los profesionistas el trabajo con personas que han vivenciado un trauma, dichos efectos se conocen como **lesiones por estrés secundarias** (Figley Institute, 2012). Cieslak (2016)

argumenta que existen varias condiciones que pueden ser factores de riesgo para que los terapeutas presenten alguna lesión por estrés secundaria como:

- *La exposición a contenidos traumáticos:* estar dispuestos a estar presentes mientras otros exploran experiencias de lucha, victimización, inmoralidad, muerte y tragedia.
- *Exposición a los clientes de alto riesgo:* los límites entre el trabajo y la vida personal se pueden volver borrosos, y las dudas y preocupaciones se magnifican por temor ante la seguridad del cliente. Al mismo tiempo se puede temer a las implicaciones personales, profesionales y hasta legales del trabajo.
- *Los entornos y sus características:* se puede ejercer en la práctica privada y en entornos públicos, y existe gran diferencia del tipo de personas que llegan a cada una. También discrepa la autonomía que se tiene como profesionalista, los ingresos y el compromiso de las instituciones.
- *Presiones sociales:* el contexto desde donde se ejerce, la educación requerida, las características del mercado, entre otros, son aspectos para tomar en cuenta y que tienen injerencia en la vida del profesionalista.
- *Experiencia y conocimiento escasos del terapeuta.*

Ahora bien, entre las lesiones por estrés secundarias se puede encontrar la fatiga por compasión, el estrés traumático secundario, el síndrome de burnout y el trauma vicario. En este documento me avocaré a dar una definición breve de cada uno para poder diferenciar los conceptos, poniendo especial énfasis en el trauma vicario con un marco más amplio.

2.2.2.1 Fatiga por Compasión.

Figley (2002) describe la fatiga por compasión como un desgaste que se presenta cuando existe inversión emocional o compromiso empático con los clientes, pero no

existen recursos para gestionar el coste emocional de esa inversión a lo largo del tiempo. Es un efecto del trabajo prolongado y del sobre involucramiento. Ante esta lesión, la empatía y la compasión se ven afectadas directamente, ya sea con los usuarios de los servicios o también ante la capacidad para conectarse con sus seres queridos y amigos (Figley Institute, 2012).

2.2.2.2 Síndrome de Burnout.

El agotamiento se refiere a la tensión psicológica que supone trabajar con poblaciones difíciles. Trabajar con víctimas puede producir síntomas de agotamiento por varias razones, pues quienes no han podido revelar sus acontecimientos traumáticos pueden presentar síntomas crónicos que perduran y que pueden ser difíciles de tratar; puede haber reticencia a evocar los recuerdos traumáticos y al ser un reflejo de problemas sociales y políticos, puede generarse una sensación de desesperanza en el profesionalista (McCann y Pearlman, 1990).

Este síndrome se caracteriza por un progreso gradual resultante del agotamiento emocional, y a diferencia del estrés traumático secundario que tiene una aparición repentina y abrupta, este no puede ser detectable de forma “temprana” (Cieslak, 2016).

2.2.2.3 Estrés Traumático Secundario (ETS).

Los individuos pueden quedar traumatizados por medio de la escucha acerca de un evento traumático experimentado por otra persona. Las personas cercanas a la víctima, como los familiares, pueden sufrir signos y síntomas de traumatización similares a los de la víctima. Pueden presentarse síntomas casi idénticos al Síndrome de Estrés Posttraumático (TEPT) (Cieslak, 2016).

Los terapeutas pueden experimentar muchos de los síntomas informados por los sobrevivientes de traumas debido a su exposición secundaria a los eventos traumáticos revelados por los clientes (Samios, Rodzik y Abel, 2012). Los efectos negativos de la

exposición secundaria a eventos traumáticos son los mismos que los que de la exposición primaria, incluidas imágenes intrusivas, evitación de recordatorios y señales, hiperexcitación, emociones angustiantes y deterioro funcional (Figley Institute, 2012). Este término se usa para hablar de personas que ayudan a las víctimas y que pueden tener síntomas similares al TEPT, pero puede ser más como un estrés agudo (Aparicio et al., 2013).

En un estudio realizado por Samios et al. (2012), informan que el estrés traumático secundario resultante de la victimización secundaria, se relaciona con tasas más altas de depresión y ansiedad y puntuaciones más bajas en significado personal y afecto positivo, así como una peor adaptación.

2.2.2.4 Trauma vicario.

Los profesionales de la salud mental dedican gran parte de su tiempo profesional a trabajar con personas que han sido victimizadas, están expuestos las dolorosas imágenes, pensamientos y sentimientos asociados a la exposición a los recuerdos traumáticos de sus consultantes. Esto lleva a que a largo plazo se puede ver una alteración de los propios esquemas cognitivos del terapeuta, o creencias, expectativas y suposiciones sobre uno mismo y los demás, lo que conlleva efectos psicológicos que pueden ser perturbadores y dolorosos, los cuales pueden persistir durante tiempo indefinido. Al proceso anterior, se le denomina “traumatización vicaria” (McCann y Pearlman, 1990).

El trauma vicario modifica los esquemas cognitivos de las personas. Los esquemas cognitivos son supuestos básicos sobre como son las cosas. Epstein (1989, como se citó en McCann y Pearlman, 1990) presenta cuatro supuestos básicos que, según afirma, se ven alterados por el trauma (creencias de que el mundo es benigno, el mundo tiene sentido, el yo es digno y la gente es digna de confianza). McCann y Pearlman (1990) destacan que existen siete necesidades psicológicas fundamentales que pueden dar

cuenta de la alteración de los esquemas y como se experimenta el trauma dependiendo cada uno. A continuación, se resume cada una de estas áreas:

1. *Dependencia/confianza*: se está expuesto a escuchar las variadas y crueles formas en que las personas engañan, traicionan o violan la confianza de otros seres humanos. Lo que puede socavar en los terapeutas su sentido de confianza y como resultado volverse más cínicos o desconfiados.
2. *Seguridad*: la pérdida de seguridad, incluidas las amenazas o el daño a personas inocentes, pueden perturbar este esquema.
3. *Poder*: las personas al estar expuestas pueden sentirse en situaciones de extrema indefensión, vulnerabilidad o incluso parálisis. Esto puede evocar en el terapeuta, preocupaciones sobre el propio sentido de poder o eficacia en el mundo y enfrascarlo en una búsqueda de actividades que permitan aumentar su propia sensación de poder y seguridad (a través de acciones auto protectoras constructivas o disfuncionales) o invitar a los consultantes a actuar de manera inadecuada para hacerlo también.
4. *Independencia*: suelen experimentar una alteración en esta necesidad, como la restricción de su libertad de movimientos y la disminución de su autonomía personal.
5. *Estima*: referente a la necesidad de percibir a los demás como buenos y dignos de respeto, incluyendo a toda la humanidad. Las personas que sufren intenciones y actos indiferentes, crueles o maliciosos de otros seres humanos pueden experimentar una disminución de la estima por otros. Los terapeutas pueden descubrir que su propia visión de la naturaleza humana se vuelve más cínica o pesimista, incluso experimentar de rabia hacia los demás y hacia el mundo.

6. *Intimidad*: las personas con trauma suelen experimentar un profundo sentimiento de alienación de los demás y del mundo en general, que resulta de la exposición a imágenes horribles y realidades crueles. Los terapeutas pueden ser juzgados por escuchar estos relatos de crueldad en su trabajo y pueden aislarse por ello, aunando la confidencialidad que impide revelar el material referido.
7. *Marco de referencia*: se refieren a la necesidad de marcos significativos respecto de la experiencia humana, lo que se relaciona con la causalidad, o atribuciones sobre por qué ocurren los acontecimientos, por ejemplo, al preguntarse "¿por qué me ha pasado esto a mí?" y como un terapeuta puede intentar buscar el mismo sentido, pero errando al responsabilizar a la víctima.

Adicionalmente, cobra sentido el género, la edad, la experiencia, preparación de los profesionistas. De acuerdo con los resultados de Barré et al. (2023), se indica que las mujeres presentan más síntomas traumáticos secundarios; los profesionales más jóvenes son más vulnerables al agotamiento; entre mayor nivel de educación se posee existe mayor fatiga por compasión y la falta de experiencia ante el trabajo con trauma deja expuesto a mayor vulnerabilidad ante el trauma indirecto (el 68% de sus encuestados tenían menos de 5 años de ejercer).

2.2.2.4.1 Estrategias de Cuidado de los Profesionistas de Salud Mental Ante el Trauma Vicario.

Según Finklestein y cols. (2015) existen aspectos en la formación de los profesionales que pueden fungir como factores protectores contra los impactos negativos del trauma indirecto como el sentimiento de eficacia del profesional y la creencia en sus habilidades profesionales. Lo cual puede conectarse con el sentimiento de incompetencia ante el que como profesionistas podemos toparnos, desde donde uno se puede enfrentar a sentirse preocupado a nivel técnico o inclusive, a nivel de identidad profesional (Thériault

y Gazzola, 2010). Por lo que el nivel de conocimientos teóricos, la experiencia práctica y la identidad como terapeuta pueden contribuir a reducir el impacto o prevalencia de las lesiones por estrés secundarias.

McCann y Pearlman (1990) recomiendan varias formas de cuidarse como terapeutas, invitando a las personas a ver la traumatización vicaria como una reacción normal al trabajo estresante y a veces traumatizante al que se está expuesto:

- La red profesional como fuente de apoyo emocional, profesional e intelectual.
- Crear un grupo de terapeutas donde se puedan normalizar las reacciones que experimentan los terapeutas; comprender las reacciones de cada persona; y proporcionar un entorno seguro para compartir y trabajar las reacciones dolorosas o perturbadoras.
- Reconocer el cambio que hemos tenido como personas al estar en contacto permanente con las pérdidas y el dolor inherente asociados a este trabajo.
- Las estrategias de afrontamiento:
 - Encontrar un equilibrio entre la vida personal y profesional.
 - Equilibrar la carga de trabajo clínico con otras actividades profesionales, como la investigación y la docencia.
 - Equilibrar los casos de víctimas con los de no víctimas.
 - Ser conscientes de nuestros propios límites personales, respetarlos y tener expectativas realistas de nosotros mismos al realizar este tipo de trabajo.
 - Darnos permiso para experimentar cualquier reacción emocional.
 - Encontrar formas de nutrirnos y apoyarnos.
 - Participar en actividades políticas para el cambio social.
 - Buscar actividades no relacionadas con las víctimas que proporcionen esperanza y optimismo.

- Ser conscientes de que nuestras áreas conflictivas o traumas no resueltos que se reactivan con el proceso terapéutico.
- Reconocimiento de las experiencias positivas de nuestro trabajo, por ejemplo, mayor sensibilidad y empatía ante el sufrimiento, que puede permitir una conexión más profunda con otros; un sentimiento de esperanza sobre la capacidad de las personas de sobreponerse e incluso transformar sus experiencias traumáticas. Se pueden encontrar nuevos significados y aprendizajes después de circunstancias traumáticas, donde se reestructuren creencias supuestas sobre el mundo, lo que se conoce como: crecimiento postraumático (Jayawickreme y Blackie, 2014). El individuo debe desconectarse de creencias y suposiciones anteriores y formular nuevas creencias, metas y significados que incorporen el trauma que se experimentó para poder pasar de “esfuerzos para crear significado” y llegar a “significado logrado”, donde exista la aceptación, un entendimiento causal diferente, percepción de mejora de la vida, cambio de identidad, re-entendimiento del estresor, etc. (Park, 2010).

Por su parte, Cieslak (2016) realiza una recopilación de propuestas sobre el cuidado de los terapeutas que son una serie de estrategias y comportamientos positivos para reducir la manifestación del agotamiento específicamente, pero que pueden aplicarse también a otro tipo de lesiones por estrés secundarias, se describen a continuación sus propuestas:

- *Asesoramiento personal*: puede ayudar a mejorar la comprensión de los profesionales sobre los procesos terapéuticos de sus clientes y poder así mantener límites personales y profesionales adecuados.
- *Terapia personal*: indica que es una forma de aprendizaje experiencial y una oportunidad para adquirir habilidades específicas para el trabajo que se ejerce.

- *Apoyo de los compañeros:* reunirse con los pares para discutir el impacto emocional del trabajo, compartir éxitos y luchas y proporcionar estrategias para mejorar el bienestar personal en el trabajo.
- *Supervisión y tutoría:* en la supervisión puede encontrarse un espacio de apoyo, de validación del estrés, donde se tranquilice y consuele, pero también se normalicen los sentimientos desafiantes que pueden surgir durante entrenamiento. La supervisión, puede fungir como un factor protector, pues permite elaborar las dificultades profesionales, ponerlas en palabras y tomar conciencia de estas (Robert, 2014 como se citó en Barré, 2023).
- *Practicar estrategias de autocuidado:* insta a los profesionales de la salud mental a realizar actividades como pasatiempos, lectura, vacaciones, cine y ejercicio físico.

Lee y Miller (2013) destacan que para que se puedan mantener estándares de conducta profesional y ética, los profesionistas dedicados a atender a otras personas en servicios sociales (no solo los terapeutas) necesitan generar su autocuidado en el área física, psicológica y emocional, social, espiritual, de ocio y profesional. Los autores identifican seis estructuras primarias de apoyo que contribuyen al autocuidado profesional en función de sus propias preferencias, necesidades, sistemas de creencias y cultura:

1. *Gestión de la carga de trabajo y del tiempo:* referente a la participación en la gestión consciente de las tareas laborales y del tiempo dedicado a realizarlas.
2. *Atención al rol profesional:* tomar en cuenta las fortalezas y limitaciones del contexto de su entorno laboral y poder usar este conocimiento. Buscar supervisión adicional o determinar si hay formas de obtener experiencia adicional.

3. *Atención a las reacciones al trabajo:* que los profesionales noten, honren y gestionen sus reacciones ante su trabajo.
4. *Relaciones sociales profesionales, apoyo y autodefensa:* los profesionales pueden solicitar aliento, retroalimentación constructiva, orientación y educación de pares y colegas. Tener una red social para apoyar el bienestar general.
5. *Desarrollo profesional:* conocimiento adecuado y la comodidad sobre cómo utilizarse mejor uno mismo en la práctica profesional.
6. *Revitalización y generación de energía a través y alrededor del trabajo:* revisar recordatorios de resultados positivos logrados con los clientes. recordar con colegas experiencias formativas y significativas; buscar, crear y probar enfoques innovadores para abordar los desafíos relacionados con el trabajo.

Arón y Llanos (2004) proponen reflexionar lo que les ocurre a quienes trabajan con víctimas y agresores, pues con ello se busca que se tome distancia de estos fenómenos, se les pueda nombrar y poner en perspectiva para desarrollar estrategias que permitan retomar el control sobre lo que ocurre con los equipos y sus integrantes. Plantean como primer paso en el autocuidado donde exista un reconocimiento como profesionales y equipos en riesgo, expuestos a efectos nocivos y contaminantes resultantes del trabajo con violencia. Han agrupado las estrategias de autocuidado en distintos niveles: nivel individual, de equipos, institucional, de redes, y supra institucional; en esta tesis se hablará de dos:

- *Individual:* refieren como fundamental aprender a reconocer los malestares en vez de silenciarlos o invisibilizarlos. Por ello son esenciales los espacios de vaciamiento y descompresión, donde se manejen los contenidos de fuerte impacto

para no ser contaminado por ellos, ya que la falta de vaciamiento está asociada altamente al burnout. Este vaciamiento debe hacerse con pares, personas que entiendan estos problemas y puedan contener el relato traumático, por tanto, no es recomendable saturar las redes personales de apoyo, porque hacerlo lo implica una sobrecarga injusta para quien no está preparado para escuchar estos temas y puede producir un distanciamiento. Asimismo, mantener áreas libres de contaminación donde se puedan generar espacios de oxigenación y poder distraerse con otros temas de interés. Además de que la formación profesional es un factor protector, debido a que una fuente importante de desgaste profesional es la sensación de ineficiencia y de incompetencia.

- *La red profesional:* el contar con personas que se ocupan de los mismos temas puede beneficiar para referir casos que rebasen nuestros límites; tener espacios de encuentro donde se pueda obtener la descomprensión y retroalimentación, por ejemplo, seminarios o talleres.

Por su parte, Ojeda (2006) brinda opciones de autocuidado para los profesionistas que trabajan con víctimas de violencia sexual:

- Identificar las fuentes de tensión externas e internas que emergen durante el desempeño de las funciones.
- Reconocer cómo los estados de tensión surgidos durante la realización del trabajo afectan de diferente forma y grados: al adecuado desempeño laboral y a esferas de la vida.
- Reconocer como afectan en nuestro desempeño las propias vulnerabilidades y experiencias personales referidas al abuso.
- Conocer las manifestaciones y consecuencias de la traumatización vicaria, síndrome de burnout y la movilización de la propia historia de violencia.

- Reconocer que se necesita ayuda profesional.
- Incorporar otras acciones o estrategias básicas como: realizar ejercicios físicos, uso del humor, generar espacios colectivos de intercambio, buscar espacios de ocio, aprender a decir 'no', procurar mantener límites entre la actividad laboral y la vida personal y la capacitación continua, revisión y uso de guías de autocuidado.

Pereira y Jiménez (2014), generan un modelo de contención para profesionistas que trabajan con violencia. Ellas afirman que no todas las personas que atienden víctimas llegan a sentir los efectos de este trabajo; algunas personas se alejan de este tipo de trabajo poniendo barreras que las protejan del sufrimiento, la angustia y frustración.

Pereira y Jiménez (2014) muestran que existe cierta dificultad para asimilar emocionalmente los elementos difíciles de las personas que se atienden, pues se escuchan descripciones gráficas de violencia y victimización que dejan imágenes impactantes. Se coloca en lugar de testigo a quien atiende y sin posibilidades de detener el daño que sufre el otro, estar a expensas de que algo más grave ocurra, el riesgo latente de remover las propias experiencias dolorosas. Como consecuencia, esto puede conllevar a establecer relaciones que vayan desde el sobre involucramiento hasta la insensibilización. Por consiguiente, es necesario que se cuenten con las condiciones necesarias para enfrentar estas situaciones de forma adecuada sin detrimento de la humanidad de los profesionistas. Por ende, proponen diferentes herramientas de contención emocional basadas en un modelo humanista y se divide en cinco apartados: implicaciones en la salud física y emocional del trabajo, aspectos del modelo humanista, la institución como responsable del cuidado, nociones de autoconocimiento y desarrollo de estrategias de autocuidado, y técnicas concretas de contención de forma individual y grupal; para efectos de esta tesis solo se describirán cuatro aspectos, pues el abordaje del presente trabajo no es de corte humanista:

1. *Implicaciones en la salud física y emocional del trabajo.* El no reconocer la sobrecarga emocional puede darse porque, al escuchar las historias de violencia, los sentimientos que se generan no pueden expresarse por varios motivos, ya sean internos y/o externos. De manera interna pueden movilizarse las historias propias, se contacta con la propia vulnerabilidad o se puede sentir culpa o impotencia por considerar que no se está haciendo lo necesario durante la atención. Respecto a los factores externos, se está expuesto constantemente a historias de violencia, a observar a los sistemas que revictimizan, estar expuesto al riesgo latente de sufrir agresiones por parte del agresor y ver que las víctimas no logran la ruptura del ciclo de violencia.
2. *La institución se debe involucrar y responsabilizar sobre el cuidado para con su personal.* La responsabilidad de cuidar a sus equipos de trabajo ante los riesgos inherentes y de los problemas derivados de las afectaciones emocionales. Necesitan proveer condiciones mínimas de resguardo de la integridad de la persona; facilitar espacios de vaciamiento y descompresión cotidianos en los casos; organizar reuniones técnicas y supervisiones, reuniones clínicas y espacios de vaciamiento estructurados; establecer estilos de supervisión protectora que fortalezca los recursos de cada persona; llevar un registro y visibilizar las traumatizaciones de los equipos.
3. *Nociones de autoconocimiento, desarrollo de estrategias de autocuidado.* Para implementar fuera del centro de trabajo (evitar que las áreas personales tengan algo que evoque temas relacionados con violencia, evitar la saturación de las redes de apoyo y poner límites entre el ámbito laboral y familiar). Dentro del trabajo (llevar un registro oportuno para visibilizar los malestares, el vaciamiento y la descompresión, reconocimiento de los propios límites, condiciones de trabajo favorables y formación profesional). El autoconocimiento funge como una base

protectora para que las personas puedan prevenir caer en cualquiera de las lesiones por estrés secundarias, debido a que se pueden poner límites, se tolera el sentimiento de culpa, se escuchan las necesidades, se aprende que el cuidado personal no implica ser egoísta, se desarrollan actividades recreativas alternas, se aprende a tolerar el conflicto sin intentar resolverlo imperiosamente, se acompaña el dolor sin intentar quitarlo inmediatamente, se reconocen los sentimientos de vulnerabilidad, se aceptan las fallas con comprensión, se aprende a tolerar la incertidumbre, a soltar el control, se aprende a permanecer más en el presente, a atravesar emociones incómodas y a confiar en los propios recursos.

4. *Técnicas concretas de contención de forma individual y grupal.* La contención se refiere a una intervención usada para tranquilizar, fortalecer y devolver la confianza de la persona afectada por una crisis emocional. Se propone hacer de corte humanista, que implican evaluar las expectativas del profesional respecto al trabajo que llevaría a cabo, se trabaja con la frustración y las emociones involucradas, incluso las sensaciones corporales. También se evalúa y trabajan aspectos como la confluencia, asumir un rol de rescatador, la sobre exigencia, etc.

2.2.3 Reflexión sobre la aplicación del término lesiones por estrés secundarias

La categorización de lesiones por estrés secundarias de Figley Institute (2012) remarca tipos de lesiones a las que se puede enfrentar cualquier profesionalista en contacto directo con clientes o pacientes. La terminología que se utiliza dentro del campo de la salud mental tiene gran importancia, pues nos invita a comprender de maneras diferentes cada situación, por ello se desarrolla una discusión sobre esta categorización lesiones por estrés secundarias. La palabra lesión se define por la RAE como: 1) daño o detrimento corporal causado por una herida, un golpe o una enfermedad, aunque también como 2) daño, perjuicio o detrimento (RAE, definición 1 y 2).

El estrés puede generar efectos psicológicos y físicos, los cuales pueden visualizarse como una lesión dependiendo de las consecuencias que se presenten en cada persona, ya que no es un estrés cotidiano, sino una forma de estrés que modifica los esquemas cognitivos o creencias, expectativas y suposiciones sobre uno mismo y los demás, lo que conlleva efectos psicológicos que pueden ser perturbadores (McCann y Pearlman, 1990). Van del Kolk (2015) menciona que las experiencias que generan un gran grado de estrés producen verdaderos cambios fisiológicos, incluyendo el recalibrado de la alarma del sistema cerebral, un aumento en la actividad de las hormonas del estrés y alteraciones en el sistema que distingue la información relevante de la irrelevante, por lo que estas lesiones pueden visualizarse como huellas dejadas en la mente y cuerpo de las personas.

El uso de la palabra lesión puede invitarnos a una mayor concientización de las consecuencias del estrés a raíz de nuestras actividades profesionales, no como un estrés cotidiano, sino uno que implica mayor gravedad y que permita validar los efectos reales y perjudiciales que puede tener en nuestras vidas. Por ejemplo, el cansancio puede dar indicios información en el proceso terapéutico con las personas, pero si este cansancio se transforma en apatía y se extiende a otros procesos, podemos inferir que hablemos de una fatiga por compasión. Por ello estar atentos como profesionistas a nuestro propio sentir, va a reducir el impacto que pudieran tener estas lesiones en la atención que brindamos a nuestros consultantes, expandiendo también estas afecciones a otras relaciones y contextos más personales.

Aunque el término lesiones por estrés secundarias también puede evocar cierta estigmatización, pues pareciera que los profesionistas que padecen alguna de estas afecciones pueden presentar un impedimento para realizar sus actividades. No es del todo incapacitante al tratarlas, pues también existen estrategias que permiten atender y manejar los síntomas que se presentan.

Capítulo 3. Análisis de un Caso Clínico

El siguiente caso se escogió dentro de todos los vistos en la formación debido a la complejidad que emerge por el tipo de problemática presentada, pues, aunque en un inicio no era tan claro el riesgo en el que se encontraba, conforme se desarrollaron las conversaciones fue más notorio el riesgo y el impacto del trauma en la condición de la consultante. Adicionalmente, se seleccionó este caso por el impacto emocional que tuvo tanto en la terapeuta como en el equipo terapéutico, pues se relacionan los efectos observados con las lesiones por estrés secundarias. El modelo de Milán también le da una gran importancia a la vivencia del terapeuta, por ello incluiré en el análisis información al respecto. Y de forma indirecta denoto las áreas de oportunidad de mejora en cuanto a el manejo de crisis en el Centro de Servicios Psicológicos, pues, aunque se buscó apoyo del espacio de psiquiatría no contaban con medicamentos para poder controlar su episodio o referencias directas que pudieran hacerlo para garantizar su cuidado.

Los datos fueron modificados para proteger el anonimato de la consultante y también garantizar la confidencialidad. Para preservar el anonimato se usan seudónimos, se cambiaron frases descriptivas, características generales y se omitieron detalles de identificación específicos (Sánchez, 21 de febrero de 2020). En el portal de misalud.unam.mx se pide que para otorgar el servicio estén de acuerdo en Política de Privacidad de Datos Personales y se les brinda un Consentimiento Informado Público General y para la Comunidad Universitaria; se informa que sus datos personales serán transferidos y tratados para su análisis grupal y la gestión de intervenciones necesarias para los profesionales de salud, exclusivamente entre el INPRFM y a la UNAM, a través de la Facultad de Psicología y la DGACO, quienes los manejarán con absoluta confidencialidad.

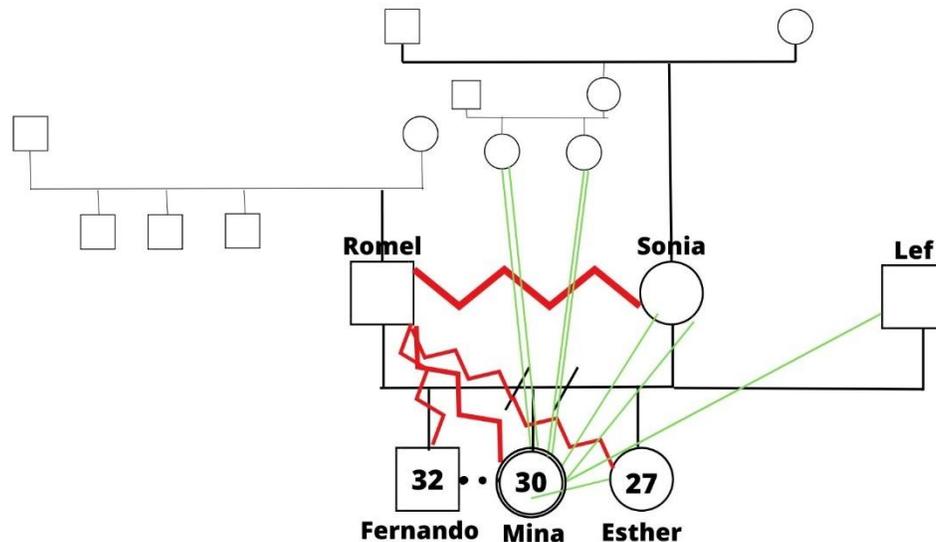
3.1 Integración del Caso Clínico Mina

3.1.1 Descripción de la Familia

Nombre: Mina

Número de sesiones: 3 sesiones y 2 intervenciones en crisis

Genograma:



Motivo de consulta: En el primer contacto, Mina mencionó que requería la atención porque su papá se encontraba muy deprimido a raíz de que su mamá (Sonia) se volvió a casar y esto estaba afectando esto en su trabajo.

3.1.2 Descripción del Equipo Terapéutico

Terapeuta: Andrea A. Ortiz Vázquez, se contó con apoyo del equipo terapéutico e intervenciones de Daniela Rodríguez Peña en la última intervención en crisis.

Supervisor: Dr. Flavio Sifuentes Martínez.

3.1.3 Descripción de las Sesiones

3.1.3.1 Sesión 1

Al hablar con Mina, refirió que pedía el espacio debido a que, a raíz del nuevo matrimonio de su mamá, ella notaba que su papá estaba “deprimido” y estaba siendo inconstante en el trabajo.

Ya en sesión, Mina compartió que su mamá se fue “por trabajo” a otro país y al volver les anunció que se había casado. Mina relató que tanto ella como su hermana ya sabían de su relación, pero que fue repentino el anuncio de su matrimonio, incluido que su nuevo esposo se mudaría a México. Por su parte, Romel, también sabía del matrimonio de Sonia y a él le molestaba que cuando le “otorgó” el divorcio a ella, esta hubiera negado que la motivaba el hecho de casarse con alguien más, aunque fue lo que hizo, lo que Romel interpretó como una burla a él. Romel condicionó el divorcio a la promesa de que “los niños” no se enterarán (sus hijos ya adultos), puesto que eso los iba a lastimar.

Romel argumentó que entre él y sus hijos hablaron con Sonia para “correrla de la casa”, puesto que él creía que ya no debía vivir ahí, al haber decidido formar una nueva familia y que ponía en riesgo la salud de sus hijas (denotando racismo en sus motivos) y también, le preocupaba la opinión de los vecinos. Aún en desacuerdo y después de cierto conflicto la mamá de Mina se fue, lo que ocasionó que el papá se fuera a vivir con Mina y su hermana, objetando que necesitaban a un cuidador por sus diferentes condiciones médicas: dolor crónico y un síndrome que causa complicaciones en la vejiga (no se especifica el síndrome para proteger la identidad de la usuaria).

Mina refirió sentirse traicionada, quería continuar la relación con su mamá, pero se sentía engañada. Incluso le causaba conflicto el no hacer sentir mal a su papá por estar conviviendo con Sonia.

Se buscó conocer el problema y como era que cada uno lo nombraba, de qué manera lo significaban y en que contexto se daba. También establecer una alianza terapéutica que permitiera que trabajáramos juntos.

Mucho del trabajo realizado fue clarificar los puntos de vista de cada uno, pues a momentos se sentía que el papá intentaba demarcar que era lo que debía señalar su hija sobre los eventos y a su vez ella, se notaba más pasiva en la conversación, guiada y controlada por la narración de su padre.

El análisis de la sesión se puede encontrar en la sección siguiente de manera más detallada.

3.1.3.2 Sesión 2

A la siguiente sesión programada, Mina canceló, debido a que aún tenía malestar por una intervención médica que le habían hecho. Esto comienza a tomar relevancia pues canceló otras sesiones por esta misma situación y se abrió la conversación en torno a los efectos en su vida debido a su condición médica.

En esta sesión solo acudió Mina, pues su papá no había podido y habló sobre la relación con su hermana Esther, ya que sus diferentes cuidados médicos las hacían entrar en conflicto. Mencionó que por temporadas se habían llevado bien, pero que existían ciertas comparaciones, distancias y rivalidades entre ellas. Mina cree que Esther está molesta con ella porque la dinámica familiar se organiza alrededor de su cuidado. Los síntomas no le permiten tener constancia en sus empleos, lo que acentúa los conflictos con su hermana por el aporte económico, ya que al no contribuir se sentía como una “carga”.

Al hablar sobre cómo es vivir con dolor crónico, Mina mencionó que su enfermedad es somática, debido a que vivió un abuso sexual en la universidad. Que esto

también hace que la protejan mucho, como si la quisieran “tener en una burbujita”, a comparación de su hermana a quien no le ponen restricciones.

Sobre la dinámica en su familia, mencionó que antes su papá solo proveía, pero ahora que vive con ellas se involucra más en lo emocional, aunque también se muestra restrictivo en torno a lo que ellas como hijas deberían hacer o no, a ver a la nueva pareja de su mamá, o incluso a su mamá. También mencionó que su padre la pone en un rol de esposa y que esto se denota por quedarse a dormir en el cuarto de su mamá, Mina refiere que “yo soy su hija, él no necesita tener una mujer para sentirse bien” y “ya no quiero estar aquí, no quiero estar durmiendo en el cuarto de mis papás”.

Para la siguiente sesión programada, una infección se le complicó y la hospitalizaron, y se habló con ella sobre las faltas que da la institución y el programa por el número de sesiones reducidas. Al reprogramar la sesión y confirmar, ella escribió unos mensajes donde decía que su hermana la había golpeado, que se había ido de su casa, y ya no iría a terapia porque su papá la había lastimado mucho desde pequeña y no quería verlo. Se le ofreció marcarle.

La segunda sesión solo se tuvo con Mina y se pudo esclarecer cierta información que probablemente no hubiera sido posible con su padre presente. Incluso parece que hizo una especie de preparación para dejar ver el comportamiento de su padre hacia ella.

3.1.3.3 Llamada 1

Al hacer una llamada, Mina tenía un tono de voz distinto, un tono infantil. Lloraba y pidió que se le creyera porque otros no lo hacían, como su terapeuta R. (de quien hasta esta sesión se tuvo noción, era alguien con quien Mina llevaban dos años juntos trabajando el TEPT de Mina). Habló sobre cómo su papá abusaba sexualmente de ella siendo una niña y como seguía haciéndolo de diferente forma. Se validó su sentir y su relato. A momentos tenía un lenguaje desorganizado, pero en la medida de lo posible se

buscó asegurar que se encontrara en un lugar seguro, pero la preocupación de Mina era su hermana, pues seguía en casa con su papá. Pidió apoyo para decirle a su mamá en la sesión del día siguiente, lo que había pasado con su papá, aunque en una llamada posterior mencionó que ya sabía. Se le ofreció hablar primero con ella para ubicar sus necesidades y después hacerlo con su mamá ya teniendo mayor claridad. En ocasiones no era comprensible lo que Mina intentaba comunicar, estaba agitada y le costaba seguir una conversación.

A partir de esta sesión no fue posible hacer alguna intervención desde el modelo de Milán, porque lo que se requería era más un manejo de crisis psicológica y contención. Se detallan las acciones realizadas a continuación:

- Resguardo de la persona: se buscó que la consultante estuviera fuera de peligro y en un lugar seguro. También apoyarla en encontrar opciones con las que se sintiera capacitada para resguardar a su hermana.
- Sondar posibles soluciones para generar alternativas viables y concretas ante las preocupaciones que presentaba en ese momento: informar a su mamá sobre lo ocurrido y el resguardo de sí misma.
- Validar lo que sentía Mina, hacerle saber que se le creía y escuchar sus preocupaciones buscando proponer darles sentido en el siguiente encuentro terapéutico.
- Entre la agitación y el lenguaje desorganizado, era difícil entender lo que quería expresar. En la medida de lo posible, se buscó que también hiciera contacto con su terapeuta R., con quien parecía que tenía una alianza terapéutica.

3.1.3.4 Sesión 3

Mina llegó sola a la sesión, aun cuando se le recomendó ir acompañada. Se notaba diferente, más distante (con la mirada perdida) y suspicaz. Ya dentro del consultorio, refirió sentirse muy inquieta, mencionó que había ido antes a intervención en crisis. Desde el inicio de la sesión estaba llorando y en ocasiones hablaba con los ojos cerrados. Mantenía un discurso consigo misma más que con la terapeuta. Había ocasiones en que repentinamente dejaba de llorar y solo mantenía la mirada fija.

Describió cómo habían sido los abusos conferidos por su padre y por otras personas. Se buscó contenerla en la sesión esperando que la recogiera su familiar, pues era importante que la valorara un psiquiatra por su seguridad y la de otros.

Mina no estaba en condiciones para llevar a cabo una terapia, por lo que solo se buscó hacer atención en crisis, contención emocional y una derivación a psiquiatría.

Dentro de este abordaje se realizaron las siguientes actividades:

- Se buscó saber cómo estaba su adherencia al tratamiento o si había modificado alguna dosis, sin embargo, al estar en un aparente brote psicótico no podía responder con total claridad que había tomado. También se localizó un contacto de emergencia que pudiera saber de su estado y gestionar en conjunto una intervención psiquiátrica pertinente. La psicosis puede ser una respuesta en nuestras vidas, especialmente hacia el trauma, pero también ante eventos y circunstancias de la vida estresantes. Los supervivientes de trauma a menudo se ven perturbados por flashbacks e imágenes intrusivas, o pueden “disociarse” y abandonar mentalmente la situación, aislarse o “apagarse”. Y aun cuando incluso pareciera que no hay vínculo directo obvio, los acontecimientos angustiantes o traumáticos en la infancia, pueden afectar la forma en que las personas

experimentan e interpretan las cosas más adelante en sus vidas. Podrían desarrollar creencias sobre sí mismos donde se devalúan, sentirse en riesgo constante o que el mundo es un lugar insensible (The British Psychological Society).

- Dentro de los síntomas que se presentaron en la sesión se notaba un habla desorganizada, silencios prolongados, a momentos se disociaba entre el dolor y el “desconectarse”, con la mirada de las “mil yardas”, respuestas emocionales intensas (llanto descontrolado, se mecía constantemente, mantenía los ojos cerrados al contactar con el dolor lo que podría parecer un flashback). Van der Kolk (2015) argumenta que estar asustado significa vivir en un cuerpo que siempre está en guardia, lo que parecía que sentía Mina pues en la sesión mencionaba “al depredador” (su padre), no quería que se le viera limpiar su rostro, el miedo que reflejaba su cuerpo al hablar de lo que le había ocurrido, entre otras características.
- La disociación es la esencia del trauma, ya que, al ser una experiencia abrumadora, la persona se divide y se fragmenta para protegerse, de modo que las emociones, los sonidos, las imágenes, los pensamientos y las sensaciones físicas relacionadas con el trauma no tengan injerencia. La conmutación es una característica de la disociación, las personas se activan de un modo distinto al hablar de ciertos temas con carga traumática y puede reflejarse un cambio notable en la escritura, en la voz, en expresiones faciales y movimientos corporales diferentes o su carácter (Van der Kolk, 2015). En este caso, Mina cambió por completo su voz, su forma de andar, su carácter y sus emociones.
- Garantizar la seguridad física inmediata tanto de Mina como de era esencial. Buscar en la Cámara de Gesell donde se llevaba a cabo la sesión que objetos podrían ser de riesgo para ella, como los cristales, los contactos de luz, objetos

punzantes, muebles, etc. Así que era preponderante asegurar que físicamente no se corrieran riesgos.

- Mantener el contacto con el presente y el espacio también fue decisivo para estabilizarla lo más posible aún sin la medicación, se le invitaba a recordar actividades prácticas que hizo temprano buscando conectar con su entorno, buscando desconectar del recuerdo traumático que evocaba. Ella también parecía autorregularse en su día y en la sesión, pues reportó actividades que le ayudaron a calmarse como organizar cosas, pero también dentro de la consulta como el mecerse, el acostarse en el piso, cerrar sus ojos y querer abrazar algo para sentirse segura sintiendo compañía. También se le insto a que respirara, a asegurarle que este espacio era seguro, que se le apoyaba, ubicarla en donde estaba, quién era ella, que sucedía, sin embargo, en el estado en el que se encontraba ella instaba que quería gritar y pedía que la escucharan.
- Como terapeutas, no es fundamental conocer todos los detalles del trauma de una persona, sino que estas puedan aprender a tolerar las sensaciones, emociones y reacciones que experimentan sin que estas les secuestren constantemente. Esto propiciado por la restauración de la capacidad para regular la fisiología del cuerpo con actividades básicas como respirar, moverse y tocar (Van der Kolk, 2015), por lo que, en este caso, reconectar con su cuerpo podía ayudar a traer al aquí y ahora a la consultante.
- Para esta agitación que presentaba diversos autores hacen diferentes recomendaciones como: el uso de la técnica de “enraizado” (grounding), donde se invita a la persona a dirigir sus pensamientos hacia el mundo externo, a través de la respiración, de la conexión con el cuerpo y de mencionar 5 objetos y sonidos que no le causen angustia de la habitación donde se está (Hernández y Gutiérrez, 2014); otra técnica propuesta es la pendulación propuesta por Peter Levine, quien

propone que entrar y salir cuidadosamente de las sensaciones internas y de los recuerdos traumáticos, de este modo, se ayuda a los pacientes a expandir gradualmente la ventana de tolerancia y poder hablar en sesiones posteriores sobre las "tendencias de acción incompletas" en el momento del evento traumático (Van der Kolk, 2015).

- Buscar conexión primero con su familia y luego buscar redes que fungieran como apoyo psiquiátrico y social fue muy útil. Lograron como familia encontrar un espacio para hablar sobre sus opciones jurídicas. El acceso a la ayuda familiar denoto grandes recursos que tenían, tanto como red de apoyo emocional como a nivel económico que pudiera darle a Mina opciones. Se realizó una interconsulta con R., su otro terapeuta, quien reportó estar en un proceso con ella desde hace dos años tratando su TEPT y reportó que eran delirios los abusos que reportaba, que él había hablado una noche antes con ella y pudo ubicar que el brote podía pasar, aunque Mina reportó solo hasta la llamada 1 el trabajo con su terapeuta R.

3.1.3.5 Llamada 2

Debido a que la intervención de la sesión tres fue bastante duradera en tiempo y en efectos emocionales para Andrea. Daniela apoyo con los familiares de Mina como contacto.

En la noche, después de la sesión, la tía de Mina habló con Daniela, diciéndole que necesitaba contención pues Mina quería aventarse por la ventana o lastimarse (mutilarse). Se intentó hacer contención pidiéndole que respirara y evocando el presente. Aunque se calmaba por ratos, pronto volvía a parecer agitada y comenzaba a relatar otros abusos (añadiendo personas a la lista), así como detalles de los abusos por parte de su padre cuando era niña. Mencionó que por ello "quería ser una chiquita", porque no tuvo la oportunidad de serlo, también que no le gustan los medicamentos psiquiátricos pues

“aprovechan que está drogada para lastimarla” y que ella misma ha propiciado encuentros sexuales con hombres que en el acto la lastiman, como una especie de adicción. Mientras hablaron con su psiquiatra esa misma noche, este le recetó un medicamento para que durmiera y acordaron ir a cita con él al siguiente día, donde el médico no consideró pertinente internarla y sólo cambió las dosis de su medicina. Su familia informó que seguirían trabajando con otros terapeutas y que se encontraban seguros. Nos despedimos del proceso con Mina y ella a su vez agradeció el apoyo.

Las intervenciones que se hicieron fueron similares a los de la llamada 1, sin embargo, esta llamada tuvo componentes emocionales más abruptos y la crisis fue más aguda. Se busco en primera instancia garantizar su seguridad física pues las ideas de autolesión y automutilación eran constantes, también se buscaba que contactara más con el aquí y el ahora a través de invitaciones que pudiera desempeñar con su cuerpo. Por seguridad, se recomendó buscar el apoyo de su psiquiatra, pues el estado en el que estaba Mina era peligroso para ella y sus familiares cercanos. Al ser casi media noche, el psiquiatra únicamente le receto algo para que se quedara dormida y al día siguiente indico visitarlo para evaluar un internamiento.

Después de esta última llamada, solo se tuvieron algunas interacciones con Mina, su terapeuta y su mamá. Informaron que se encontraba estable, que retomaría sus terapias en el espacio con R. (terapeuta) y agradecieron el apoyo brindado.

3.2 Análisis y Discusión Teórico-Methodológica de la Intervención Clínica con el Caso Elegido

3.2.1 Análisis del Sistema Familiar

3.2.1.1 Sistema Significativo

Algunas de las personas implicadas en el sistema significativo de Mina son:

- Romel el papá de Mina, quien violentó de diversas maneras a sus hijos y a su exesposa.
- Para Mina han sido personas significativas los hombres que han abusado de ella.
- La red de apoyo de Mina, pues cuenta con recursos que permiten la movilización, abogados, psiquiatras, etc.
- Su hermana, aunque llevaban una relación conflictiva parecía que esta forma de relacionarse era también para cuidarse.
- Su mamá era una figura que, si bien la lastimó, encontró en ella apoyo para poder protegerse de los abusos que estaba viviendo.
- El terapeuta R. con el que ha mantenido un proceso terapéutico.
- Nuestro espacio terapéutico fue significativo pues aquí se abrió el tema del abuso y contó con un equipo de terapeutas que se movilizaron para apoyarla.
- Su madre y su esposo han sido de apoyo antes y en la crisis, pues se han movilizado para cuidarlas.
- El contexto institucional tiene una carga ambivalente, pues por un lado de ha ofrecido múltiples oportunidades, pero también ha generado contextos de riesgo para ella.

3.2.1.2 Procesos familiares

Macroprocesos. Podríamos decir que la *morfostasis*, que garantiza la estabilidad y continuidad ante las variaciones del ambiente circundante e interno de la familia (Reséndiz, 2014), fue el proceso predominante durante al menos 30 años, ya que a pesar del alcoholismo de Romel y los abusos que perpetraba, surgieron mecanismos de protección y supervivencia como enfermarse e incluso “olvidar”, para resistir ante la violencia. Asimismo, el que siempre estuviera uno de los padres en casa para “cuidar” a las hijas adultas y seguir nombrándoles como “niños”, fueron maneras de mantener la estabilidad de la familia. Sin

embargo, a partir de lo sucedido hacia la tercera sesión, tomó fuerza el proceso *morfogenético*, pues expulsaron al papá de casa al denunciarlo, hubo una reubicación de las hijas rompiendo el principio de identidad y continuidad de la familia.

En lo referente al *principio de complementariedad y multiplicidad de identidades*, había primado la *cohesión grupal* por encima de la *autonomía*. Consideramos esto pues cuando Sonia decidió casarse nuevamente se le castigó con la exclusión, y porque la sobreprotección que Mina refirió, no permitía que desarrollara su independencia en otros espacios. La forma que tuvo Esther de “afirmar” su independencia fue a través de los comportamientos impulsivos de su TLP, y Sonia tuvo que llevar su relación en secreto. De igual forma, parece que el hermano mayor se retiró tajantemente de la familia, como si no hubiera una forma equilibrada de pertenecer y ser autónomos.

Procesualidad. Al llegar al espacio terapéutico, la familia y cada miembro atravesaba por diferentes procesos. La familia estaba enfrentando el divorcio de sus padres y lo que vino con este: el reacomodo de quienes vivían en el hogar, el cambio de funciones en el caso del padre como proveedor a cuidador de las hijas, las nuevas interacciones que se tenían que dar a raíz estas organizaciones.

Hablaré de los procesos de las personas que conocí durante la terapia, pues tengo nociones de los demás integrantes, pero solo por el reporte de Mina y su padre. Mina estaba atravesando un despido en su trabajo por sus inasistencias, debido a su condición médica, se añadía la competencia que había con su hermana por la atención de sus padres, el proceso terapéutico donde trabajaba un abuso sexual y su diagnóstico con TEPT, la pérdida de su cuidadora primaria (madre) y el entrenar a su papá para que pudiera brindarle los cuidados necesarios.

Respecto al padre, se encontraba atravesando un duelo por la separación de su esposa además del nuevo matrimonio de ella, retomando una relación cercana a sus hijos cuando ya no vivía con ellos desde hace varios años, su propia situación laboral, y en

momentos también refería que su alcoholismo le había traído problemas, aunque afirmaba que no era algo de interés para el proceso.

Posterior a la crisis emergente, la familia se reorganizó, se atendieron los procesos psicológicos, legales y médicos a raíz de reconocer el abuso. Las hijas se fueron de la casa que compartían con Romel, vivirían cada una sus procesos después de la denuncia, la madre también enfrentaría todo el acompañamiento y soporte que necesitarían sus hijas, entre otras situaciones que se pueden hipotetizar.

Microprocesos. Estas discontinuidades menores facilitan el ingreso de nuevas formas familiares y la construcción de nuevos significados (Reséndiz, 2014). Uno de ellos pudo ser cuando Sonia empezó a tener conversaciones con Lef, vivirse de una manera diferente como mujer. La decisión de Mina de ir a las reuniones de su familia materna, aunque Romel se molestara o incluso mantenerlo en secreto como forma de cuidado. El cambio de Mina a la habitación de la mamá, que más tarde le hizo percatarse de que no quería ocupar el lugar de “esposa” y alentó en ella el recuerdo del abuso.

Multiprocesualidad. Este concepto hace referencia a procesos familiares interconectados en diferentes niveles de manera recursiva. Más adelante se describe a detalle este punto.

3.2.1.3 Creencias, Premisas y Sistemas de Significado

Los procesos y sistemas de significados se encuentran entrelazados confirmando o generando construcciones sociales (Reséndiz, 2014), sin embargo, para fines de análisis se tratarán por separado.

La *premisa* que había sido más importante para la familia de Mina, tiene que ver con ignorar activamente algunas situaciones, se podría delinear como: “no podemos hablar de ciertas cosas, no están sucediendo” junto a “no podemos irnos”, premisa que se justifica a través del cuidado de los demás, por ejemplo: “hay que cuidar a las -niñas-, no

pueden estar solas” y sostenida al extremo, culmina en manifestaciones de enfermedad, que implican de una u otra manera incapacidad de las hijas para ser autónomas, pero que también de esa forma parecían estar en una especie de silencio donde podía reiterarse el abuso, ya que no se podía transparentar. También la premisa relacional sobre el secreto como una forma de interacción entre ellos, pues esta era una forma de cuidarse y cuidar a otros, aunque en realidad generaba afectaciones a los miembros; por ejemplo, mantener el secreto del abuso, el secreto del divorcio, del motivo para buscar terapia, de la relación de la mamá y el deseo de estar con ella.

En cuanto a las 3 dimensiones de los *paradigmas*, (Reiss, 1987, como se citó en Reséndiz, 2014), analizamos lo siguiente:

1. *Configuración*: Entendiendo las creencias de la familia acerca del ambiente social, podríamos decir que la familia de Mina ve el ambiente como incontrolable, dañino y caótico; percibir el mundo como amenazante, por ejemplo, el miedo a lo que le podría suceder a Mina luego de que abusaron de ella. Adicionalmente, los diagnósticos médicos y psiquiátricos de ambas hijas podrían hacer parecer el mundo como un lugar más amenazante.
2. *Coordinación*: Entendido como la percepción que la familia cree que otros tienen de ella misma. Consideramos que esta familia suele pensarse “en conjunto”, ya que a pesar de que Mina tenía un conflicto muy personal, solicitó terapia familiar y las movilizaciones que se han generado como la mudanza de Romel o el estar cuidando a las hijas ha sido la manera en que una familia debe actuar. Romel por su parte hablaba de no ser “una familia normal”, pues se presentó el divorcio o el vivir separados, incluso la preocupación por como los vieran los vecinos ante todos los cambios que le aquejaban. Después de la denuncia y resguardo de las hijas, también podrían enfrentarse como mujeres de la familia a una serie de ideas y prejuicios sobre como el abuso se hizo parte de sus vidas.

3. *Información en el sistema:* Se refiere a la orientación de las familias con respecto a si interpretan los eventos del mundo social a partir de la experiencia actual o pasada. Por lo que antes de hablar del abuso, esta familia basaba más sus interpretaciones en experiencias pasadas, de un mundo del cuál las hijas necesitaban protección y las premisas sobre el deber ser de “una familia normal”. En el momento de crisis, también se hacía referencia al pasado, pensando a los hombres como personas que lastiman y de quienes hay que cuidarse. Una vez pasado el momento de crisis, las mujeres de la familia parecían orientarse más a la experiencia presente hablando de lo que necesitaban, de su círculo cercano y de las instituciones que las acompañaban.

3.2.1.4 Niveles Sistémicos, Contextos e Interdependencia de los Contextos

Niveles Sistémicos. En esta familia podemos encontrar primero los niveles individuales de cada persona, cada uno tenía su propia vida y dinámica. La madre había decidido formar una nueva relación de pareja, lo que la llevó a irse de la casa por presión de sus hijos y exesposo. El padre como un hombre que se había distanciado físicamente de su familia, pero que ahora retomaba un rol de padre cercano y cuidador con sus hijas. El hijo como un hombre que vivía lejos del entramado familiar, que se comunicaba con las hermanas, pero difuso en las historias. La hermana de Mina como una mujer más joven, pero con una carrera exitosa, alguien que se sustentaba por su propia cuenta y no requería tanta atención en comparación con su Mina, aunque también tenía un diagnóstico que dificultaba establecer relaciones con su familia (TLP) y se le categorizaba con una enfermedad mental. Mina como una mujer que dependía de los cuidados de otros y a su vez cuidaba de ellos, con condiciones médicas que la limitaban en otros aspectos de su vida.

En un nivel que abarcaba a la familia extensa, ellos como familia tenían el apoyo de la familia materna, pero parecía que no el de la familia paterna. Conocían a la nueva mamá y la aceptaban, además de que convivían con las hijas. También integrantes de la familia materna le dieron apoyo a Mina en el momento de la crisis, la recogieron de las instalaciones de la UNAM y les facilitaron redes de apoyo para lo que se necesitara en el proceso de denuncia.

Es una familia donde se cometió abuso sexual por parte de un integrante al interior de un contexto social donde la violencia hacia las mujeres se ha hecho más presente y este tipo de casos ha cobrado más visibilidad en los contextos terapéuticos.

Contextos e Interdependencia de Contextos. En este caso, cabe señalar algunos marcadores de contexto (Boscolo et al., 1985); al brindar servicio dentro de la institución, existen normas respecto a la asistencia o duración de los procesos, que nuestro trabajo sea evaluado cuantitativamente también influye en nuestro proceder. La institución debió activar protocolos para dar respuesta al brote, no sólo contar con la respuesta de la terapeuta y el equipo. También, a raíz de que en las sesiones se expusieron los abusos sexuales que vivió Mina, en especial los de su padre, se respondió a dos contextos, por un lado, la terapia como un espacio de control social que busca no salvaguardar a la persona e intentar evitar un riesgo a la misma y otro en el que se pide ser terapeuta y acompañar de manera terapéutica en este evento.

De igual forma, hay ambivalencia en el contexto familiar; Mina tenía una posición donde la dinámica giraba en torno a su cuidado, al exponer los abusos, cambió de posición para proteger a su hermana ayudándola a salir de esa situación. La “sobrepotección” de Mina aunada al tema médico, ha dificultado su realización profesional, autonomía e independencia. En el mismo sentido, los abusos a los que estuvo expuesta tantos años terminaron llevándola a contextos médicos y quizá a relacionarse de formas que concluían en nuevas relaciones abusivas. Asimismo, el

contexto de la familia extensa (del lado materno) está lleno de recursos y es un lugar donde Mina sí puede encontrar seguridad, lo que también va impactando en los diversos ambientes en que ella se mueve.

Se considera importante hablar del contexto ideológico y relacional en la terapia, que invitó al recuerdo del abuso; sabiendo que su información sería protegida y reconocida.

Referente a la interdependencia de contextos, como un reflejo de la influencia y el entramado entre todos los que conformaron este espacio terapéutico. A nivel institucional se plantean una serie de normas sobre como se espera que los terapeutas lleven el proceso terapéutico, lo que no solo influye en el servicio, sino que en parte como se abordan los casos, incluyendo el de Mina. Pues si esto se diera en un contexto privado, la situación podría haberse manejado de diferente manera a lo que se hizo.

El cuidado que se le ha brindado a Mina por su condición médica ha limitado que ella se desenvuelva completamente en otras áreas de su vida, ya que, al necesitar a un cuidador, su independencia se veía limitada. Esto a su vez cobra importancia en un contexto laboral con reglas definidas, por ejemplo: existen ambientes laborales no incluyentes que no toman en cuenta las condiciones necesarias de trabajo para ciertos padecimientos, en los cuales Mina se encontró y replicaron en ella un sentimiento de dependencia. Esto se conecta con las especificaciones de la clínica y de cada supervisión en particular, pues ante la gran demanda de atención se pide a las personas que se comprometan con su asistencia a los procesos y si no se indagan las condiciones específicas, puede caerse en un contexto que antepone generalizaciones sin ver los detalles específicos de cada caso.

En el caso de la terapeuta, también su contexto particular se conectaba con los de la familia y en especial, con los de Mina. Pues por un lado el representar a la institución en el servicio brindado generaba expectativas sobre la forma de cumplir el proceso

terapéutico. También el ser una práctica supervisada y con equipo terapéutico complejizaba el entramado, pues se tomaban en cuenta más hipótesis y rutas de acción en cada tema trabajado, pero esto a su vez dificultaba la atención porque el motivo de consulta cambió conforme las sesiones se desarrollaban y pasó de ser un tema familiar a ser sobre los abusos que había sufrido Mina.

3.2.1.5 Tiempos y Concordancia entre los Tiempos

Desde una perspectiva diacrónica, Mina relató que desde su infancia han hecho distinciones entre su hermana y ella, lo que explica cómo en el presente genera conflicto; también relató cómo su papá fue una persona ausente en sus vidas, pero que abusó de sus hijos cuando llegaba a casa alcoholizado y como los abusos continuaban en el presente. Estas experiencias, mencionó ella, reducen sus opciones a futuro e incluso le hace cuestionarse cómo quiere ser nombrada, la profesión que quiere desempeñar, el lugar que quiere habitar, etc. Por ello, los diálogos referentes al abuso en el presente versaron acerca del futuro con esperanza y cambios, los cuales pueden apoyar a la reorganización de la familia de una forma que les favorezca. Por su parte, Romel, narró que, aunque estuvo ausente, siempre fue proveedor; se dibujó como un hombre violentado por su exesposa y traicionado por ella. En el presente, esto significaba cierto “derecho” para pedir la “lealtad” de sus hijas, de forma que consideraba una traición por parte de ellas que convivieran con su madre. Sus relatos presentes, daban pie a un futuro donde sus hijas no tenían más posibilidades que ser traidoras por relacionarse con su mamá o estar con él y cortar lazos con ella.

Referente a los demás integrantes, no se tiene información precisa como ellos significaban estos eventos, pero de acuerdo con los relatos de Romel y Mina se puede intuir que la hermana de Mina también tuvo consecuencias de la condición médica de Mina, puesto que al necesitar más de los cuidados de sus padres enfocaban su atención

en Mina y ello generaba resentimiento y cierta competitividad, pues a Mina se le representaba como alguien dependiente económicamente y medicamente, pero a su hermana se le veía como una persona que había tenido éxito académico y profesional, aunque a costo de la atención y cariño de sus padres. Estos significados permeaban la relación como hermanas, sin embargo, cuando se denunciaron los abusos que el padre cometía, también presentaron una relación de alianza para cuidarse de Romel, pues Mina contactaba con la preocupación de salvaguardar a su hermana y sacarla de la casa donde vivían.

El padre quedó de alguna manera “suspendido” en un pasado, que traía al presente. De alguna manera, el se asumía como un hombre que requería de una esposa y las características con las que el investía a esa figura. El hecho que Mina durmiera en la habitación donde antes dormía su madre, en la visión de Romel, permitía que sobrepasará los límites como padre y le atribuyera a ella un rol que no era adecuado. Esto lo hizo quedar fuera de los tiempos de la familia, donde todos avanzaban, se vivenciaban y relacionaban como adultos, donde cada uno intentaba construir sus vidas; él seguía viviéndolos como sus “niños” y como un padre que podía abusar de sus hijas sin que ellas pudieran hacer algo.

Desde un eje sincrónico podemos hablar de las construcciones “estáticas”, tal como hacer una instantánea a la familia. Al describir el conflicto en el momento que llegaron a terapia, podíamos ver a una hija adulta entre un conflicto de lealtad en torno a su padre y madre, quien llevaba consigo un secreto que eventualmente salió a la luz; una mujer con dificultades para establecer una vida profesional satisfactoria. Por otro lado, vemos a un hombre adulto que trataba a sus hijos como niños, quien abusaba a su hija y seguía viendo a su exesposa como su pareja. Vemos a un hijo apartado, del cual no se habló.

La relación entre los tiempos individuales, familiares y sociales se pueden ejemplificar en el momento en que se espera que Mina a su edad tenga un empleo que le genere recursos, lo que representa un tiempo social marcando como debe ser el tiempo individual. Los tiempos familiares marcan el no paso del tiempo, asumiendo en un sentido que los hijos aun cuando son adultos, se les cataloga como los niños y se les “protege” de esa manera, sin embargo, eso no exime el daño que se les puede hacer a los mismos.

3.2.1.6 Hipótesis

En un inicio, los síntomas corporales de Mina (dolor crónico y las dificultades con el control/dolor en su esfínter) me invitaban a hipotetizar sobre la presencia de abuso sexual en algún momento de su historia. El dolor crónico de Mina, no tenía una causa orgánica específica de acuerdo a los médicos, por lo que se atribuía más a una manifestación somática. Situación que se confirmó cuando Mina refirió la historia de los abusos a los que había sobrevivido y como a raíz de uno de ellos, comenzó las dificultades con su esfínter.

La confusión del rol de Mina, posicionada por su padre como su “esposa” e “hija” generaba un dilema relacional mezclando el cuidado y el abuso. Se generaba confusión por un padre que tiene el rol de cuidar y proteger, quien aparte en su discurso vende estas ideas, en contraposición al padre que es hombre a la vez y busca su satisfacción transgrediendo los límites con su hija. Aunque estas dos figuras son un mismo Romel, quien era el responsable de proveer cuidados a la condición médica de Mina, dejándola “atrapada” entre ambas versiones. Lo que se expande a su manera de relacionarse con otros hombres, quienes pueden cuidarte, pero a cambio también piden que les cuides, incluyendo la satisfacción sexual a costa de tus deseos.

Además, que esta visión de los hombres podía reforzarse con las historias que encontraba en su familia, ya que algunas mujeres de su familia le habían referido haber

vivido también abusos sexuales. Lo que podía dejarla en un mundo donde los hombres era una amenaza, aunque no podías prevenirlo, pues también mostraban un rostro donde te trataban bien.

Adicionalmente, los relatos de Mina dejaban entrever que también su hermana sufrió de esos abusos por parte de Romel, aunque no se sabe si de la misma manera. Entonces entre ellas, aún en la competencia que generaban por la atención de los padres, también eran capaces de cuidarse para que esto no les pasará. Pues en la primera llamada que se tenía con Mina, la preocupación por que su hermana pudiera ser rescatada de la casa que compartían con su padre le ayudaba a conectar con la realidad.

Los secretos familiares como ocultar la nueva relación de la madre entre holones, y los abusos del padre hacía la madre e hijas, generaron un ambiente de desconfianza y vulnerabilidad, ya que para mantener el secreto se impedía buscar apoyo y se aislaban entre ellos. Estos secretos funcionaban como mecanismos de control y protección.

En el caso de Mina, el ser posicionada en un constante mensaje de incapacidad o dependencia por estar “enferma” y por haber sido “abusada”, podía dejarla intentando reiteradamente intentar probarse como una mujer adulta que autosuficiente, pero también se le reiteraba el fracaso en cada movimiento porque estaba “enferma”. Lo que la volvía a posicionar como una mujer que debía ser cuidada y a quien se le debía proveer, alimentando su vulnerabilidad.

Sobre el espacio en terapia, la alianza terapéutica pudo ser un factor que permitió que Mina se sintiera apoyada por personas que no buscaban un beneficio de ella y que no etiquetaban sus relatos como parte de una enfermedad, lo que propició que ella pudiera denunciar los abusos del padre. La revelación de este secreto permitió a la familia de Mina movilizarse, rompiendo con la dinámica que había estado prevaleciendo y permitiendo una nueva manera de integración.

3.2.1.7 Análisis de la Circularidad de los Procesos

Siguiendo el modelo para el análisis multiprocesual de las relaciones familiares de Fruggeri (2016), el caso podría describirse de la siguiente manera:

1. Relaciones familiares (nivel individual y grupal):
 - i) Romel ejercía violencia hacia sus hijas y su exesposa, lo que refleja una dinámica de poder y control en la familia. Además de que también se relacionaba con Lef devaluándolo, lo que puede ser un reflejo de como buscaba mantener su autoridad y lugar dentro de la familia. Lo que colocaba a las mujeres en una posición jerárquica inferior ante los hombres.
 - ii) La rivalidad entre Esther y su hermana se marcaba por una ambivalencia entre rivalidad y cuidado, donde la protección se combinaba con la competencia. Además que Sonia, como mujer y madre, podría decirse que tenía un rol de protección y apoyo definido, infiriendo que tanto hombres y mujeres tenían un rol jerárquico y división de laborales bien definido.
 - iii) La relación del hermano de Mina con el resto de la familia era distante, lo que podría reflejar una forma de mantenerse separado del entorno disfuncional. Sin embargo, también se describieron decisiones que él tomaba que determinaban el rumbo de la madre y hermanas, lo que podría referirse a la complejidad de las relaciones de poder en la familia.
2. Relaciones entre la familia y el ambiente (nivel social):
 - i) La interacción con instituciones y servicios médicos, escolares o jurídicos con los que Mina y el resto de su familia interactuaba han jugado un papel en la problemática familiar, ya sea para reforzando o desafiando las dinámicas familiares existentes. Por ejemplo, el hecho de tratar a Mina por

TEPT y sus intentos de denuncia al padre como alucinaciones, expusieron a su hermana y a ella a vivir en un entorno donde eran violentadas. Aunque del otro lado, los servicios médicos también le han permitido tener mejor calidad de vida aun con sus padecimientos físicos.

3. Procesos interpersonales, simbólicos e interactivos:

La competencia y evaluación constante evaluación constante dentro de la familia perpetua patrones de rivalidad y desigualdad. Así es como en esta familia se han hecho los procesos de socialización y ello conlleva que dependiendo si se es hombre o mujer serán tratos y posiciones definidas.

4. Diferencias individuales:

Los procesos anteriores están alimentados por diferencias individuales tales como: el ser adulto y ser niño, ser hombre o ser mujer, ya que puede que el ser hombre haya facilitado el distanciamiento del hermano mayor y en el caso de la hermana mejor la etiqueta de “rebelde” le ayudó a marcar distancia con la familia. En contraste con Mina, que al etiquetarse como “dulce, amable”, se le pudo mantener en una posición vulnerable, lo que contribuyó a su victimización.

Aunque ambas hijas fueron etiquetadas como pacientes psiquiátricas, aunque con diferentes diagnósticos, esto refuerza a nivel social la tendencia a segmentar y clasificar a las personas dentro de la familia y de la sociedad, lo que disminuye la credibilidad de las personas, especialmente en casos de abuso. Romel como figura de autoritaria y como persona que violentaba, pudo contribuir indirectamente en ese etiquetado psiquiátrico, ya que su comportamiento pudo haber exacerbado las dificultades emocionales de ambas hijas. Aunque también pudo haberse beneficiado de esos etiquetados porque así podía deslegitimar los testimonios o denuncias de sus hijas.

En el caso de su madre, Sonia pudo haber tener un rol de cuidado con ambas hijas, pero también haber contribuido en el etiquetado psiquiátrico que daba sentido a una

situación que no podía controlar. Entonces el que las hijas presentaran síntomas psiquiátricos pudo haber limitado el poder de Sonia para actuar de manera efectiva en defensa de ellas.

5. Procesos macrosociales, simbólicos y estructurales:

A su vez estas diferencias son atribuibles a procesos macrosociales, simbólicos y estructurales como el machismo y misoginia que promueven una distribución de roles de género que desfavorece a las mujeres y nos convierte en objeto de violencia, ante lo que han respondido los feminismos, movimiento gracias al que se han abierto espacios para que Mina reciba el acompañamiento necesario. En el caso de Romel, ilustra como estos sistemas permiten que las mujeres sean relegadas a roles de subordinación.

Por otro lado, el adultocentrismo también promueve una visión de los niños como deshumanizados, por lo que pueden ser víctimas de violencia ya que se les ve como objetos de control y eso puede justificar la violencia que se comete en su contra. Asimismo, la institución psiquiátrica tiene una forma de funcionar que segmenta a las personas y separa a quienes muestran episodios como el de Mina y se les resta credibilidad a sus señalamientos de abuso por “parecer parte de un delirio”, hecho que genera que la vulnerabilidad se agrave.

A su vez, todo lo anterior, se mantiene y transforma a través de las relaciones de la familia, por ejemplo: que Mina señalara los abusos de su padre, rompe con ideas machistas acerca de lo que puede hacer una mujer víctima de violencia y de la premisa de lo permitido dentro de la familia y en su rol de hija. Estas acciones desafían las normas tradicionales y abren espacios para la transformación de dinámicas familiares.

3.2.2 Análisis del Sistema Observante

3.2.2.1 Aperturas

Las aperturas presentes en el proceso que se llevó con Mina fueron:

- La traición- Mina refiere que su mamá los engañó, pero ellos ya sabían de su relación. También Romel decía que los traicionó y mintió, pero él sabía de su relación.
- Los secretos familiares- Conectado con la idea anterior, guía la idea de los secretos en la familia y las lealtades entre ellos, ya que el engaño que cada uno vivió y creó se debió a diferentes motivos.
- La religión- Romel compartió como había creencias religiosas que guiaban algunas de sus premisas.
- Los roles de familia- Se tiene claro como es ser un padre proveedor, un hombre con necesidades sexuales, una esposa entregada, hijas que deben satisfacer a su padre, entre otros.
- Los síntomas como expresión- Darle voz a la experiencia sintomática de Mina. Al no poder asistir a dos sesiones compartió comprobantes de sus intervenciones médicas, ante lo que se mostró curiosidad. Asimismo, apoyar a Mina cuando habló sobre no querer ocupar el rol de esposa, y cuando habló del abuso, fueron momentos importantes para promover una relación de confianza.
- La enfermedad psiquiátrica- Como definición de las personas, limitando sus posibilidades, las relaciones y sus características.

3.2.2.2 Circularidad

El hecho de que Mina buscará terapia para su papá formó parte de un punto de inicio que movilizó a toda la familia, y es que, aunque no todos aceptaron participar directamente en la terapia, si existió un reflejo de como la familia respondió ante el movimiento de Mina, pues después de la denuncia tuvieron que develar secretos, lo que desafió las dinámicas preexistentes y llevando a su familia a actuar de maneras diferentes.

Ya en el espacio terapéutico, la postura de curiosidad en vez de alinearse con un discurso culpabilizador, fomento la reflexión de los miembros de la familia sobre sus propias responsabilidades y metas.

La dinámica que se manejaba con los “secretos” dentro de la terapia, también son ejemplos de la circularidad. Pues como terapeuta, también recibí invitaciones a ser parte de como la familia gestionaba esta información que se escondía. Por ejemplo, al intentar cuidar que Mina pretendía ir a terapia por el estado emocional de su padre, pero Romel a su vez, pensaba que la terapia era para Mina porque la veía afectada por el nuevo matrimonio de su madre; me vi envuelta en diferentes versiones y motivos de tomar terapia.

Mina mencionó sentir frustración ya que los médicos no entendían cómo se sentía, nos preguntamos si sintió que en este espacio podía expresar y como se daba la relación sin emitir un veredicto de credibilidad. Una forma de expresión de Mina era a través de su cuerpo, esa manera de comunicarse fue escuchada, inclusive en el brote psicótico, tomando en cuanto lo mencionado en el diálogo abierto, donde ella pudo necesitar de historias psicóticas, “por cuanto el terror causante de la conducta psicótica siempre está contenido en la conversación real” (Seikkula et al., 2005).

El equipo terapéutico genera una multiplicidad de ideas y contextos que permiten aproximarse a un entendimiento de la situación de la familia, lo que a su vez influye en la dirección que toma la terapia, sin embargo, esta multiplicidad puede hacer complejo el proceso terapéutico porque existía confusión sobre qué línea seguir y cómo manejar la información delicada. Esto refleja una interacción circular dentro del equipo, donde las decisiones de unos afectaban a la terapeuta y familia, y viceversa, ya que con toda la información nueva que iba surgiendo, el equipo terapéutico también iba cambiando sus ideas.

La necesidad de compartir ideas, sensaciones y emociones en otros espacios de supervisión son otra forma de ver la circularidad. Al compartir las experiencias con otros terapeutas, se genera retroalimentación y genera multiplicidad en los enfoques, lo que a su vez impacta la forma en que se aborda la situación familiar.

Las acciones individuales y colectivas dentro de la familia y en el equipo terapéutico no solo responden a las circunstancias presentes, sino que también crean nuevas realidades y dinámicas que retroalimentan el sistema, transformándolo continuamente.

3.2.2.3 Emociones Emergentes

Desde el inicio, fue fácil conectar con Mina en su rol de mujer e hija; aunque hablaba de lo que la molestaba, su tristeza era evidente, y su expresión emocional parecía estar profundamente influida por lo que su padre decía o la instaba a contar. En cambio, conectar con Romel fue más complicado, ya que su enojo se manifestaba en acusaciones, incomprensión, racismo y en su justificación de faltas, lo que lo colocaba fuera del conflicto. Percibía a Mina atrapada en un conflicto de lealtades, lo que podría estar censurando su sentir frente a Romel. Esto generaba confusión y frustración en mí como terapeuta, pues quería hacerle saber a Mina que estaba siendo acompañada y escuchada, pero también sentía que no era mi papel aliarme a la dinámica de los secretos.

En la última sesión, las emociones fueron intensas y se corporizaron tanto en la consultante como en algunos miembros del equipo terapéutico. Al inicio, como terapeuta, me sentía confiada, apoyada por el supervisor, pero a medida que avanzaba la sesión y los síntomas disociativos de Mina se intensificaban, el miedo se volvió más presente. En ocasiones, parecía que Mina estaba completamente desconectada de la realidad, e interpretaba su mirada como peligrosa. La falta de acompañamiento o de una intervención

decisiva por parte de la supervisión me generó una sensación de vulnerabilidad, ya que me sentía en riesgo ante la disociación de Mina y sin herramientas claras para manejar un quiebre de ese tipo. Por otra parte, algunos miembros del equipo experimentaron tristeza, indignación, asco y miedo, tanto por su seguridad física como por la mía.

Durante días, el enojo persistió, dirigido hacia el contexto, la supervisión, la psiquiatría y la institución. También apareció el cansancio y la apatía hacia otros casos, acompañados de una sensación de vulnerabilidad y riesgo, al vivirse como mujeres en el mismo contexto que Mina, sin conocer el nivel de peligrosidad del padre de Mina para ella y para el equipo terapéutico.

Con el tiempo, las repercusiones emocionales se volvieron más sutiles, aunque persistieron detonantes que ponían en alerta al grupo. Estos detonantes, aunque basados en experiencias formativas previas, también están permeados por el temor a enfrentar nuevamente un brote psicótico con algún consultante.

3.2.2.4 Prejuicios

Como terapeutas podemos encontrar algunos prejuicios que nos acompañaron en diferentes momentos del proceso:

- Respecto a la búsqueda de acompañamiento tenemos el siguiente prejuicio: quien desea apoyo terapéutico es una persona que lo busca activamente. Mina quería la atención para su padre, pero decía que era atención familiar.
- Referente al pensamiento médico tradicional existen criterios diagnósticos que influyeron en la escucha que Mina recibía, pues en otros espacios terapéuticos, las acusaciones que ella realizaba sobre su padre fueron escuchadas como delirios a raíz de su TEPT. Este prejuicio no permitía explorar la posibilidad de que ella realmente estuviera viviendo violencia sexual.

- Una cuestión de abuso sexual es inadmisibles, un acto inhumano, sobre todo si sucede de padres a hijos.
- A los supervisores clínicos que nos instruyen en nuestra práctica terapéutica, se les mira como figuras que ante cualquier evento que surja van a saber que hacer o como responder y fungen como fuente de apoyo, seguridad y protección. Sin embargo, también hay campos donde no cuentan con las herramientas necesarias para actuar, por lo que esta figura de protección puede cambiar y vivirse más como un profesional aprendiendo al igual que sus pares.
- Sobre los casos “exitosos” se distribuye la idea de que nuestro rol como terapeutas es acompañar a que el cambio se genere, aunque la idea del éxito es subjetiva, pues puede depender de cada persona lo que le sería útil en el acompañamiento. En este caso buscaban denunciar el comportamiento de la madre de Mina, pero se transformó en escuchar la violencia sexual que vivía Mina y poder apoyarla a salvaguardarla.

Respecto a lo que inferimos sobre la familia:

- El prejuicio sobre la estabilidad financiera que debe tenerse a esa edad, pues, aunque Mina ha estudiado dos carreras no tiene un ingreso/empleo fijo, situación que atribuye a su enfermedad.
- Sobre las expectativas de Mina sobre su mamá, pues parecía que las mujeres pierden su individualidad al ser madres; pierden el derecho a la intimidad. Quizá desde ese prejuicio, se explica la vivencia de que ella continuara su vida sentimental como una traición, y que le pidieran explicaciones sobre sus decisiones.

- Sonia: las cuestiones de salud mental no son tan urgentes, pueden postergarse, pues aún con la crisis no priorizaron su visita con el psiquiatra aun con recursos económicos y sociales para hacerlo.
- Con Romel encontramos que el origen étnico de las personas determina su valor y calidad humana, pero esta idea se encontró con un contra-prejuicio de la terapeuta y el equipo terapéutico, pues compartimos la idea de que las personas no deben ser discriminadas o valuadas debido por su origen étnico.

3.2.2.5 Construcción y Co-Evolución del Sistema Terapéutico

Este proceso fue un movimiento considerable para la familia, si bien se venían moviendo cosas en su dinámica como la mudanza de su padre con las hijas y el nuevo matrimonio de su mamá. El denunciar los abusos cometidos por Romel detonó cambios en el sistema, por un lado, la mamá se movilizó para cuidar a Mina y su hermana y empezar un proceso legal; también nos preguntamos qué sintió ella después de esta denuncia. Esto también tendría efectos en su hermana, pues las enfermedades de Mina podrían tomar otro significado, inclusive pensando en cómo podría presentarse la culpa por acusarla de querer la atención a través de la enfermedad, pero de alguna manera recibiendo la atención tal vez protegía a su hermana para que no fuera el centro de los abusos. Esta crisis les permitió a las mujeres de la familia aliarse y encontrar formas de cuidarse de una forma diferente.

Al ver pocas familias en la maestría, esta fue una oportunidad para aprender más en nuestra labor como terapeuta y equipo, proponer ideas, generar alternativas sobre como pensábamos el caso, tener coincidencias y diferencias en cómo podríamos atenderlo, donde cada una de nosotras se posicionaba en sus comentarios desde el modelo preferente, desde su historia y premisas.

3.2.2.6 Posición del Terapeuta a en el Proceso

Desde el comienzo del proceso, la terapeuta se vio envuelta en un secreto, la motivación de cada uno en venir a terapia sin explicitárselo al otro. Faltaron dos sesiones, pues ella había tenido un ataque de dolor en ambas, al recordarle el reglamento de faltas del centro asumí una posición de voz de la institución y del programa. En la última sesión, fungimos un rol más de cuidador y de facilitadores de otro tipo de atención, pues nuestro rol se volvió un acompañamiento físico para Mina, control social ante la violencia que cometía su padre y conectar con sus redes de apoyo para que pudieran brindarle a Mina lo que pudiera requerir.

Como terapeuta y Daniela, quien formaba parte del equipo terapéutico pero que en la última sesión se volvió coterapeuta, formamos parte de un sistema que podía recordarle a Mina que no todas las personas la iban a dañar, que también podían acompañarla para su autocuidado.

3.2.2.7 Hipótesis sobre el Funcionamiento del Terapeuta

Se considera que las similitudes entre la terapeuta y Mina en cuanto a edad y formación académica ayudó a que Mina se sintiera comprendida de antemano. Además, la calidez de la terapeuta, la empatía que le demostró en todo momento, así como las expresiones de apoyo a la inconformidad de Mina cuando habló de abusos, quizá la volvió confiable ante sus ojos, su acercamiento desde la curiosidad, sin buscar estratégicamente un cambio, pudo haber roto la lógica de sus acompañamientos anteriores, abriendo así un espacio donde nuevas cosas podían ser dichas, donde podían emerger los significados y nombrar lo que antes no era posible.

En el primer encuentro con la familia, la forma en la que se refería Romel a las mujeres generaba hipótesis en la terapeuta sobre como él pensaba a los roles de género, a las funciones de la familia y como pensaba sobre la relación con la terapeuta (una mujer

de la edad de su hija). Esto a su vez daba información a Mina, pues en la similitud de sexo y edad con la terapeuta, ella podía encontrar una nueva manera en la que su padre se relacionaba, donde Romel permitía ser cuestionado, interrumpido y escuchado. Dicho hecho pudo acrecentar la idea de la terapeuta como una figura que contuviera los impulsos violentos de su padre y que esto generará el cese de esa conducta.

También escuchar a Mina más allá de las normas institucionales generó en ella la ruptura de un patrón de lugares que solo amonestaban su inasistencia negándole servicios o en los empleos, despidiéndola. Ya que en este espacio se le dió voz a sus conflictos y la manera en que los significaba, donde se dió espacio a sus enfermedades y como estas eran el resultado de su dolor emocional, que implicaciones en su vida diaria tenían las intervenciones médicas a las que se enfrentaba y como los secretos que se mantenían en su familia podían salir a la luz en un espacio donde se le proveyó seguridad.

3.2.3 Análisis de la persona del terapeuta y las estrategias de cuidado en este caso

En la maestría existen supervisoras que tienen un amplio bagaje en perspectiva de género, por lo que al formarnos nos brindaron herramientas para el manejo de los casos desde esta perspectiva e inevitablemente en la mayoría de dichos casos al tener este conocimiento, nos percatábamos de la violencia que vivían los usuarios del servicio. Por la práctica y lo normal que puede ser en este país el encontrarnos con situaciones de violencia, nos referían casos que implicaban esta temática. A lo largo de dos años desarrollamos habilidades y experiencia para el manejo de la violencia en los casos que se presentaban, sin embargo, el reto era ir aprendiendo al mismo tiempo que necesitábamos intervenir sobre ella.

El desgaste se iba haciendo presente en el grupo de maestrantes, debido a que como señalan McCann y Pearlman (1990), las necesidades psicológicas fundamentales

se vieron trastocadas de diferentes maneras en cada una, en mi caso particular, el contactar con mi propia vulnerabilidad modifico mis esquemas mentales sobre la peligrosidad del mundo y sobre la confianza en mí misma y en los otros, por mencionar algunos esquemas.

Por lo que en este apartado más que detallar mi propio proceso referente a este caso y denotar como el trauma vicario de hacia presente, opto por presentar como es que pude realizar estrategias de cuidado a mí misma al trabajar con un caso de trauma. Varias de estas acciones se hicieron paralelas, entonces no lo represento como un proceso que lleva etapas, sino como un cumulo de estrategias que permitieron resignificar esta experiencia en un aprendizaje.

La realización de esta tesis ha sido una parte importante en mi proceso de aprendizaje, ya que a través de ella he podido nombrar y con ello normalizar la experiencia que como terapeuta viví. El saber que existen lesiones de estrés secundarias y que se puede normalizar su presencia efecto de este trabajo, también saber que no existen protocolos o reglamentos sobre como atenderse como profesionista, sino que existe un conocimiento difundido entre los colegas que permiten que esto sea transitable. El convertir la experiencia en aprendizaje a través de esta tesis forma parte de una estrategia de cuidado.

El punto anterior me permitió tener un conocimiento teórico importante, aunque también necesitaba un conocimiento sobre mí misma que me permitiera reconocer mis gatillos, hablar de mi propia historia, nombrar los sentimientos y pensamientos generados, entre otras. Es así donde la terapia que tomamos como profesionistas tiene un papel importante en estas estrategias, pues se vuelve un espacio donde se habla un idioma similar y se crean conexiones y entendimientos que permiten cuidarse emocionalmente uno mismo.

Se habla de la importancia de la red profesional, situación que me permitió experimentar un acompañamiento en mi proceso. Saberme escuchada por otros profesionales, poder compartir como me hizo sentir el caso y mi actuar en él, saber que es algo normal que nos puede pasar en la práctica y como cada persona lo maneja diferente. El hecho de que puedas conectar con la vulnerabilidad y saber que los cambios que se realizan no dependen de ti, sino de los consultantes e inclusive no totalmente de ellos, pues también existe un contexto que posibilita o limita su progreso. Adicionalmente, el saber que profesionistas que tienen una amplia experiencia en manejo de trauma también han presentado sintomatología y dificultades en su actuar quita el velo y espejismo de poderlo todo, dejando solo la humanidad de un terapeuta, quien también siente y presenta un movimiento con las personas que conoce.

El trabajo con las supervisoras de la maestría fungió como estrategia para sentirme parte de un grupo de contención, pero también para saber que aun con sus conocimientos tampoco existía gran claridad sobre los procedimientos para atender un brote de este tipo, tenían nociones, pero no un protocolo claro. Esto me permitió saber que existe una necesidad por cubrir en torno al trauma vicario y las lesiones secundarias en general, pues existe cierto desconocimiento sobre como identificarlas y más aún, como manejarlas. Esto me permitió también normalizar mi experiencia, mi necesidad de conocimiento y también pensar en mis contribuciones sobre esta necesidad que logré reconocer.

Otra estrategia que desarrolle en este proceso fue la aceptación de mis propios límites y los de la institución donde practicaba, pues el saber que no estaba en mis manos que la violencia cesara, que podía acompañar hasta donde mi capacidad lo permitiera y no era quien debía resolver la situación. Este punto junto con los anteriores me lleva a la paciencia con uno mismo, pues se necesita reconocer y permitirse saber que como profesionistas seguimos siendo humanos con limitaciones y que podemos expresar

nuestros límites para decidir hasta donde nos encontramos seguros y cuidando nuestra integridad, así como las expectativas que podemos tener de nuestro desempeño, necesitan estar en un marco realista donde no seamos los agentes de cambio, sino que confiemos en las personas que nos consultan y las cuales poseen recursos para moverse como desean, aun cuando esto no pareciera, ahí están.

Y una última estrategia que logré aplicar en este caso en especial y en mi formación fue que pude reconocer que los cambios que yo deseaba para las personas y los que ellas quieren no forman parte de un proceso de respeto. Reconocer que sus deseos y cambios pueden distar de mi concepción de las cosas y que no por ello no se deben trabajar, sino que un pequeño movimiento, puede traer consigo el movimiento de todo el sistema y con ello tener múltiples efectos coevolutivos.

3.3 Discusión del Capítulo

La familia de Mina en un inicio se presentó como un grupo que atravesaba dificultades para manejar el nuevo matrimonio de la madre, sin embargo, al conocer a Mina y Romel entendí que cada uno tenía diferentes objetivos para esta terapia y que parecía que estos no habían sido hablados entre ellos de manera explícita. Esto me permitió empezar a realizarme preguntas sobre el contexto en el que estos significados tenían sentido (Fruggeri, Balestra y Venturelli, 2023), pues me surgían preguntas sobre esta discrepancia de objetivos y la información que de manera individual Mina me había dado, pero que había elegido no exponer enfrente de su padre.

Adicionalmente, al contar con esta impresión, era pertinente estar atenta a mi “posición autorreflexiva” (Fruggeri, Balestra y Venturelli, 2023), la cual me permitiría estar pendiente de mis pensamientos y reflexiones dentro de ese espacio terapéutico, pues al formar parte de éste necesitaba entender que importancia y función cobraba mi presencia

y trabajo en aquella forma de interacción que mantenían padre e hija (Fruggeri, Balestra y Venturelli, 2023).

El modelo de Milán nos dice que las hipótesis sistémicas son importantes componentes del sistema terapéutico y éstas proponen explicaciones tentativas de las relaciones presentes (Boscolo y Bertrando, 1996), y si bien, no se deben considerar como explicaciones verdaderas, me permitieron comenzar a formular posibilidades para entender mejor que se podía estar atravesando la familia. La presencia del padre de Mina parecía que influía en gran medida en lo que ella podía y debía decir frente a mí como terapeuta, podía ser una forma de cuidarse él mismo asegurando que Mina no hablaría de los abusos. También el hecho de que Mina pudiera exponer en otra sesión el comportamiento atípico de su padre nombrándola como su “esposa” podía dejar entrever aspectos de la denuncia que después se realizaría. Para mí, en este caso, fue importante tener presentes las hipótesis, pues era muy valiosa la información que daban, pero también la que parecían ocultar, la cual se dejaba ver con gestos, silencios, incomodidades y mensajes.

No existe un proceso en el que el modelo proponga pasos secuenciales para el trabajo con las personas, es un modelo que podría describir con múltiples abordajes que ocurren en un proceso recursivo y no lineal, donde al mismo tiempo que surge una hipótesis también se amplían las preguntas sobre los contextos y significados, es un proceso que gracias a la curiosidad puede seguirse retroalimentando constantemente.

Los sistemas de significado de la familia se organizan en base a dos principios conceptuales: las premisas y los paradigmas (Reséndiz, 2014). La familia de Mina operaba bajo premisas donde los problemas eran ignorados y/o mantenidos en secreto, lo que generó aislamiento en la familia y en cada uno de los miembros. Las premisas sobre la protección y el silencio impedían la búsqueda de apoyo externo y mantenían la opresión interna, situación que se reforzaba con su entorno macrosocial, pues se

brindaban etiquetas psiquiátricas que preservaban la vulnerabilidad y la duda ante los abusos que vivían las mujeres de la familia. En un análisis después de terminado el acompañamiento con Mina, reflexionó que, durante casi 30 años su familia estuvo regida por procesos de morfofostasis (Reséndiz, 2014), que aseguraban la estabilidad y la continuidad de la forma de interactuar. A pesar de los abusos de Romel, la familia desarrolló mecanismos de protección, como el encierro emocional y la enfermedad, para sobrevivir y sobrellevar esta dinámica.

Las emociones también fungen como herramienta en el espacio de terapia, pues nos permiten saber cómo la posición emocional del terapeuta tiene injerencia en la posición de los consultantes y viceversa (Bertrando, 2014). Durante las primeras sesiones, el enojo de Romel y su tendencia a culpar a los demás parecían bloquear cualquier avance en la terapia, pues no parecía dispuesto a responsabilizarse de algo o tener un deseo de cambio. Este escenario complicaba la posición de Mina, atrapada entre la lealtad a su padre y la necesidad de revelar verdades dolorosas y que le causaban daño. Además de que como terapeuta me encontraba decidiendo si debía exponer estas impresiones de cosas que sentía que no decían o explorar con más cuidado que significaba para ellos el no hacerlo. Lo que me llevó a actuar con cautela, pues el enojo de Romel podía hacer que abandonarían la terapia y Mina podría no tener la ayuda que buscaba.

Este enojo que expresaba Romel dejaba ver ideas racistas y machistas que tenía, lo que me invitaba a estar atenta a mi misma, pues podía conectar con prejuicios que podían filtrarse en mis palabras, acciones, o la manera de relacionarme con él (Cecchin, Lane y Wendel, 1997), situación que podía cerrar cualquier canal de comunicación con él. Esto pudo modelar para él un espacio donde no había un juicio o regaño a su sistema de creencias, incluyendo que para Mina pudo ser también significativo que su padre no tuviera un confrontamiento con la terapeuta.

El enojo del padre y la manera de expresarse sobre su familia, la posición que tenía Mina y la información que decidía dar o callar, incluyendo mis hipótesis y las del equipo terapéutico, guiaron nuestra curiosidad hacia un tema de abuso sexual o un tipo de violencia dentro de la familia que no nombraban aún. A esto se añadía que ambas hijas tenían diagnósticos psiquiátricos y las enfermedades de Mina, en especial la que se relacionaba con su vejiga. Todo ello nos hizo tener una “alerta” encendida, pero orientados a conocer más sobre la familia, pues para la primera sesión no contábamos con muchos datos sobre los demás miembros.

El mostrar interés en las enfermedades de Mina, ese marcador contextual (Boscolo et al., 1985) que definía su rol, limitantes y valor, fue fundamental en el proceso porque se abrió paso a conversar sobre los significados de la experiencia somática. Esta conversación dio lugar a explicaciones sobre sus padecimientos como una reacción psicosomática y como esto la llevaba a tener un rol en su familia de “vulnerabilidad” que generaba competencia con su hermana y dependencia de ambos padres. También habló de como el TEPT que le había sido diagnosticado, fue consecuencia de un abuso sexual que vivió. Además de referir como su padre tenía un comportamiento lascivo hacia ella. Lo que generó una gran apertura para la denuncia en contra de su padre en las conversaciones posteriores.

Ya en la última sesión y las dos intervenciones en crisis que se tuvieron con Mina, no sé recurrió al modelo de Milán, pues la limitante que se encontró es que no se podía responder ante una crisis con los postulados que esté maneja. Por ello, el abordaje que se realizó fue diferente. Con todos los datos que Mina ya había y con las intervenciones que se realizaron, parece que esto desembocó en que Mina decidiera que iba a revelar el secreto sobre los abusos de su padre, encontrando un lugar que podía contener esa situación, como lo era la institución y también el espacio de terapia.

Por ello, para las intervenciones finales se utilizó más una visión de trauma. Van der Kolk (2015) define que el trauma no es solo un acontecimiento que se produjo en el pasado, sino que se puede manifestar en el presente a través de síntomas somáticos como los dolores crónicos que refería Mina. Además, Mina ya contaba con un diagnóstico de TEPT debido a un abuso sexual en otro punto de su vida.

En la tercera sesión presentó un brote psicótico, como una forma de “disociarse” y abandonar mentalmente la situación, aislarse o “apagarse”, esta puede ser una respuesta especialmente ante el trauma (The British Psychological Society). La disociación es la esencia del trauma, ya que, al ser una experiencia abrumadora, la persona se divide y se fragmenta para protegerse de cualquier situación que evoque el trauma (Van der Kolk, 2015). Y aunque en ese momento no se contaban con los conocimientos específicos para el manejo de estos síntomas disociativos, se realizó un abordaje de manejo de crisis, donde: se preponderó su seguridad física y se buscaron recursos psiquiátricos que pudieran ayudar a contenerla; adicionalmente se realizaban “pendulaciones” entre el pasado y presente, buscando que ella conectará más con su entorno actual porque cuando se enfocaba en el pasado se “desconectaba”; la autorregulación a través de su respiración, de la temperatura del suelo al acostarse en él, las sensaciones físicas, entre otras le ayudaban a regular su sistema nervioso.

Lo anterior fue algo atípico en los casos que acompañamos durante la maestría, además que requería habilidades diferentes a las que habíamos obtenido en este espacio de formación. Por lo que el equipo terapéutico (supervisor, terapeuta y equipo) se enfrentó a una situación de crisis, donde se movilizaron varios aspectos, por ejemplo, nos invitó a reflexionar sobre las necesidades y alcances de la institución donde nos entrenamos, sobre el manejo de casos donde el cuerpo es un contexto de importancia que brinda información, como el modelo de Milán puede ser un conductor de un proceso terapéutico pero también puede integrarse con otros enfoques que permitan un manejo más completo

del caso. Aunque un elemento que marco el tema que escogí para esta tesis fue el impacto que tuvo este caso en el equipo terapéutico, y al buscar dar sentido a las sensaciones, reflexiones y efectos me encontré con la propuesta del Figley Institute (2012) sobre las lesiones por estrés secundarias.

Son varias las lesiones que se manejan como propuesta, sin embargo, el trauma vicario (McCann y Pearlman, 1990) fue el que mayor cuenta dio del impacto que tuvimos como terapeutas. Aunque para efectos de esta tesis me enfocaré principalmente en mi propio caso, como ya lo describí en una reflexión anterior. Los efectos que se pudieron ver a corto y largo plazo fueron: alteraciones en mis esquemas cognitivos, creencias, expectativas y suposiciones sobre mí misma y los demás. Fui conteniendo estos efectos de diferentes maneras como apoyo en mi red profesional donde normalizamos este sentir, reconocer y reflexionar el cambio que surgió en mí a través de este encuentro y estar más consciente de mis límites para poder saber más sobre las estrategias de afrontamiento que manejo (McCann y Pearlman, 1990). También creé un significado de esta experiencia, donde mi entender del caso no se refería únicamente a errores posibles que pudieron haber ocasionado el brote, sino también a un manejo que permitió un proceso de denuncia (Park, 2010).

En última instancia, este caso no solo proporcionó aprendizajes valiosos sobre el manejo de una terapia familiar guiada por los postulados del modelo de Milán, sino que también subrayó la importancia de la autorreflexión y el cuidado de los terapeutas, quienes se enfrentan en su ejercer, en muchas ocasiones, a historias de abuso, dolor y pérdida, donde no tienen la capacidad de cambiar el entorno de las personas y solo a través de los procesos pueden ayudar a la persona a efectuar un cambio.

Capítulo 4. Consideraciones Finales

El contenido de este capítulo data de la experiencia personal en mi recorrido por la maestría. Es una compilación de diferentes competencias adquiridas y ejemplos de lo realizado como parte del proceso formativo. Esto se redacta a manera de reflexión, pero también se plantean ideas de diferentes autores que fueron de importancia durante la formación.

4.1 Análisis de las Competencias Adquiridas: Teórico Conceptuales, Clínicas de Investigación, Ética y Compromiso Social.

Acorde con lo estipulado por el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el perfil de egreso de la Residencia en Terapia familiar busca que los profesionistas egresados posean una su visión integrativa de la relación entre el individuo, otros sistemas sociales y los diferentes contextos en los que se desenvuelven las personas; adicionalmente se plantea que conozcan y apliquen las diversas modalidades de intervención de los modelos de terapia para poder abordar los problemas en el área de salud con alta calidad (UNAM, 2013).

4.1.1 Competencias Teórico-Conceptuales

La Residencia de Terapia Familiar se divide en cuatro semestres y en cada uno se brinda formación en diversos modelos que comprenden la terapia sistémica y terapias posmodernas, incluyendo en varias de ellas una formación con perspectiva de género. La epistemología de cada modelo, el marco conceptual del mismo y la aplicación práctica son el eje central de la formación como terapeutas familiares. Dentro de la formación aprendemos nueve modelos diferentes: Modelo Estructural, Modelo Estratégico, Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema (MRI), Modelo de Terapia Breve Centrado en

Soluciones, Modelo de Milán, Modelos Dialógicos de Bérghamo y Laponia, Terapia Narrativa, Terapia de sesión única y Modelos Colaborativos.

Cada uno de estos modelos es visto desde el aspecto teórico y desde el abordaje clínico, buscando que cada supervisor pueda mostrar su propio estilo para desempeñarlo, invitando a buscar el estilo de cada alumno también. Este hecho toma relevancia debido a que la persona del terapeuta es un aspecto que se tiene en cuenta desde el principio de la formación, como menciona Ceberio (2018), el modelo terapéutico es el que le da forma a la epistemología del terapeuta y el estilo (habilidades) es su práctica puesta en marcha, es una mezcla entre lo que soy y la teoría que uso. Bertrando y Toffanetti (2004) agregan que existe flexibilidad para moverse entre teorías que tengan un mismo paradigma y ello genera la necesidad de conocer los múltiples modelos revisados desde su epistemología para poder utilizarlos.

Describiré cada modelo visto durante la formación y su importancia, además de centrarme en compartir como cada modelo tuvo impacto en mi desarrollo como terapeuta sistémica, porque conforme aprendía de cada uno mi visión iba cambiando y se iba ampliando.

El Modelo Estructural tiene el objetivo de esta terapia es modificar la organización y estructura familiar para que se modifiquen las posiciones y, por ende, las experiencias de cada individuo, es decir, se reestructura el sistema familiar (Minuchin, 1974). El modelo estructural me ayudó como introducción a un pensamiento sistémico, donde aprendí a estar atenta a como mi presencia como terapeuta intervenía constantemente en la creación del sistema terapéutico. También el hecho de pensar en como la forma de cambiar la organización de la familia, podía ayudar a cambiar la experiencia de esta- aunque después con la introducción al constructivismo- replantee estos postulados. Comencé a pensar en pautas de interacción como las transacciones repetidas entre los miembros, que definen normas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse;

también en términos de alianzas, triangulaciones y coaliciones, los cuales me han servido en toda mi formación y práctica para describir la estructura de la familia y su forma de interactuar.

El Modelo Estratégico toma importancia por las contribuciones de Jay Haley y Cloe Madanes, aunque se basaron en Milton H. Erikson y sus aportes con la hipnosis, aparte de que este último es quien usa en término “estratégico”. El enfoque estratégico de Haley introduce una visión secuencial de las acciones de las personas y como esta se cristaliza y genera problemas en la familia, además de que se toma en cuenta el poder como concepto que organiza las jerarquías en el grupo (Haley, 1987; Madanes, 1982). El modelo estratégico me presentó una forma de hacer terapia desde una postura más directiva, donde se definían específicamente los pasos para que una terapia pudiera darse, tomando en cuenta objetivos específicos que fueran observables y medibles. Por ende, que el cambio se depende del terapeuta, sus acciones, tareas y como la familia se adecue a las mismas. Al centrarse en las propuestas de Erikson, también en este modelo pude encontrar recursos que hoy me son de utilidad, tenemos las técnicas eriksonianas como: aliento a la resistencia, aliento de una recaída, ofrecimiento de una alternativa peor, frustración de una respuesta para alentarla, cambio a través de metáforas, siembra de ideas, ampliación de una desviación y énfasis en lo positivo, y aunque no es algo que use de manera estratégica, si se convirtieron en competencias que pueden ayudarme a interactuar en un caso que requiera de estas técnicas más directivas.

El Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema (MRI) surge en el Mental Research Institute y en este modelo estratégico, se pone mayor atención en el problema que se presenta, en cómo se mantiene y en cómo modificarlo de forma breve, pues se cree en el “efecto de bola de nieve” donde un pequeño cambio puede ir generando uno más grande. Conocer el problema permite al terapeuta ayudar a la persona a que deje de hacer “más de lo mismo” y que pueda buscar cambios de Tipo II (un cambio en el orden

interno de la situación problemática) (Watzlawick et al., 1992). También se puede considerar un enfoque de corte directivo y con este modelo aprendí a pensar en términos de como el problema es el que mantiene los efectos negativos en la persona y el que se defina de manera clara el mismo es necesario para avanzar en la terapia. Además de que comencé con este modelo a hablar sobre la importancia de la postura de la persona, entendida aquí el sistema de creencias y valores, es decir, la realidad de segundo orden (Fisch et al., 1982) y como en si mismo el cambio de este sistema de creencias forma parte de un posible cambio. Estos cambios se dan a través del uso del lenguaje de la persona, la prescripción paradójica y el uso de la resistencia, el reencuadre y los resúmenes, el uso de anécdotas o metáforas, entre otros; formas que acompañan como técnicas en varios modelos, pero desde un marco epistemológico diferente.

El Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, a diferencia de los anteriores, aprendí sobre una visión más construccionista social de la terapia, donde el cliente es co-constructor de su proceso terapéutico y no una persona pasiva ante su propio cambio. Este modelo se basa en los recursos y excepciones de las personas, el papel del terapeuta es un facilitador y la terapia se enfoca en el presente y en las metas futuras, para ello se co-construyen objetivos claros y su mirada es hacia las soluciones. Se cree que "las soluciones no tienen, generalmente, nada que ver con los problemas" porque las soluciones se suelen relacionar con los recursos de las personas, que se despliegan en diversos entornos, no solo en el contexto problemático. Por ello formó parte de los modelos que más afines me fueron en la formación, porque ofrecía un espacio semi directivo basado en lo que las personas ya hacían, en recordar que hay excepciones al problema.

El Modelo de Milán, tiene varios momentos históricos y dependiendo de estos el contenido es distinto. En un primer momento, las personas que conformaban el grupo tenían una visión de los casos "bélica" donde incluso su lenguaje asemejaba esa

metáfora. Posteriormente al separarse, Cecchin y Boscolo, se enfocaban en la persona del terapeuta y como este se posicionaba dentro de la terapia. En lo personal, con este modelo integrado con otros modelos, fue el que de mayor manera utilicé en mi proceso formativo. El hecho de que no fuera directivo permitía la flexibilidad entre mi quehacer y la re-evaluación de las interacciones que se daban en el sistema terapéutico. Me permitió explorar las hipótesis como información que resultaba de la colisión del mundo de los clientes y del mío, de pensarme en el proceso a diferencia de todos los modelos que aprendí donde no era un papel al que debía estar atenta, y también el pensar en los efectos coevolutivos tanto para mí como para las personas.

El Modelo Dialógico de Milán tiene tres principios importantes que son: tolerancia a la incertidumbre, dialogismo y polifonía (Bertrando, 2016). Lo valioso para mí de este modelo es como permite ampliar las conversaciones no solo en el contexto de la terapia, sino que se va también a las conversaciones internas de las personas y como está polifonía también está presente en el encuentro. Es preciso que como terapeutas podamos reconocer nuestras múltiples voces interiores. E inclusive ya se habla explícitamente de la intercorporalidad, hecho que se había tocado con Erikson en su “principio de utilización”, pero se enfoca de manera diferente.

La Terapia Narrativa se centra en separar a la persona (su identidad) del problema que lo aqueja (narrativa dominante). Se tiene en cuenta la narrativa dominante de la cultura, pues esta dicta el estándar de las personas y como deberían vivir sus vidas de acuerdo con esos parámetros que se consideran “normales”. Se busca que las personas puedan crear historias alternativas que les permitan tener más agencia sobre sus vidas y que puedan ampliar su bagaje a más opciones y no solo lo que se dictamina social y culturalmente. Me parecieron atractivas y muy útiles las propuestas que da este enfoque, pero también las pensaba como complejas para cierto tipo de personas a las que las metáforas podían no serles de facilidad o de utilidad. Por lo que encuentro que para este

punto de la formación ya tenía ciertos conocimientos que me permitían desarrollar un enfoque más crítico de cada modelo que me presentaban.

La Terapia de sesión única, más que un modelo o forma de hacer terapia, se trata de una mentalidad, donde se busca dar atención a las personas en el momento preciso en que lo necesitan y poder hacer algo en el tiempo de reunión que les sea benéfico para sentir que la terapia tuvo provecho y se comenzaron a movilizar las cosas. Un mito es que, dentro de esa reunión, los problemas que aquejan a las personas deben estar resueltos, sino que puede ser un solo encuentro o más. En esta forma de terapia, se busca una retroalimentación por parte de la persona para saber más sobre el servicio y como es que se han ido movilizando las cosas. Se da importancia a los factores extra terapéuticos (contexto), a la relación terapéutica, al modelo a usar en la terapia, a la esperanza y los recursos de la persona. Inclusive tuve la oportunidad de formarme de manera más amplia en el Eastside Community Mental Health Services en Calgary, Alberta, Canadá. Lo que me llevó a poder comparar como es la atención que se brinda en la UNAM en relación con como lo hace una clínica en Canadá que se ha dedicado a dar este tipo de atención desde hace años.

Los modelos colaborativos son una forma de terapia más horizontal, donde la persona que consulta esta activa en su terapia y su participación es fundamental. Se considera más que un modelo, una postura colaborativa. Harlene Anderson y Harold Goolishian introdujeron el término del “no saber” donde el terapeuta no es que deje de lado todo lo que sabe, sino que busca que el cliente tenga una presencia más completa en la terapia trayendo-se acompañado de su conocimiento, experiencias, valores y juicios a la conversación.

4.1.2 Competencias Clínicas

Como se mencionaba en el apartado anterior, el programa busca que dentro de cada modelo mencionado se tenga práctica clínica con un supervisor. De acuerdo con el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, se busca que los alumnos cubran durante la formación 336 horas de actividades académicas formales y 2,032 horas de entrenamiento práctico bajo supervisión en la residencia.

Dentro del grupo de formación se van rotando los roles de cada terapia, desde ser terapeuta, coterapeuta, equipo reflexivo o equipo terapéutico. Cada práctica clínica esta supervisada por un profesor del cuerpo docente. Estas prácticas se llevan a cabo en cámaras de Gesell dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología. Se puede dar atención de manera individual, de pareja o familiar a las personas solicitantes en un periodo aproximado de 10 a 12 sesiones, dependiendo de la duración del semestre y de la problemática presentada.

En lo personal, fue gratificante poder hacer estas rotaciones e incluso poder hacer co-terapia con los profesores porque aprendes de cada persona un estilo diferente y formas múltiples de llevar a cabo la teoría que aprendemos. Nardone (2004) planteó que cada realidad cambia según el punto de vista de quien la mira, por eso no existe una realidad verdadera, sino que existen tantas como personas hay; por lo que es parte fundamental de la formación, poder aprender de múltiples personas. También dentro de este proceso, se toma en cuenta como aspecto fundamental a la persona del terapeuta, ya que operamos desde nuestra propia historia, significados, juicios, etc. y debemos hacernos cargo de ellos Bebchuk (1991).

El estar al frente de la Cámara de Gesell como terapeuta a cargo de un caso es un proceso que presenta varios retos, por un lado, está el ser observado por los colegas en tu actuar y a la familia también, el sentirse observados y como esto modifica su discurso o

comportamiento. Por otro lado, la retroalimentación que se puede hacer de la supervisión en vivo es muy enriquecedora, ya que está abierta a los significados de cada implicado que haya estado presente, a diferencia de la supervisión narrada donde lo que se cuenta es una interpretación del terapeuta. Se puede obtener retroalimentación de la actitud, del lenguaje analógico, de la forma y contenido de las preguntas, de la relación con los consultantes, del manejo del modelo, de las implicaciones en la vida del terapeuta, etc.,

También al poder tener acceso en la formación a modelos posmodernos, los equipos reflexivos y terapéuticos se vuelven centrales en la atención que brindamos. Además de que estas herramientas reducen en gran medida el tiempo que se requiere para que una persona puede sentir que lo que lo aquejaba está resuelto. He aprendido a trabajar con mis colegas en mis procesos terapéuticos, a acompañarme en las conversaciones que tengo con los consultantes de múltiples voces y recursos (como las cartas terapéuticas, el trabajo interdisciplinario, la intercorporalidad, etc.).

Desde el inicio de la maestría me preguntaba cuál era mi rol como terapeuta dentro del espacio terapéutico y pienso, después de todo este recorrido, que necesito ser autorreflexiva y autocrítica conmigo misma, asumir responsabilidad y compromiso con la construcción propia, pero también saber que los consultantes tienen recursos para poder tomar esas mismas responsabilidades dentro de sus propios procesos. Buscar grietas por las cuales entre la variedad y por donde se pueda derivar nueva información. Mantenerme preguntando y aceptando que no sé, mantenerme curiosa y saber que entre menos sepa, más abierta al diálogo puede estar. Cocrear una realidad alterna o narraciones nuevas en conjunto con la familia o el cliente. Se siembran dudas y se revelan nuevas opciones, nuevas y múltiples narrativas del yo que acrecienten el sentido de mediación y liberación personal. Buscar que las personas cuestionen lo reificado en sus vidas. Compartir que las verdades absolutas son solo un punto de vista, que las realidades son construcciones echas por cada persona, que se construyen conforme se viven y surgen de la interacción

social. Crear espacios para la conversación, para un encuentro donde no se controla o se ejerce poder, y el poder que nos enviste de “conocedores”, lo manejamos y lo tenemos presentes en todo momento.

4.1.3 Competencias de Investigación

El aspecto de la investigación dentro de los entornos clínicos es fundamental, se suelen presentar de manera apartada, la investigación por un lado y el aspecto clínico por otro. Pero al reflexionar, la psicología ha sido discriminada muchas veces dentro del entorno de salud integral, por no contar con información o datos suficientes para poder “tomarla en serio”. Sin embargo, en nuestra formación hemos desarrollado investigaciones de corte cualitativo y cuantitativo que destacaron problemas presentes en la sociedad y señalaron aspectos que requieren mayor atención y estudio de campos multidisciplinarios.

Los trabajos realizados en la formación fueron tres en total, dos proyectos realizados de manera individual y uno en colaboración con dos colegas de la Residencia de Terapia Familiar: en la materia de Métodos de Investigación Aplicada I se realizó el trabajo titulado “Percepción de los Celos entre Parejas Monoamorosas y Poliamorosas”, en Métodos de Investigación Aplicada II se realizó el trabajo titulado “Narrativas de Personas Cicloviajeras: una visión socio construccionista” y en Medición y Evaluación se realizó una escala titulada “Escala de Autoeficacia Parental en la Crianza de hijos/as adolescentes”. A continuación, se describen los trabajos realizados a más detalle.

- “Percepción de los Celos entre Parejas Monoamorosas y Poliamorosas”, autora: Andrea Alejandra Ortiz Vázquez.

Se trato de un trabajo de tipo cuantitativo que pretendía comparar la percepción de los celos en una relación de pareja entre personas monógamas y poliamorosas tomando en cuenta su etapa de vida (adultez temprana y media). Se basaba en

premisas de la interacción del poliamor de acuerdo con Fosse (2021) y la definición de celos de Weitzman (2006). Se utilizó el cuestionario EMUCE (Rivera-Aragón et al., 2010) para apoyarme como un método de recolección de datos.

- “Narrativas de Personas Cicloviajeras: una Visión Socio Construccionalista”, autora: Andrea Alejandra Ortiz Vázquez.

Se trató de un trabajo de tipo cualitativo guiado por un paradigma interpretativo (Guba y Lincoln, 2002), realizando un análisis narrativo (Bernasconi, 2011). Se entrevistó a personas cicloviajeras sobre lo que implicaba definirse como nómada y que narraciones a partir de esta vivencia, para dar cuenta de las implicaciones en sus vidas en tres temas: en su identidad, en la pertenencia y el arraigo y el desplazamiento; esto basado en la teoría sustantiva de Burr (2015) del construccionismo social.

- “Escala de Autoeficacia Parental en la Crianza de hijos/as adolescentes”, autoras: Andrea Alejandra Ortiz Vázquez, Bianca Nahomi Medina Ramírez y Zyanya Paola Aiditi Sánchez Vargas.

Se construyó un instrumento medición que evaluara el grado de autoeficacia parental que presentaban los padres y madres en la crianza de hijos/as adolescentes. El constructo de la prueba se fundamentó en la teoría de la autoeficacia de Bandura (1982) y en como Johnson y Mash (1989) entendían la autoeficacia parental.

4.1.4 Competencias de Ética y Compromiso Social

En la formación como terapeutas familiares, tomamos en cuenta el Código Ético del Psicólogo y también los lineamientos que nos brinda el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y el programa de formación. Se busca que las personas que acuden a los servicios tengan un servicio de calidad, un espacio de respeto

y de colaboración. Se les notifica que, al ser un programa formativo, existen variables distintas a una consulta privada, ya que podemos grabar las sesiones con fines de repetir lo conversado y poder aprender de ello, así como el trabajo que hacemos en equipo para bríndales un mejor servicio. También en las investigaciones realizadas hemos desarrollado consentimientos informados, avisos de privacidad y buscamos que las personas que contribuyen con dichas investigaciones tengan garantizado su anonimato si así lo requieren.

Dentro de la formación, en la mayoría de los modelos se nos hace tener presente el sistema terapéutico y los diferentes sistemas en los que se desarrolla la persona, con dos finalidades a mi consideración, la primera es que nos permite entrar en contacto con los significados de las personas y la segunda es que al tener presente que mientras una persona cambie, esto tiene efectos coevolutivos en su sistema, es decir, según la coevolución de sistemas, un cambio en la calidad o definición de la relación entre dos personas implica un cambio en la calidad o definición de las relaciones que cada una de ellas mantiene con los demás. La resolución del malestar y el cambio de la situación no solo tiene efectos en la persona, sino que también lo tiene sobre el contexto de pertenencia del cliente. Por ello también se debe tomar en cuenta como será el impacto en el contexto de otros, si esto puede traer percances o mejoras. Un ejemplo se da en los casos de violencia, donde puede ayudarse a la persona que vive violencia a retomar el control de su vida y en ocasiones, de manera errónea se le puede presionar a irse sin entender que eso puede ponerla más en riesgo sin contar con un plan de acción.

He aprendido a desempeñar mi rol como terapeuta y saber que, en ocasiones, este puede no ejercerse a favor de ser un agente de control social. En gran parte de los casos que tuvimos en la formación se presentaban situaciones de violencia que requerían una intervención distinta a la que un terapeuta acostumbra, salvaguardar a las personas con los medios que se podían ofrecer y garantizar, al menos, dentro de nuestros espacios

que pudieran estar seguras fue parte de nuestro aprendizaje. Me lleva a pensar en como los conocimientos que poseemos tienen que ir más allá de las teorías y los libros, sino que debemos de generar una relación interdisciplinaria con instituciones de atención psiquiátrica, judicial, de seguridad pública, entre otros. Garantizar un equipo multidisciplinario en pro de la atención de la persona que nos consulta.

Otro aspecto con el que me encontré fueron los dilemas relacionados a decidir si se quiere o no atender a una familia o persona en particular, ya que puede haber casos donde no tengamos las herramientas necesarias o el tema pueda ser algo que no trabajemos. Sin embargo, en los espacios formativos, es difícil encontrar que esto sea una posibilidad porque en el mismo acompañamiento podemos ir nombrando que es lo que se ha vuelto una dificultad o qué explica esa sensación de no poder trabajar con alguien, y aunque es un aprendizaje, también puede volverse un factor que ponga en duda la idea de competencia del terapeuta porque al intentar trabajar con casos donde por diferentes motivos no este capacitado, puede alimentarse esa creencia de incapacidad de forma errónea. Por ello me surgen cuestionamientos sobre los límites entre el poder para decidir en que casos participar o no en la formación.

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

Al comienzo de la maestría, mi inquietud por adquirir herramientas técnicas que me permitieran manejar los casos de mejor manera fue lo que guio mi interés. Desde mi visión, para llegar a ese objetivo que me planteé necesitaba enfocarme completamente en las competencias teóricas y clínicas, sin embargo, como parte de la formación me encontré que era una piedra angular trabajar mi persona del terapeuta y que de ahí los modelos y quehacer terapéutico tomarían sentido.

En mi práctica clínica brindaba atención de manera particular. Solía encontrarme con limitaciones ajenas a mis clientes, las cuales les impedían la mejoría que buscaban.

Esto se relacionaba con su contexto y sus relaciones, pero no contaba con herramientas que permitieran visualizar a la persona como parte de un todo relacional y no como una psique con material inconsciente que generaba el conflicto.

Al comenzar mi formación en la residencia de Terapia Familiar me encontré con modelos que me presentaban estrategias y postulados que explicaban una forma de entender las relaciones y el mundo, aunque también me encontré con modelos que proponían posturas de curiosidad, de horizontalidad y de colaboración. Pero a mi parecer, algo fundamental que me ha acompañado en el entender de mi práctica profesional han sido las epistemologías que fundamentan estos modelos, pues entender como estaba conformado cada modelo (origen, alcances, fundamentos) me permitía integrar diferentes formas de cada modelo en pro de los clientes.

Además, la forma en que se organiza la enseñanza de cada modelo ayuda a posicionarse desde la modernidad como primer espacio de aprendizaje, para después referir al pensamiento posmoderno. Dentro del pensamiento moderno encontramos que se busca una realidad objetiva y se valoran las verdades universales, además de que la aproximación a estas es a través de la racionalidad y el pensamiento científico. Por otro lado, el pensamiento posmoderno propone una pluralidad de realidades y verdades que se construyen socialmente, le da peso a los saberes locales y subjetivos, alejándose de las verdades totalizadoras.

Recorrí este camino a través de un pensamiento crítico, porque en ambos pensamientos podemos encontrar beneficios y limitaciones. En mi caso, los modelos que se desarrollan en la modernidad tienen un factor estratégico que a muchas personas les puede ser muy útil y necesario, sin embargo, puede replicar verdades absolutas o caer en el riesgo de no hacer terapia a la medida, sino una forma de acompañar a las personas muy generalizado y totalizadora. En contraparte, los modelos posmodernos permiten que la persona del terapeuta se implique también en el proceso terapéutico, sus emociones,

prejuicios, asunciones, etc., y se le brinda más voz a las historias particulares de cada persona y los significados que estas conllevan, pero, aunque puede no ser útil para personas que busquen terapias más directivas.

Desde un pensamiento más posmoderno, el hacer un análisis profundo de cómo el poder influye en la construcción de la realidad y en la práctica terapéutica cobró relevancia. El poder está inmerso en cualquier relación, conocimiento y práctica terapéutica, por ello el estar atenta a este factor me ha permitido en generar un espacio donde las personas también compartan la sensación y responsabilidad sobre su propio proceso. Ha sido un reflejo de como las estructuras sociales han forjado relaciones de poder que hemos normalizado y que, al aprender a reconocer, podemos saber que al ser parte de un sistema, a veces las limitaciones nos son dadas y cada intento de ruptura con ciertas normas son una resistencia.

Con cada supervisora y supervisor encontraba un estilo único de hacer terapia, el cual mostraba como llevar un proceso bajo determinado modelo. Esto me llevó a reflexionar sobre la importancia del estilo terapéutico particular, pues cada persona que formaba parte del equipo terapéutico tenía habilidades y actitudes diferentes que podían llevarle a diferentes formas de alcanzar los objetivos o ver diferentes temáticas. En ciertos espacios el eje que guiaba la terapia era la perspectiva de género, en otros era el diálogo y los elementos que surgían del mismo, en otros era la estrategia y directividad. Por ende, también enfoqué parte de mis esfuerzos en encontrar cuál era mi estilo terapéutico, el cual vivo como un proceso de constante cambio y renovación, influido también por las relaciones que establecemos con cada cliente. Me ha permitido aplicar estrategias que van acorde a mis valores y creencias, establecer de mejor manera la alianza terapéutica, conocer mis fortalezas y volverme más reflexiva sobre mi propia persona y también ser honesta con mis limitaciones.

Conocí partes de mí que no sabía que estaban, por ejemplo, el manejo del caso que describí en los anteriores capítulos y la templanza con lo que hice. El buscar formas de significar esa experiencia, de crecer y aprender de la situación. Esto me ayudo mucho a sentir que, ante cada caso puedo encontrar opciones y soluciones, donde no solo soy yo la que puede actuar, sino también un grupo de terapeutas que me acompañen y apoyen. Por ello destinó un papel fundamental a la supervisión y a la relación con los pares en este camino de hacer terapia.

La interseccionalidad también contribuyó en mi quehacer terapéutico, pues me permite en cada proceso tomar en cuenta características que se dan por hecho pero que tienen una gran influencia en cada encuentro. Me ha permitido comprender las múltiples identidades de una persona y como pueden crear experiencias de privilegio u opresión (género, edad, apariencia, condición económica, formación académica, entre otros). Permite una mayor complejización de lo que la persona comparte, pues también se pueden tomar en cuenta los contextos en donde la agencia personal se siente menor, pero sin adjudicar a la persona alguna falta o carencia, sino que se explica el ser en relación con el contexto, el ser relacional.

Como parte de esta reflexión y análisis, el introducir la experiencia que tuve en formar parte de una estancia académica en Calgary, Alberta, Canadá me es relevante. Estar inmersa en un entorno cultural y una aproximación clínica diferente me permitió confrontar y expandir mis perspectivas y creencias, pues el conocer de primera mano las inquietudes y dificultades de personas que vivencian otro entorno enriqueció mi entendimiento sobre como el contexto es un pilar que influye en el bienestar o malestar de las personas, porque aun siendo un país con mayores recursos que el nuestro, las complicaciones de la población eran diferentes pero no menos intensas que lo que he escuchado en nuestros consultantes. Esta experiencia me enseñó que el desarrollo profesional es un proceso dinámico, que se construye constantemente de nuevas

experiencias que moldean mi identidad como terapeuta, que somos una historia no acabada.

Para finalizar, considero que la persona del terapeuta considera relevancia bajo estos enfoques porque la terapia se significa como un proceso relacional y de co-construcción, donde los terapeutas somos participantes activos en el proceso. Nuestra manera de interactuar, presencia, creencias y experiencias influyen directamente en el sistema terapéutico, en la co-construcción de significados y nuevas narrativas para las personas.

Referencias Bibliográficas

- Angulo, L. (19 de septiembre de 2022). *Hablemos de suicidio*.
<https://www.gob.mx/imss/articulos/hablemos-de-suicidio#:~:text=El%20suicidio%20es%20un%20problema,por%20cada%20100%20mil%20habitantes>.
- Aparicio, E., Michalopoulos, L. y Unick, G. (2013). An examination of the psychometric properties of the vicarious trauma scale in a sample of licensed social workers. *Health and Social Work, 38*(4), 199–206. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlt017>.
- Arón, A. y Llanos, M. (2004) Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares, 20*(1-2), 5-15.
- Banco Mundial en México (2023). *México: panorama general*. Recuperado el 06 junio 2023 de <https://www.bancomundial.org/es/country/mexico/overview>
- Bandura, A. (1982) Self efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37* (2), 122-147. doi:10.1037/0003-066X.37.2.122
- Baqueiro, E. y Buenrostro, R. (2005). *Derecho de familia*. Oxford University Press.
- Barré, K., De Boer, S. y Guarnaccia, C. (2023). Vicarious trauma and posttraumatic growth among victim support professionals. *Current Psychology, 43*, 3056–3069.
<https://doi.org/10.1007/s12144-023-04523-2>
- Bateson, G. (1998). La cibernética del sí mismo (self): una teoría del alcoholismo. En Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la Mente*. Ediciones Lohlé-Lumen.
- Bebchuk, J. (1991). Circularidad: concepto teórico e instrumento clínico. *Revista Sistemas Familiares, 7*(3), 9-22.

- Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, 1(56), 9-36.
<https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.28611>
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar: Los personajes y las ideas*. Paidós.
- Bertrando, P. (2014). *Il terapeuta e le emozioni*. Raffaello Cortina.
- Bertrando, P. (2016). Terapia sistémica y perspectiva dialógica, una posible integración. *Sistemas Familiares y otros Sistemas Humanos*, 32(2)
- Boscolo, L., Cecchin, G., Campbell, D. y Draper, R. (1985). Twenty more questions: selections from a discussion between the Milan associates: Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin with the editors: David Campbell and Rosalin Draper. En Campbell, D. y Draper, R. (1985) *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Grune and Stratton.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Amorrortu Editores.
- Boscolo, L. y Bertrando P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1987). Una orientación ecológica. En U. Bronfenbrenner (Ed.), *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Burr, V. (2015). *Social Constructionism*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315715421>
- Cabrera, J. (2018). *Violencia estructural: la cara oculta de la violencia*. Dejusticia.
Recuperado el 08 junio 2023 de <https://www.dejusticia.org/column/violencia-estructural/>

- Canadian Medical Association (2013). Health care in Canada: What makes us sick?: Canadian Medical Association Town Hall Report. Ottawa (ON): Canadian Medical Association.
- Cardoso, D., Pascoal, P. y Hertel, F. (2021). Defining Polyamory: A Thematic Analysis of Lay People's Definitions. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 1239–1252, <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02002-y>
- Ceberio, M. (1999). Ciencias modernas, complejidad y psicoterapia. En G. Nardone y P. Watzlawick (Ed.), *Terapia breve: filosofía y arte*. Herder.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity. *Family Process* 26(4), 405-413. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1987.00405.x.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*, 5(1), 9-17.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1998). De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y Familia*, 6(2), 7-15.
- Ceberio, M. (2018). *Te cuento un cuento. El arte de las metáforas y los cuentos en psicoterapia*. Herder.
- Cecchin, G., Lane, G. y Wendel, R. (1997). *Verità e pregiudizi* (trad. verdad y prejuicios). Raffaello Cortina.
- Centro Milanese di Terapia della Famiglia (s.f.). *Luigi Boscolo*. Recuperado el 28 de noviembre de 2023 de <https://www.cmtf.it/es/luigi-boscolo/>
- Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" CSPGD. (s.f.) *Publicaciones* [Página de Facebook]. Facebook. Recuperado el 04 junio 2023 de <https://www.facebook.com/CSPDrGuillermoDavila/>

Cieslak, D. (2016). Recognizing the Propensity for Burnout During Formative Counsellor Development. *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 50(3) 193–213

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). *Medición de la pobreza en México*. Recuperado el 06 junio 2023 de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezalInicio.aspx>

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (s.f.). *Discriminación e igualdad*. Recuperado el 08 junio 2023 de https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142

Díaz, K., Gutiérrez, R. y Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3), 219-228.

Dirección General de Atención a la Comunidad, Facultad de Psicología e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (s.f.). *Cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental*. Recuperado el 04 junio 2023 de <https://misalud.unam.mx>

Durrant, M. y White, C. (1993). *Terapia del abuso sexual*. Gedisa.

Imber-Black, E. (1999). *La vida secreta de las familias*. Gedisa.

Hernández, I. y Gutiérrez, L. (2014). *Manual Básico de Primeros Auxilios*. Universidad de Guadalajara

Instituto Mexicano del Seguro Social (s.f.). *Definición de Adicción a Sustancias o Drogas*. Recuperado el 17 junio 2023 de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/adicciones>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Matrimonios y divorcios*.

<https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/myd.aspx?tema=P#:~:text=En%202011%20por%20cada%20100,100%20matrimonios%20ocurrieron%2033%20divorcios.>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Violencia contra las mujeres*.

<https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/#General--violencia>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2022*.

https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2022/#Datos_abiertos

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (8 de septiembre 2022). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. INEGI.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública (12 de enero 2023). *Síntomas depresivos y atención a la depresión*. <https://www.insp.mx/avisos/sintomas-depresivos-y-atencion-a-la-depresion>

Jayawickreme, E. y Blackie, L. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312–331. <https://doi.org/10.1002/per.1963>

Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A.C. (2018). *Código de Ética de las y los Psicólogos Mexicanos*. FENAPSIME

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M. y Marks, J., (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *The Adverse Childhood*

- Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-58.
doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
- Figley, C. (1985). *Trauma and Its Wake. The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. Brunner/Mazel Psychosocial Stress Series.
- Figley, C. (1988). Toward a field of traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 1(1): 3-16. <https://doi.org/10.1002/jts.2490010103>
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. doi:10.1002/jclp.10090.
- Figley Institute (2012). *Workbook*. Figley Institute.
http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012July20_RevAugust2013.pdf
- Finklestein, M., Stein, E., Green, T., Bronstein, I. y Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health and Social Work*, 40(2), 25–31. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv026>
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Herder.
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). (2016). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*.
- Fosse, M. (2021). *The Many Faces of Polyamory: Longing and Belonging in Concurrent Relationships*. Routledge: New York. <https://doi.org/10.4324/9781315145969>
- Fruggeri, L. (2016) *Diferentes normalidades: discontinuidades familiares y modelos de análisis*. Psicología Social de las Relaciones Familiares. Editorial Página Seis.
- Fruggeri, L., Balestra, F. y Venturelli, E. (2023). *Las competencias psicoterapéuticas*. Sentilibros.

Gobierno de México (28 de junio de 2022). *México atiende el consumo de sustancias psicoactivas con un enfoque de salud pública: Conadic.*

<https://www.gob.mx/salud/conadic/prensa/mexico-atiende-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-con-un-enfoque-de-salud-publica-conadic?idiom=es#:~:text=En%20el%20Informe%20se%20indica,consumo%20de%20cannabis%20y%20anfetaminas.>

Gobierno de México (01 de octubre de 2021). *La marginación en México. Base de datos por entidad federativa 2020* [Archivo Excel]. <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/marginacion-en-mexico>

Gobierno de México (04 de octubre de 2021) *Índices de marginación 2020.*

<https://www.gob.mx/conapo/documentos/indices-de-marginacion-2020-284372>

Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman C. & Haro, J. (Comp.). *Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Colegio de Sonora.

Haley, J. (1987) *Estrategias en Psicoterapia*. Grune and Stratton.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. Fondo de Cultura Económica.

Jarero, I. (29-31 de enero de 2024). Guías Internacionales de Práctica Clínica para el trauma [Sesión de conferencia]. Conferencia del cuerpo lleva la cuenta, Estado de México.

Johnson, C. y Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175, doi: 10.1207/s15374424jccp1802_8

Lee, J. y Miller, S. (2013). A Self-Care Framework for Social Workers: Building a Strong Foundation for Practice. *Families in Society*, 94(2), 96–103. DOI : 10.1606/1044-3894.4289

Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Amorrortu.

- Markez, I. (7 de noviembre de 2015). A propósito de las violencias: contexto, trauma y reparación. Ponencia presentada en las XV Jornades de Salut Mental de Nou Barris (Barcelona) organizadas por la Associació de Famílies per a la Salut Mental de Nou Barris (Barcelona).
- McCann, L. y Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Morales, S. (2015). La familia y su evolución. *Perfiles de las Ciencias Sociales*. 3(5), 127-155
- Nardone, G. (2004). *Psicosoluciones. Cómo resolver rápidamente problemas humanos complicados*. Herder.
- National Institute on Drug Abuse. (27 de julio de 2021). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/referencias>
- National Sexual Violence, Resource Center. (s/f) ¿Qué es la violencia sexual? Recuperado el 24 febrero 2024 de www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Overview_Que-es-la-Violencia-Sexual.pdf
- Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Peruana Ginecología y Revista Obstetricia*, 52(1), 21-27.
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado el 15 junio 2023 de <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=¿Cómo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades>».

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia, y la Cultura (s.f.).

*Directrices para un lenguaje inclusivo en el ámbito de la discapacidad**.

Recuperado el 06 junio 2023 de

<https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org.peru/files/2021-10/DIRECTRICES%20PARA%20UN%20LENGUAJE%20INCLUSIVO%20EN%20EL%20ÁMBITO%20DE%20LA%20DISCAPACIDAD.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia, y la Cultura (s.f.).

Normalización de la violencia. Recuperado el 08 junio 2023 de

https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org.peru/files/2019-09/1_Infografia_Normalizaciondelaviolencia.pdf

Organización Panamericana de la Salud. *Determinantes Sociales y Ambientales para la*

Equidad de la Salud. Recuperado el 10 febrero 2024 de

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of

meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. DOI: 10.1037/a0018301

Pereira, R. y Jiménez, P. (2014). Modelo de contención emocional para el personal que

atiende a mujeres víctimas de violencia en R. Álvarez y A. Pérez Duarte (Ed.), *Aplicación práctica de los modelos de prevención, atención y sanción de la violencia de género contra las mujeres: protocolos de actuación*. Instituto de Investigaciones Jurídicas

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2020). *Informe sobre Desarrollo*

Humano 2020. La próxima frontera: desarrollo humano y el Antropoceno. <https://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/es/MEX.pdf>

- Real Academia Española. (s.f.). Familia. En *Diccionario de la lengua española*.
Recuperado el 05 junio 2023 de <https://dle.rae.es/familia>
- Real Academia Española. (s.f.). Trauma. En *Diccionario de la lengua española*.
Recuperado el 24 febrero 2024 <https://dle.rae.es/trauma>
- Real Academia Española. (s.f.). Lesión. En *Diccionario de la lengua española*.
Recuperado el 05 agosto 2024 <https://www.rae.es/drae2001/lesión>
- Red Nacional de Refugios (27 de enero de 2022). “*Violencias contra las mujeres, niñas y niños en 2021: datos y testimonios*”.
<https://rednacionalderefugios.org.mx/uncategorized/violencias-contra-las-mujeres-ninas-y-ninos-en-2021-datos-y-testimonios/>
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán 1969-2009. *Psicoterapia y Familia*, 23(1), 20-28.
- Reséndiz G. (2014). Familias: Procesos y sistemas de significado. *Psicoterapia y familia*, 27(2), 20-28.
- Rivera-Aragón, S., Díaz-Loving, R., Flores, M., Montero, N. & Méndez, F. Capítulo 1, Escala Multidimensional de Celos (EMUCE). Tomado de Rivera-Aragón, S., Díaz-Loving, R., Méndez, F., Jaen, C., García, M., Romero, A. & Villanueva, G. (2017). 8 escalas: El lado negativo de las relaciones de pareja. Editorial el Manual Moderno: Ciudad de México. Consultado en <https://aprendeonline-manualmoderno-com.pbidi.unam.mx>
- Roizblatt, A., Leiva, V., & Maida, A. (2018). Separación o divorcio de los padres. Consecuencias en los hijos y recomendaciones a los padres y pediatras. *Revista chilena de pediatría*, 89(2), 166-172. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000200166>

- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2004). *La violencia contra las mujeres. Prevención, y detección. Cómo promover desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Diaz de Santos.
- Samios, C., Rodzik, A. y Abel, L. (2012). Secondary traumatic stress and adjustment in therapists who work with sexual violence survivors: the moderating role of posttraumatic growth. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(4), 341-356.
<https://doi.org/10.1080/03069885.2012.691463>
- Sánchez, C. (21 de febrero de 2020). *Citas de Participantes en la Investigación*. Normas APA (7ma edición). <https://normas-apa.org/citas/citas-de-participantes-en-la-investigacion/>
- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (2014). *Población y medio ambiente*. El medio ambiente en México.
https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/informe_resumen14/01_poblacion/1_3.html
- Secretaría de Salud (2022). *2° Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones*. Recuperado el 14 junio 2023 de
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Sutela, M., (2005). Tratamiento de la psicosis mediante el diálogo abierto. En Friedman, S. (2005). *Terapia Familiar con Equipo de Reflexión*. Amorrortu Editores
- SemMéxico (30 de junio de 2022). *En los primeros cinco meses del 2022 las cifras de violencia familiar aumentan a más de 110 mil casos*.
<https://www.semmexico.mx/en-los-primeros-cinco-meses-del-2022-las-cifras-de-violencia-familiar-aumentan-a-mas-de-110-mil-casos/>

Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, 3(2), 65-69.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas

Thériault, A. y Gazzola, N. (2010). Therapist Feelings of Incompetence and Suboptimal Processes in Psychotherapy. *J Contemp Psychother*, 40, 233–243. DOI 10.1007/s10879-010-9147-z

The British Psychological Society). (26 de marzo de 2024). Comprender la psicosis y esquizofrenia. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Comprender-psicosis-esquizofrenia.pdf>

TikTok (s.f.) Recuperado el 14 junio 2023 en

<https://www.tiktok.com/search/video?q=depresión&t=1686789538995>

Universidad Nacional Autónoma de México (2013). Plan de estudios de la maestría en psicología. Recuperado el 05 febrero 2024 de

<https://psicologia.posgrado.unam.mx/plan-de-estudios-de-la-maestria-en-psicologia/>

Universidad Nacional Autónoma de México (2013). Perfil de Egreso Terapia Familiar.

Recuperado el 05 febrero 2024 de <https://psicologia.posgrado.unam.mx/perfil-de-egreso-terapia-familiar/>

Van Der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.

Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1992). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Herder.

Weitzman, G. (2006). Therapy with Clients Who Are Bisexual and Polyamorous. *Journal of Bisexuality*, 6(1-2), 137-164, doi: 10.1300/J159v06n01_08