



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EL TERAPEUTA EN FORMACIÓN, UNA MIRADA A SU TRABAJO CON
PAREJAS VIOLENTAS

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

PRESENTA:
LIGIA ESTHER TORRES BURGOS

DIRECTORA DEL REPORTE:
OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

COMITÉ TUTOR:
DR. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ
MTRA. LAURA EDITH PÉREZ LABORDE
DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM

MÉXICO, D.F. JUNIO DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi hermosa familia por el esfuerzo conjunto de seguir navegando en la misma
barca.

José Emilio por toda tu paciencia en mis horas de ausencia, por tu constante
apoyo en tiempo y espacio.

Fer por ayudarme a mover de lugar durante este tiempo y construir una mejor
relación.

José Luis por motivarme a emprender este proyecto y llegar a su término con
éxito.

A mis padres, en el cielo y en la tierra, por su ejemplo, su motivación y su fe en mí.

A mis compañeros que enriquecieron mi trayectoria con sus múltiples voces.

A mis profesores quienes me legaron aprendizajes y experiencias que llevaré
siempre en mi mente y en mi corazón.

Ofelia, por tu guía y acompañamiento en este gran proyecto.

A todos quienes me hicieron llevadero el arduo trabajo en casa y escuela.

¡Gracias!



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	4
1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	4
1.1 Características del campo psicosocial	4
1.1.1 Principales problemas que presentan las familias.....	7
1.1.2 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	9
1.2 Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.....	13
CAPÍTULO II.....	19
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención en terapia familiar sistémica y/o posmoderna que sustentan los casos presentados	19
2.1.1 Terapia Colaborativa	19
2.1.1.1 Introducción y antecedentes del modelo	19
2.1.1.2 Exponentes principales y sus aportaciones.....	20
2.1.1.3 Principios básicos	22
2.1.1.4 Técnicas	24
2.1.1.5 Consideraciones o reflexiones generales.....	24
2.1.2 Terapia Sistémica Intergeneracional de Maurizio Andolfi	25
2.1.2.1 Introducción y antecedentes del modelo	25
2.1.2.2 Exponentes principales y aportaciones	26
2.1.2.3 Principios básicos	27
2.1.2.4 Técnicas	28

2.1.2.5 Consideraciones o reflexiones generales.....	29
2.2. Análisis y discusión del tema que sustenta los casos presentados	29
2.2.1 La psicoterapia sistémica (marco epistemológico)	29
2.2.1.1 Teoría General de Sistemas	30
2.2.1.2 Teoría Cibernética.....	32
2.2.1.3 Teoría de la Comunicación	34
2.2.2 El terapeuta.....	36
2.2.2.1 Formación del terapeuta sistémico.....	38
2.2.2.2 El terapeuta desde la cibernética de segundo orden	41
2.2.2.3 El terapeuta y la alianza terapéutica	42
2.2.2.4 El terapeuta, creencias, valores, ideas, sentimientos, que le acompañan en la terapia.....	46
2.2.3 Los consultantes	49
2.2.3.1 La pareja como consultantes.....	49
2.2.3.2 La pareja violenta.....	53
2.2.3.3 Ciclo de la violencia.....	56
2.2.3.4 El terapeuta y la pareja con violencia	60
2.2.4 Manejo terapéutico	61
2.2.4.1 Modelo Sistémico de Navarro y Pereira.....	61
2.2.4.2 Terapia Sistémica Sensible al Género	66
2.2.4.2.1 Premisas de género sobre la masculinidad.....	69
2.2.4.2.2 Premisas de género sobre la mujer que vive violencia	69
2.2.4.2.3 Premisas de las familias donde hay violencia	70
2.2.4.3 Terapia Narrativa.....	73
2.2.5 Lo que ocurre con el terapeuta que trabaja con parejas violentas	78

CAPÍTULO III.....	82
3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	82
3.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas	82
3.1.1 Casos atendidos.....	82
3.1.2 Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en la que atendió como terapeuta	89
3.1.2.1 Caso 1 Familia Gómez Hernández.....	89
3.1.2.1.1 Motivo de consulta.....	90
3.1.2.1.2 Objetivo.....	91
3.1.2.1.3 Modelo Terapéutico.....	91
3.1.2.1.4 Intervenciones.....	92
3.1.2.2 Caso 2 Familia Hernández Vicencio	95
3.1.2.2.1 Motivo de consulta.....	96
3.1.2.2.2 Objetivo.....	97
3.1.2.2.3 Hipótesis.....	97
3.1.2.2.4 Modelo terapéutico	98
3.1.2.2.5 Intervenciones.....	98
3.1.3. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con las dos familias elegidas	100
3.1.3.1 El terapeuta y las parejas violentas	112
3.1.3.1.1 Método.....	113
3.1.3.1.2 Ejes y categorías.....	113
3.1.3.1.3 Definición de categorías.....	114
3.1.3.1.4 Relaciones entre categorías.....	123
3.1.3.1.5 Discusión.....	126

3.2 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.....	130
3.3 Habilidades de Investigación.....	134
3.3.1 Reporte de investigaciones.....	135
3.3.1.1 Metodología cuantitativa.....	135
3.3.1.2 Metodología cualitativa.....	141
3.4 Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria	145
3.4.1 Productos tecnológicos	146
3.4.1.1 Programas de formación de los terapeutas	146
3.4.2 Programas de intervención comunitaria realizados.....	147
3.4.3 Constancias de la asistencia y/ o la presentación de trabajos en foros académicos	149
3.5 Habilidades de compromiso y ética profesional	150
3.5.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.....	151
CAPÍTULO IV	157
4. CONSIDERACIONES FINALES	157
4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.	157
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia.....	159
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo de trabajo	160
REFERENCIAS.....	169

INTRODUCCIÓN

Un reporte de experiencia profesional es toda una travesía narrada en unas cuantas páginas. Las palabras pueden ser pocas, en algunos momentos, faltas de emoción y cortas, para expresar el gran significado que tienen en el viaje que emprendí durante los 2 años de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar en la FES Iztacala de la UNAM.

La Psicología como ciencia, presenta un amplio campo de estudio. La Maestría es la brecha que me ha ayudado a decidir sólo por uno (momentáneamente), el campo de la salud. El capítulo I, muestra un breve recorrido por este campo, que a su vez se interrelaciona con otros ámbitos como el socio-histórico-cultural, las problemáticas actuales y de manera muy sencilla, la forma en que se desarrolló el trabajo en el curso de la Maestría.

Emprender este programa me llevó a un enriquecedor recorrido por la teoría sistémica y los modelos que se han derivado de ella, mismos que de alguna manera y en muchos parajes de este reporte se pueden encontrar y conocer. No podría limitar su manifestación de ellos a lo largo del escrito, por lo que su revisión implica la lectura casi total del texto.

También me permitió adentrarme en el trabajo clínico con familias, con individuos y de manera muy particular con parejas, el cual es el punto central de este documento: el trabajo clínico que desempeñé con parejas quienes además tenían una característica común, la violencia.

En muchos momentos la violencia había sido un tema que podía ver como complicado, difícil, arduo, en el que no estaba segura si deseaba o no adentrarme y tener las herramientas para poderlo trabajar. En algunos momentos de la formación como terapeuta en el Programa de Maestría, dudé si sería el mejor tema para desarrollar, pues mi interés principal estuvo centrado muy frecuentemente en el terapeuta, más que en los consultantes (con respecto a la investigación) y quizás siendo honesta, rehuía un poco al trabajo clínico con ella. Al paso del tiempo me es posible constatar cómo aquello que me producía cierta inquietud tenía que ver

conmigo misma como terapeuta. De manera muy curiosa y tal vez, independientemente de mi historia, o quizás por la misma, el punto donde estos dos ámbitos se encuentran, es justo el que me “llamó” más para trabajar. El terapeuta y las parejas con violencia.

Por un lado, el terapeuta, cualquier terapeuta, tiene características particulares, personales, históricas, contextuales, premisas sobre quién es, qué debe hacer en su función terapéutica y cómo debe hacerlo. El terapeuta con todo lo que es, interactúa con sus consultantes en el espacio terapéutico, tratando de construir, en conjunto, un espacio en el que distintas visiones, promuevan la exploración y la apertura de nuevas posibilidades para quien solicitó la consulta. Pareciera que el tema es muy claro. Sin embargo, en el proceso descrito, el terapeuta también resulta “tocado” por lo que sucede en terapia. Así como llegó, con muchas experiencias, ahí, en la terapia, adquiere nuevas que le llevan (o deberían llevarlo) a una reflexión de su práctica; en situaciones tan particulares como la violencia, no sólo sucede una reflexión, sino una profunda transformación que trastoca, su práctica clínica, su persona de terapeuta y su mirada personal.

Las teorías, desde luego enriquecen la mirada del terapeuta, la multivocalidad del modelo de supervisión se retroalimenta positivamente con las visiones de 6 mentes constructoras (incluida desde luego la del supervisor o supervisora). Los consultantes abren también un mundo distinto al del terapeuta, que le ofrece una perspectiva diferente de la vida. ¿Desde dónde es que el terapeuta actúa? ¿Desde su propia experiencia? ¿Desde la mirada de los ojos que le apoyan? ¿Desde la visión del consultante? ¿Qué teoría utiliza y por qué? ¿Hubiera sido más funcional otra que la utilizada?

Todas esas preguntas me he hecho a lo largo de este viaje, del escrito y del práctico, aunque aquí, en este reporte he tenido la oportunidad de contestar, no con una respuesta simple y suficiente para justificar las acciones terapéuticas, sino de una manera compleja que me permite observar esa danza entre terapeuta y la familia como un sistema conjunto.

Llegar al fondo de este tema me llevó una buena parte del presente escrito. El capítulo II muestra justo el recorrido por aquellos enfoques teóricos respecto al terapeuta y a las parejas violentas; investigaciones, experiencias, modelos que respaldan el trabajo de decenas o quizás cientos de terapeutas en distintos lugares del mundo.

Y en el capítulo III, logré contestar algunas de mis preguntas, unas de manera más satisfactoria que otras. Aún sigo pensando que la Psicología, siendo como es, tiene muchos más caminos por recorrer. Porque no hay una sola verdad y no hay un solo camino que lleve a ella. Así que me gusta pensar que este es uno de los muchos senderos, pero el primero, de los que quiero andar para construir muchos más aprendizajes y muchas más experiencias.

La Maestría me invitó a reencontrarme de una forma más amable, e incluso diría yo cariñosa con la investigación. Las diversas investigaciones están reflejadas también a lo largo del Capítulo III.

Finalmente y no menos importante, el capítulo IV recoge aquellas reflexiones que se derivaron de los distintos procesos de aprendizaje obtenidos en el curso de la Maestría.

CAPÍTULO I

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1 Características del campo psicosocial

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar forma parte del Programa de Posgrado en Psicología de la UNAM que se ofrece desde hace 13 años en varias entidades académicas de esta institución, entre ellas, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Esta maestría tiene un programa profesionalizante, es decir, el énfasis en la formación académica está en el trabajo que se realiza en la comunidad y la aplicación de conceptos profesionales que se traduce en horas prácticas que permiten a los estudiantes obtener una formación como terapeutas familiares de alto nivel.

En lo particular, la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar está inmersa en un contexto psicosocial específico. La Facultad de Estudios Superiores Iztacala se encuentra en la zona de Los Reyes Iztacala en el municipio de Tlalnepantla, Estado de México. Muchas de las familias que fueron atendidas, habitan en el Estado de México lo que tiene como implicación una diversidad de motivos de consulta propios de zonas suburbanas, los motivos de consulta presentados van desde familias con hijos con dificultades de aprendizaje, parejas muy jóvenes con bajo nivel educativo, familias con pocos ingresos, entre otros.

El Estado de México es una de las entidades con mayor población del país; para el censo de 2010 según el INEGI contaba con 15 175 862 habitantes; la problemática que enfrenta este Estado es muy variada, desde económicas, laborales, de transporte de la periferia hacia el centro de la Ciudad de México, de seguridad, de violencia y muy particularmente de situaciones dentro de las familias que requieren atención profesional.

Los delitos registrados con averiguaciones previas en 2011 son de 273 532, que incluyen denuncias tanto del fuero común como del fuero federal. En las estadísticas que ofrece el INEGI, es notorio que el Estado de México es la entidad con mayor número de denuncias sobre actos delictivos del país. Así también, el

Estado Mexiquense es quien tiene el mayor número de denuncias por violencia intrafamiliar hacia la mujer con un total de 5 365 865 casos. Se reportó que en 2 284 907 casos no había incidentes de violencia, pero en 3 080 958 si los hubo y los especifica de la siguiente manera: violencia emocional 2 874 611, violencia económica 1 631 120, violencia física 874 413 y finalmente violencia sexual 429 973 casos. La suma total de tipos de violencia no es la misma del total pues en varios casos una mujer es víctima de más de un tipo de violencia (INEGI, 2012). En cada uno de estos tipos de violencia, el Estado de México conserva el primer lugar a nivel nacional. También, el INEGI muestra estadísticas por edad en la violencia hacia la mujer y es notorio que uno de los grupos de edad con mayor índice de violencia son las mujeres de 35 a 44 años, también hacia las mayores de 55 años y las jóvenes de 15 a 24 años de edad.

Al parecer la convivencia en el Estado de México resulta complicada en torno a las relaciones familiares, muchas mujeres sufren con frecuencia violencia y son maltratadas principalmente por sus parejas.

Otro dato de suma importancia es el que reporta al Estado de México como la entidad con mayor número de feminicidios en el país. En el informe “Una Mirada del Feminicidio en México” de 2009-2010, se muestra una realidad cruda en nuestro país y particularmente en el Estado de México. Este informe presenta problemáticas importantes en la entidad, empezando por el tránsito de migrantes que van desde Sur y Centroamérica así como de estados del sur de México. Muchos migrantes son víctimas de violencia (OCNF, 2010).

La violencia hacia las mujeres por su condición de género es un problema de relevancia; en el Informe de Violencia Feminicida en diez entidades de la República Mexicana publicado en 2010 se hace mención de 1288 asesinatos a niñas y mujeres del Estado de México en un lapso de cuatro años. Por su parte el Observatorio Ciudadano Nacional del Feminicidio (OCNF), documentó que en 2007, 2008 y 2009 existieron 542 asesinatos de niñas y mujeres en el estado, de los cuáles 205 ocurrieron en el 2009. La Comisión Estatal de Derechos Humanos reportó de 2005 a agosto de 2009, 672 casos de mujeres asesinadas en el estado,

varias de ellas de forma violenta, puesto que los cuerpos presentan huellas de tortura y de abuso sexual. Por si fuera poco, sólo en 1 de cada 10 casos se ha hecho justicia, mientras que el 89% de ellos se encuentra sin solución (OCNF, 2010).

Según la Procuraduría de Justicia del Estado de México, de 2005 a agosto de 2010, los homicidios dolosos contra mujeres suman 922 casos, los municipios en los que se realizaron son principalmente: Ecatepec de Morelos con 118 casos, Nezahualcóyotl con 71 casos, Tlalnepantla de Baz con 53 casos, Toluca con 45, entre los principales. La edad de las mujeres oscila en un 28.09% entre los 21 y 30 años, el 18.22% de los 31 a los 40 años y 18.11% entre los 11 y los 20 años de edad. Poco más de una quinta parte de las mujeres era casada, 22.89% mientras que 33.51% eran solteras. El 35.47% de las mujeres fue asesinada por un conocido y el 56.72% por desconocidos (OCNF, 2010).

El Estado de México también tiene un alto índice de violencia sexual hacia las mujeres en el ámbito comunitario, por encima del nivel nacional, 4 773 denuncias de enero de 2009 a julio de 2010 (OCNF, 2010).

Ante todos estos números podemos contemplar un Estado de México con problemática que resulta grave para los individuos, para las familias, para la sociedad en general, que requieren de atención en distintos ámbitos, por ejemplo, en educación cívica, en educación para la salud, en educación de seguridad y en mecanismos de seguridad que el Estado debe ofrecer, pero también y desde el lugar en el que se entrelaza con los objetivos de la formación en la Psicología y particularmente en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, una atención psicoterapéutica profesional, que sea capaz de observar la problemática no sólo en las personas, en los individuos, o en las familias, sino también en sistemas más amplios que forman parte del contexto psicosocial de los consultantes.

De esta manera, el Programa de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, ofrece atención en distintos escenarios clínicos, en los cuales, la

problemática se relaciona con los temas anteriormente mencionados y que comentaremos a continuación.

1.1.1 Principales problemas que presentan las familias

Las familias atendidas en la Residencia en Terapia Familiar son muy variadas en sus características, algunas están conformadas por padres e hijos, algunas sólo por madres y sus hijos o bien por jóvenes que están en el proceso de conformar su propia familia o atravesando la etapa de adolescencia con los retos que ello implica en la sociedad actual. Los motivos de consulta que se presentan son muy distintos aunque tras observar detenidamente los casos hay varios aspectos en común.

Uno de ellos es el que sucede con los padres de adolescentes quienes presentan dificultades en tres ámbitos principalmente. El primero que se relaciona con el manejo de nuevas reglas y límites ante el joven que está en búsqueda de su propia autonomía e independencia y que los padres manifiestan como rebeldía por parte de los hijos. El segundo que está relacionado con la dificultad que presentan los padres en dejar de ver a sus hijos como niños y otorgarles un mayor sentido de adultez, permitiéndoles aprender otras competencias necesarias para su vida adulta. Y el tercero, en la dificultad de aceptar a los hijos como son, en lugar de querer cambiar su forma de ser, de actuar, de pensar, casi deseando hacer de los hijos lo que los padres imaginan para evitar los problemas o las controversias.

Dentro de los casos con adolescentes pueden existir muchos matices, trabajamos con adolescentes que decidían por sí mismos acudir a terapia por la sensación de inestabilidad, ideación suicida, confusión o experiencias de riesgo, tal fue el caso de varios adolescentes atendidos en el CCH Azcapotzalco.

Algunos otros fueron llevados por los padres a consulta, ya sea en el CCH Azcapotzalco o en la Clínica Familiar Tlalnepantla del ISSSTE, incluso en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI. Se presentó comúnmente que los adolescentes que eran llevados por los padres, manifestaban abierta o indirectamente su deseo de no asistir a terapia, con lo que se pactó el trabajo terapéutico con la madre principalmente, que era quien acudía. En pocos y excepcionales casos los padres

de los jóvenes iban a terapia o decidían por sí mismos acudir para colaborar en el proceso terapéutico.

En algunos casos, los adolescentes nunca acudieron a terapia y el trabajo terapéutico se centró en la relación de las madres y sus hijos, o de ambos padres y sus hijos, sin la presencia de ellos.

En los casos de familias completas, era común encontrar familias con problemas de adicción al alcohol y drogas, dificultad en la educación o manejo de los hijos pero sobre todo, con problemas de pareja. Algunas de las problemáticas estaban mezcladas entre sí. Por ejemplo, en ciertos casos en la Clínica del ISSSTE, la familia presentó como motivo de consulta dificultades con los hijos, uno adolescente y otro menor, pero en el transcurso de la primera entrevista, se resaltó el hecho de que el padre estaba en un centro de rehabilitación para personas con adicciones y que la situación era muy complicada en el área de pareja.

Otro caso importante es el de las madres separadas que se enfrentan solas a la educación, cuidado y atención de sus hijos. En algunos casos esto se relaciona con diversas condiciones, ya sea porque el padre está trabajando en otro lugar o bien porque no se ha hecho cargo de los hijos. La dificultad en este sentido se extiende a varios ámbitos, las reglas familiares, el cumplimiento de las normas, la manutención, el poco tiempo de convivencia entre los distintos miembros, y la búsqueda de equilibrio en las mujeres que en ocasiones deseaban una realización profesional.

Finalmente, los casos de problemas de pareja se hicieron presentes, los motivos podían estar conectados con infidelidad o la sospecha de la misma, desconfianza, falta de una comunicación eficaz y violencia. La violencia en las parejas era expresada en distintas modalidades, desde las que pueden pasar más desapercibidas como el control del dinero o actividades, hasta las de mayor violencia como intento de estrangulamiento, violación o golpes que ponen en riesgo la vida de alguno de los cónyuges (generalmente la mujer). Estos casos se presentaron en las 3 distintas sedes. En el CCH, encontramos adolescentes que vivían en relaciones de pareja violentas y que les parecía parte “normal” de las

relaciones, como si fuera una etapa que todas las parejas deben atravesar. En el ISSSTE, las formas fueron muy variadas, desde mujeres violentadas físicamente, psicológicamente, sexualmente, a través de la duda constante de su fidelidad y con ello la expresión de celos, etc. En la clínica de Terapia Familiar de la FESI, también se evidenció la violencia en diversos momentos de las relaciones, por ejemplo, en parejas con hijos que privilegiaban la violencia verbal, los insultos y gritos, aún delante de los hijos, las parejas que con poco tiempo de casados estaban enfrentando numerosos cambios y un estrés muy fuerte debido a la falta de trabajo, el nacimiento de un hijo, enfermedades de transmisión sexual que dificultaban su relación y que se enmarcaron en algún momento de la terapia como condiciones predisponentes hacia la violencia.

Ante estas situaciones, ningún caso es sencillo; todos ellos requieren conocimientos sobre el tema, habilidades y una supervisión muy cercana que trabaje no sólo con el caso, que ya de por sí es todo un reto, sino también y principalmente con la persona del terapeuta. La supervisión debe ser capaz de orientar en el manejo de las emociones que el hecho de la violencia puede evocar en el terapeuta; cuidar los valores del terapeuta que, siendo personalmente únicos, intervengan siempre de una manera que beneficie el proceso terapéutico y no lo entorpezcan y que apoyen al terapeuta a estar muy alerta de las premisas, propias y de la pareja para poder realizar intervenciones adecuadas a la situación.

1.1.2 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

La Terapia Familiar Sistémica se ha ocupado de un espacio terapéutico que no había sido atendido hasta entonces, puso énfasis en el resultado de las interacciones entre miembros de un mismo sistema, ya fuera familiar o de otros tipos. Como tal, la terapia familiar permitió enfrentar de una manera distinta las problemáticas que se suscitan en los grupos humanos.

En el caso de las familias que fueron atendidas en las distintas sedes de atención de la Maestría, la terapia sistémica nos permitió entender a los individuos en su propio sistema, en su contexto, comprendiendo así las dinámicas y las razones por las que

cada uno de los individuos o miembros de una familia, actuaban de cierta manera, incluso, en situaciones donde el motivo de consulta fue problemas laborales, la terapia sistémica, nos acercó a la comprensión del sistema laboral, ampliando la visión y haciendo más fácil visualizar varias posibilidades.

La Terapia Sistémica ha atendido diversos problemas familiares, como los que enfrentamos en la práctica, algunos de ellos con relación a las distintas etapas del ciclo vital de la familia, pueden presentarse situaciones que pueden ser críticas y que requieren ser resueltas, cuando no pasa esto, el terapeuta colabora con la familia para resolver las áreas en las que se presenta la dificultad y así poder continuar con el siguiente nivel de desarrollo de una manera más positiva. Tal es el caso de las familias que presentan a los adolescentes como “el problema”, ya sea que los jóvenes asistieran o no a terapia.

También, la Terapia Familiar Sistémica tiene ciertos supuestos epistemológicos, como el de la doble visión, que nos permitió en el caso de estas familias con adolescentes, no ponernos del lado de los padres en todo momento, o en el de los hijos, sino nos da la posibilidad de movernos de un lado a otro incorporando ambas visiones hacia una mejor comprensión de la situación, de tal manera que las intervenciones resultaran beneficiosas para todos los miembros de la familia.

Algunas de estas familias manifestaron abiertamente su confusión ante la situación por la que atravesaban y pedían directivas muy claras para actuar, mientras que otras, a través de las conversaciones podían generar sus propias nuevas posibilidades para actuar de manera más positiva en la situación identificada como problema.

La Terapia Familiar Sistémica, colabora positivamente en los procesos de adolescentes, desde la premisa de que el problema no está en la persona, sino, en sus relaciones, de tal forma que se quita el peso al adolescente de ser el problema y se enfoca en la manera en que están actuando de forma recíproca, esto les ayuda tanto a padres como a hijos a tener una mejor disposición y una visión de sí mismos en cuanto a lo que desean conseguir en terapia, autonomía, colaboración, etc.

En torno a la problemática de adicción, la Terapia Familiar Sistémica también ha tenido contribuciones importantes, desde el hecho de ver a la familia como el contexto en el que sucede (ya sea de origen o su familia formada), así como los efectos y las relaciones que existen entre los distintos miembros. Así mismo, las terapias posmodernas pueden brindar elementos de reflexión respecto del significado que tiene para la persona adicta el consumo de sustancias, para la esposa, los hijos o los padres, así como los efectos que tiene en el entorno que le rodea y en su vida en general, presente y futura. Las terapias posmodernas les permiten a las familias llegar a una exploración y reflexión de su propia experiencia con las adicciones y alcanzando este punto, decidir desde el lugar del conocimiento (de sí mismo y su familia), si existen opciones distintas para sí.

En el caso de las familias monoparentales, comúnmente hijos que viven con uno de los padres, generalmente la madre, la terapia sistémica ha hecho aportaciones en torno a la organización de roles y funciones dentro del sistema familiar, así como a los efectos de ser una familia que vive con un solo progenitor (Jiménez, 2005; Valdés, 2007 y Walters, 1996). Gran parte del trabajo que se realizó con estas familias, tenía que ver con las premisas (desde la vertiente constructivista y construccionista) que subyacen a la idea de que una familia sin padre es una familia incompleta, e incluso que los hijos cargan con una serie de “traumas” con los que han de luchar durante su vida. Las terapias posmodernas permitieron también reflexionar sobre estas ideas y construir nuevas formas de entender su realidad que viven con sus hijos y las personas que les apoyan en el cuidado y atención de los mismos.

Ante la problemática de pareja, la terapia familiar sistémica ha generado maneras distintas de ver a la relación de pareja, desde el modo de interacción, si es una relación simétrica o complementaria, si tienden a estar en equilibrio o si con frecuencia hay inestabilidad en la relación, si la definición de la relación es clara, o confusa, si su comunicación es coherente en cuanto al nivel de relación y de contenido o si su comunicación es paradójica, si la pareja es capaz o no de metacomunicarse y si las normas que existen en el interior de la pareja les permiten relacionarse y desarrollarse no sólo como pareja, sino también como individuos

dentro del sistema al que pertenecen (Jaén y Gallardo, 2005). También ha tenido propuestas de intervención desde diversos modelos, como el de Terapia Breve Centrado en el Problema, la pauta interaccional y la interrupción de la misma (Fisch, Weakland y Segal, 1984). Los Modelos Orientados a las Soluciones que enfatizan los recursos y las excepciones tratando de que sean tan frecuentes como para resolver la situación (O'Hanlon y Bertolino, 2001). O bien, algunas más estratégicas, como planear una ordalía conectada con la queja de la mujer y del hombre en una sola prescripción (Haley, 1997b). Así mismo, las terapias posmodernas han ofrecido acercamientos distintos y muy significativos a la problemática de pareja, que van desde escuchar al otro en su experiencia, lo que piensa, lo que siente y cómo interpreta sus acciones (Anderson, 1997), hasta darle paso a la multivocalidad en las relaciones de pareja o escuchar las narrativas de lo que piensan acerca de ser una pareja y si esa narrativa les gusta, si es la que va con su personal manera de ser y con sus intenciones (White y Epston, 1990).

Tema importante como ya mencionaba, el de la violencia en la pareja. La Terapia Sistémica permitió a través de la visión circular identificar que la violencia no es asunto de un miembro de la pareja, que para que la violencia suceda hay una contribución conductual de ambos miembros y que para lograr parar la violencia es necesario cortar o cambiar la pauta transaccional que está manteniéndola. Sin embargo, los movimientos de crítica social que surgieron con el debate feminista y otros movimientos de cuestionamiento social resaltaron las relaciones de poder e influyeron de manera decisiva en la postura sistémica acerca de la violencia, enriqueciéndola al cuestionar asuntos de género y de poder, mismas que resultaron muy útiles, tanto para las parejas como para los terapeutas a la hora de abordar estos casos. Un punto que se colocó en el centro de atención es la responsabilidad de la violencia, misma que está depositada en la persona que la ejerce. Lo que en principio podían parecer dos visiones distintas se complementaron para dar una comprensión más compleja de la violencia en la que la Terapia Sistémica debe incluir la postura lineal que expresa la responsabilidad individual y/o social en el caso de la violencia. Se reflexionó sobre su complejidad y la necesidad de tratar a la violencia por varias disciplinas y

profesionales del ámbito de salud y del ámbito legal. En la experiencia en las distintas sedes clínicas, la sugerencia de los terapeutas en formación, del equipo de supervisión y en particular de los supervisores siempre fue el de acudir a lugares especializados en violencia, que pudieran brindar desde una asesoría legal, hasta servicios de acogida en casos de violencia que pusiera en riesgo su vida e integridad personal.

Por último y no menos importante, quiero mencionar que la Terapia Familiar Sistémica y las Terapias Posmodernas, han puesto especial atención no sólo a la problemática mencionada, sino que también han puesto atención a la persona que sirve como instrumento de la terapia, el terapeuta. En un primer momento la posición del terapeuta era el de un observador que era capaz de mirar las relaciones de los miembros de una familia sin formar parte del sistema (cibernética de primer orden), y tiempo después, con las ideas de Gregory Bateson, evolucionó el pensamiento sistémico hacia una cibernética de segundo orden, en la que el terapeuta, no sólo era un observador de lo que ocurría en el sistema, sino que a su vez, era parte del mismo sistema al que observaba (cibernética de segundo orden), con sus propias teorías y premisas (Bertrando, 2011). Poder observarnos dentro del contexto de la terapia nos permite también identificar quiénes somos, quiénes somos en razón de nuestra historia, de nuestro contexto y quiénes son aquellos que tenemos enfrente en terapia, qué tan distintas son nuestras ideas, o qué tan similares, reconocer de qué manera nuestra voz puede abrir posibilidades con el otro y qué tanto somos capaces de colaborar en ese nuevo camino, favoreciendo así el proceso y acrecentando nuestra persona, abriendo posibilidades para nosotros mismos y cambiando a la vez que los consultantes son capaces de hacerlo.

1.2 Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala, fue creada en 1975 como parte del proyecto de descentralización de Estudios Profesionales de la UNAM. En aquel momento fue nombrada Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. La Carrera de Psicología es una de las impartidas en esta escuela.

En el año 2001, se creó la Residencia en Terapia Familiar, perteneciente al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología que surgió unos años antes. La Residencia surgió con la colaboración de académicos de la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria y de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Desde aquel momento fue considerada como Maestría de Excelencia Académica por CONACYT, brindando así apoyos económicos para los estudiantes de este posgrado.

El objetivo principal de la Maestría es formar profesionales en Psicología en el área de Salud como terapeutas sistémicos y posmodernos, capaces de atender en su área clínica, en docencia y en investigación. Es por ello que la formación está planeada a lo largo de cuatro semestres, durante los cuales, se tienen 336 horas de cursos formales y un mínimo de 1656 horas de entrenamiento práctico bajo supervisión.

En cuanto a la entidad académica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), el entrenamiento práctico se realizó en tres escenarios o sedes clínicas. La Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, la Clínica Familiar Tlalnepantla del ISSSTE y el Colegio de Ciencias y Humanidades en Azcapotzalco (CCH), perteneciente a la UNAM.

En todos los escenarios se realizó videograbación (o audiograbación) con el consentimiento informado por escrito y debidamente firmado por todos los miembros de las familias atendidas, es decir, de todos quienes asistían al menos una vez a sesión, así como por el terapeuta y comprometiéndonos a guardar confidencialidad.

Para el trabajo en los distintos escenarios el grupo de 10 estudiantes de la 11ª generación de la Residencia en Terapia Familiar se dividió en dos equipos de trabajo de cinco terapeutas cada uno. En mi caso particular el primer semestre las horas prácticas las realicé como observadora en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala.

Los consultantes eran atendidos por los compañeros de la décima generación de la Maestría, mientras que mi equipo permanecía como observador, haciendo anotaciones y sólo eventualmente siendo cuestionados por alguna de las supervisoras sobre conceptos teóricos de los que revisábamos en clase en ese primer semestre de formación.

En principio, había dos supervisores por cada día de atención. Los días martes, la Maestra Ofelia Desatnik y el Doctor Alexis Ibarra supervisaban al equipo terapéutico. Los días jueves, la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz y la Dra Xóchitl Galicia, hacían su parte. Todos los supervisores mostraban sus habilidades terapéuticas y desde luego además de prestar atención a los motivos que traían a las personas (ya sean familias o individuos) a terapia, así como al proceso terapéutico en general, ponían especial importancia en el desarrollo y formación de cada uno de los terapeutas en formación, principalmente quienes realizaban su trabajo como terapeutas y equipo de supervisión.

La sesión siempre se presentó en el mismo formato, una hora con un terapeuta a cargo del caso y cuatro como equipo terapéutico. El terapeuta a cargo estaba en la sala que se usa como consultorio junto con el, la o los consultantes. En una sala contigua y tras de un espejo unidireccional, (cámara Gesell) el equipo terapéutico junto con el supervisor y en aquel momento, nosotros, los observadores. Se atendía alrededor de 40 minutos, tras lo cual el terapeuta a cargo salía del cubículo de los consultantes y se reunía con el equipo para intercambiar ideas y puntos de vista, construir un mensaje o tarea de acuerdo a lo tratado en la sesión y regresar a la sala con la familia para comentar lo acordado con el equipo.

Para comunicarse con el terapeuta a cargo de atender a los consultantes, ambas salas cuentan con teléfono intercomunicador, por lo que si el equipo o el supervisor deseaban hacer una pregunta o un comentario, marcaban al terapeuta para informarle.

Cada uno de los consultantes era citado una vez cada quince días, a menos que el caso en particular ameritara una atención más frecuente. Los días martes, se atendían, una semana tres casos y la siguiente dos, dando oportunidad a hacer un

análisis de cada caso posterior a las sesiones o bien, el día en que se atendían sólo dos, tener tiempo suficiente de revisar todos los casos atendidos. Los días jueves, se atendían los cinco casos, uno tras otro, teniendo el tiempo muy medido para explicar sobre el caso antes de la sesión y hacer comentarios al final de la misma. Los jueves era común, al terminar todos los casos hacer un breve análisis de cada uno para el siguiente jueves.

Este mismo escenario fue lugar de mis prácticas durante el tercer semestre, siendo supervisada los días martes por el Dr. Alexis Ibarra y los días jueves por la Dra. Xóchitl Galicia.

Durante el cuarto semestre los días martes atendí junto con mi equipo terapéutico en esta misma sede con la supervisión de la Mtra. Ofelia Desatnik.

Particularmente esta sede clínica es consultada por vecinos de la colonia Los Reyes Iztacala, niños que son enviados por sus escuelas, padres, madres e incluso abuelos, con problemáticas sobre límites, reglas y normas familiares, parejas con distintos problemas o familias completas con situaciones particulares. Algunas, que vienen desde otros municipios del estado de México por recomendación o sugerencia de algún conocido (frecuentemente exalumnos de la Maestría).

La Clínica Tlalnepantla del ISSSTE es perteneciente a los servicios de salud que ofrece el Estado a los trabajadores de instituciones públicas federales y se considera como una clínica de primer nivel, es decir, de medicina familiar. El servicio de Terapia Familiar se lleva a cabo en el consultorio de Psicología, el cual es dirigido por la Lic. Araceli González desde hace varios años. Los pacientes son canalizados por los médicos familiares o por trabajo social directamente con la psicóloga, quien a su vez elige aquellos casos que están más relacionados con nuestra área, los de terapia familiar.

En la clínica del ISSSTE tanto el paciente, como el terapeuta y el equipo de supervisión se encuentran en el mismo cubículo de tal forma que el paciente da la espalda al grupo de terapeutas y el supervisor y el terapeuta a cargo queda de

frente. La comunicación con el terapeuta es a través de un pizarrón blanco en el que se escriben preguntas o mensajes para el paciente o para el mismo terapeuta.

De igual forma que en la Clínica de la FES Iztacala, la sesión tiene la duración de una hora, por lo cual se atendía durante los primeros 40 minutos, después de lo cual se le pedía a los pacientes que salieran un momento del consultorio para comentar con el equipo terapéutico. Después del intercambio de ideas y la construcción de un mensaje o tarea de acuerdo a lo tratado en la sesión se hacía pasar nuevamente a los pacientes para comentar lo acordado. Finalmente se agendaba una nueva cita y se despedía al paciente.

Los pacientes que fueron atendidos en el ISSSTE fueron muy consistentes en cuanto a frecuencia y realización de tareas o actividades terapéuticas. La gran mayoría eran mujeres solas o con sus hijos evidenciando problemas familiares respecto a límites, reglas y normas y mujeres con problemas de pareja de diversos tipos, infidelidad, violencia, comunicación, etc.

Las prácticas realizadas en este escenario se dieron durante el segundo semestre, los días jueves cada quince días, ya que el otro jueves atendían los compañeros de la Décima Generación; la supervisión fue de la Mtra. Susana González. También realicé prácticas en cuarto semestre, los días jueves, supervisada inicialmente por la Mtra. Susana González y después por la Mtra. Laura Edith Pérez.

El Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco, es una institución de Educación Media Superior perteneciente a la UNAM. Desde el segundo año de la Maestría, en 2002 se incorporó como escenario de prácticas clínicas en el programa debido a las problemáticas que se presentan con alumnos, padres de familia y empleados del mismo CCH.

La atención se realizó en el aula de lectura del SILADIN, un espacio que es utilizado por otros grupos en distintos horarios. En particular, mi práctica en esta sede fue durante el segundo semestre los días martes, con citas también cada quince días, excepto en casos que requirieran mayor frecuencia.

El supervisor fue el Dr. Alexis Ibarra y el esquema de trabajo fue un poco similar al ISSSTE, pues tanto consultantes como equipo terapéutico están en la misma sala, sin separación. El equipo se comunica con el terapeuta a cargo a través de pequeños papeles escritos con las preguntas, mensajes o comentarios. Este modelo tiene la ventaja de que el terapeuta puede tomar la idea en otro momento de la sesión sin que la idea se pierda o incluso guardarlo para un momento que considere más adecuado.

En esta sede se atendieron principalmente adolescentes, la mayoría solos y que acudían por iniciativa propia, aunque también algunas madres de familia que acudieron por voluntad a solicitar el servicio. La problemática fue inestabilidad, necesidad de ser escuchada, consumo de drogas, entre otras.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención en terapia familiar sistémica y/o posmoderna que sustentan los casos presentados

Muchos son los modelos que se tiene en cuenta al llevar a cabo un proceso terapéutico, sin embargo, dos fueron los modelos que se utilizaron particularmente en el desarrollo de la práctica clínica de los casos. Por ello se exponen brevemente la Terapia Colaborativa, una pequeña introducción al modelo así como los antecedentes del mismo, sus principales exponentes y sus aportaciones, sus principios básicos, técnicas y reflexiones o consideraciones generales. También se expone bajo los mismos puntos el Modelo Intergeneracional de Maurizio Andolfi.

2.1.1 TERAPIA COLABORATIVA

2.1.1.1 Introducción y antecedentes del modelo

La Terapia Colaborativa se inició como movimiento terapéutico a finales de los años 80 y principios de los 90 del siglo anterior. El comienzo de este enfoque se relaciona con el surgimiento de inquietudes y reflexiones de diversos terapeutas con respecto a su práctica clínica y la teoría que la sustentaba (Beltrán, 2004).

Harlene Anderson (s/f) explica que el desarrollo de la Terapia Colaborativa se inició en los años 1970, cuando Goolishian participaba en los proyectos de impacto múltiple (MIT) que tenían un enfoque psicodinámico, psicoanalítico y de las teorías del desarrollo que se mantenían vigentes en esos años. Estas teorías no daban pie a una explicación suficientemente clara, por lo que los investigadores iniciaron una nueva búsqueda de herramientas teóricas que permitieran una mejor comprensión. Este interés se vio influido por las reflexiones que terapeutas y clientes tenían sobre el éxito de la terapia o la falta de éste.

Al iniciar la búsqueda de nuevas descripciones se encontraron en áreas de Ciencias Sociales, Naturales, Física y llegaron a la Filosofía, donde crecía el movimiento filosófico posmoderno. Las obras de Bajtín, Bruner, Geertz, Gergen,

Lyotard, Rorty, Schon, Shotter, Vigotsky y Wittgenstein generaron un verdadero y profundo interés en la mirada relacional y generadora del lenguaje. Anderson y Goolishian, encontraron en la hermenéutica y en el construccionismo social una base desde la cual poder entender el mundo, teniendo en cuenta al lenguaje como vehículo y producto de la interacción humana. Estos elementos ya habían sido tratados por Bateson y su grupo en el Mental Research Institute.

Una idea principal de estas nuevas descripciones es que todo conocimiento es lingüísticamente construido, debido a que su desarrollo y transformación se da en un proceso colectivo donde conocedor y conocimiento son independientes.

Richard Rorty (1979, citado en Anderson, s/f) dice que el lenguaje no es un reflejo de lo que hay en realidad y no es una descripción precisa sobre los hechos, sino que es una descripción que atribuye ciertos significados a lo ocurrido. El lenguaje, verbal o no verbal, es el vehículo por el que construimos y damos sentido al mundo y a nosotros mismos. Desde esta perspectiva la realidad como la entendemos es el conjunto de atribuciones y significados que le damos a las cosas, los hechos, la gente, de manera social y cultural, que está inmerso en un contexto específico y que se forma en y a través del lenguaje.

Con todas estas ideas, Anderson y Goolishian fueron alejándose poco a poco de las ideas de los sistemas cibernéticos familiares y de la cibernética de segundo orden que había permeado a la terapia familiar. Se fueron acercando a la idea de que los seres humanos somos sistemas de construcción de significados y que bajo esta perspectiva, la terapia se convierte en un tipo de lenguaje o un sistema de construcción de significados. Al principio, se presentó el enfoque como “Sistemas Colaborativos de Significados” y más adelante Anderson lo simplificó a “Terapia Colaborativa” (Anderson, s/f).

2.1.1.2 Exponentes principales y sus aportaciones

Sus principales representantes son Harlene Anderson y Harold Goolishian. Anderson es de nacionalidad estadounidense. Es Doctora en Psicología y trabaja desde hace muchos años en el ámbito de familias. Es reconocida

internacionalmente por el desarrollo de la Terapia Colaborativa y escritora de algunos libros. Harold Goolishian, también conocido como Harry, fue gran colaborador de Anderson, nació en 1924 y falleció en 1991. Estudió Psicología en la Universidad de Houston y desarrolló la Terapia de Impacto Múltiple (MIT). Toda su vida vivió en Texas. Fue ahí donde empezó a colaborar con Anderson en su más importante desarrollo, la Terapia Colaborativa.

Anderson y Goolishian hicieron de las corrientes posmodernas un enfoque terapéutico, trabajaron sus ideas y fundamentos de tal manera que dieron forma y sustento al trabajo desempeñado con familias e individuos. El fundamento de su enfoque colaborativo está en la teoría de la Construcción Social. La teoría de la Construcción Social pone énfasis en los procesos histórico-socio-culturales que se refieren a la relación, interacción y comunicación entre seres humanos. También enfatiza el papel creativo y constructivo del lenguaje como narración y conversación. Finalmente considera que estamos importantemente influidos por nuestras relaciones con los otros y la creación de nuestra realidad en relación con ellos.

Las bases filosóficas del modelo colaborativo reconocen en el lenguaje y la conversación el camino de la construcción y reconstrucción de cada persona y posiciona al terapeuta ya no como agente de cambio, sino como un participante de una relación y de un proceso conversacional que transforma a todos quienes participan de ella.

En la relación terapéutica, el cliente es denominado consultante, él es quien guía al terapeuta y su historia ocupa el lugar central en el diálogo entre terapeuta y consultante. El terapeuta respeta, valora y honra esta historia y la forma en que es contada así como la multiplicidad de voces y realidades que emergen durante esas conversaciones. El terapeuta tiene una posición de no-conocer que se expresa en una actitud de curiosidad hacia la narración del consultante y humildad sobre sus propias creencias.

El terapeuta reconoce lo que sucede consigo durante la conversación y hace de su agenda privada una pública, habla de sus pensamientos, ideas y opiniones

(siempre con una invaluable posición de respeto) como una manera de contribuir a la construcción del diálogo.

Finalmente desde este enfoque colaborativo el terapeuta no puede conocer de forma anticipada hacia donde los llevará la conversación, ni tampoco si ocurrirá algún cambio (aunque creamos las condiciones para que ocurra) y hacia dónde surgirá.

2.1.1.3 Principios básicos

Anderson y Goolishian hicieron de la Terapia Colaborativa más que un modelo o una teoría, una postura filosófica. La filosofía de este enfoque implica una serie de preguntas que informan de la visión del mundo del consultante, sus relaciones, su mente, su conocimiento, sus concepciones, etc. Esta postura se caracteriza principalmente por una forma de pensar, experimentar y estar en relación con el otro.

Los principios básicos de la terapia colaborativa se encuentran en la postura filosófica que sustenta la práctica clínica y que radica en algunos elementos importantes (Ibarra, 2004 y Anderson, s/f):

Socios de conversación. El terapeuta y el consultante son socios de una conversación dialógica y relaciones de colaboración, esto quiere decir que hay un proceso de indagación compartida donde el punto central es hablar consigo mismo, más que con el otro. La historia del consultante es el centro del diálogo y el terapeuta es una escucha activa que trata de entender los significados del otro.

El consultante es el experto. El terapeuta sabe que el consultante es el experto en su propia vida, en su historia, así que escucha, respeta y honra su historia tomando en serio lo que el cliente cuenta y cómo lo cuenta. Trata de escuchar al consultante y de darle el significado justo a las descripciones del otro, no de atribuirle las propias.

Posición de no saber. Esta posición se refiere a que el terapeuta no es poseedor de todas las verdades, ni tampoco de un conocimiento superior a su consultante. El

terapeuta colaborativo ofrece lo que piensa que sabe conservando las ideas como tentativas y personales, es decir, ofrece su voz, preguntas, comentarios, opiniones, conocimiento previo, sugerencias para la reflexión y el diálogo.

Conocimiento, lenguaje y relaciones interpersonales son ámbitos inseparables; esta idea se puede resumir en la frase: la terapia como conversación. El conocimiento surge en las relaciones con otros y esto se realiza a través del lenguaje.

Ser público. Los terapeutas colaborativos hacen explícitos sus pensamientos, poniendo así a la reflexión y al diálogo las ideas que emergen en su práctica. Es importante que el terapeuta tome en cuenta el momento en que ofrece su opinión y la manera en que la ofrece a su consultante.

La postura del terapeuta implica una forma de ser en relación con el otro, que involucra la reflexión de sí mismo dentro de la terapia, muestra respeto, curiosidad y apertura hacia la persona o personas con quienes colabora, expresa abiertamente sus pensamientos e ideas mientras que las presenta como ideas relativas a su experiencia o contexto particular. El terapeuta participa de una conversación que se construye en el espacio terapéutico con el lenguaje como vehículo de narraciones y descripciones del consultante.

Trasformación mutua. El terapeuta no es un agente de cambio, su responsabilidad reside en la creación de espacios que faciliten las conversaciones dialógicas y relaciones de colaboración. En el proceso, tanto el consultante como el terapeuta se forman y transforman a medida que trabajan juntos.

Incertidumbre. No hay manera de saber con certeza la dirección en la que se desarrollará la historia o el resultado que tendrá la terapia. Las ideas, voces, reflexiones, diálogos, se generan en el proceso terapéutico.

Conversación cotidiana. La terapia tiene forma de una conversación cotidiana, en la que el lenguaje es más cercano al consultante, pero que no pierde la esencia terapéutica, con una responsabilidad y un fin terapéutico. Evita los términos técnicos y se encuentra en construcción continua con el consultante, uno escucha

y el otro habla, pero escuchar y comprender los significados es parte de la acción de la terapia. La conversación no es jerárquica.

2.1.1.4 Técnicas

Por las cualidades de la terapia colaborativa, no existen técnicas, sino que el terapeuta tiene no sólo la libertad de expresar sus pensamientos e ideas teóricas, prácticas y de experiencia de vida, es parte de la terapia abrir esta agenda ofreciendo así múltiples voces al proceso terapéutico.

Los elementos del terapeuta, como el respeto, la curiosidad y apertura, tampoco son considerados técnicas, pues son auténticas en relación a quién y cómo es el terapeuta.

Si pudiésemos llamar técnica a algún elemento de la terapia colaborativa podríamos hablar de la conversación dialógica, el proceso de explorar (en conjunto, terapeuta y consultante), aclarar, ampliar, reflexionar sobre aquellas ideas no dichas, pero existentes en las narraciones de los consultantes.

La conversación dialógica implica una plática interna, consigo mismo y una plática externa y fluida con los demás, en la que la comprensión y la generación de significados es la base de la construcción de nuevas posibilidades para el consultante.

En el diálogo se expresan los significados y es a través del diálogo y el lenguaje que los problemas se disuelven (Anderson y Goolishian, 1988, citado en Anderson, s/f)

2.1.1.5 Consideraciones o reflexiones generales

Este modelo de Terapia Colaborativa es en un primer momento la que sustenta el desarrollo de la práctica clínica en los casos que serán analizados más adelante.

Es un modelo que debido a sus particularidades ofrece la oportunidad no sólo de poner en observación a los consultantes, sino que también nos permite poner el foco de atención sobre el terapeuta y la manera en que la historia, la narración, los significados, las experiencias que surgen en la conversación terapéutica generan cambios momentáneos o de largo plazo en todos los participantes de la relación.

En algunos casos se ha juzgado a la Terapia Colaborativa como muy dócil e incluso incapaz de lograr resultados con situaciones complicadas, como puede ser la violencia en la pareja, sin embargo, al haber trabajado desde este modelo, creo que es exigente con el terapeuta en el respeto que debe tener hacia ambos miembros de la pareja, que también le exige estar atento de sus propias premisas sobre la violencia y al expresarlas mantener una línea de responsabilidad ética y social.

2.1.2 TERAPIA SISTÉMICA INTERGENERACIONAL DE MAURIZIO ANDOLFI

2.1.2.1 Introducción y antecedentes del modelo

El modelo como tal pertenece al grupo de Terapia Interaccional, en el que se pone énfasis en la observación de las relaciones que se encuentran en el sistema familiar.

Andolfi, Angelo, Menghi y Nicoló-Corigliano (1989), hacen referencia a que su modo particular de trabajo surgió en el desarrollo de un grupo de terapeutas, que partieron de las concepciones e ideas que Salvador Minuchin había trabajado en torno a la familia, aunque Andolfi y colaboradores no veían de forma útil investigar a la familia en sus diferentes dimensiones, sí encontraban novedoso conjuntar el diagnóstico y la intervención como un todo en el proceso terapéutico.

Andolfi se centró mucho más en el entorno familiar como un sistema cuya suma de los miembros es bastante más compleja, como expresó él mismo, ciñéndose a los principios de los sistemas abiertos. Andolfi pensaba que el individuo, quién es y cómo es, está directamente relacionado con su familia de origen y su desarrollo. De forma similar a Minuchin, Andolfi postuló que la familia tiene una función principal, asegurar continuidad y crecimiento psico-social a los miembros de la familia. Darles un ambiente seguro que les permita crecer y desarrollarse, a la vez que tener cierto espacio para diferenciarse de los demás miembros poco a poco hasta que finalmente se separe de este sistema y forme un sistema nuevo. Ya Bowen en 1979 (citado en Andolfi y cols., 1989) hacía la descripción de la importancia de la familia en la adquisición de autonomía individual.

Para Andolfi, la unidad que contribuye a la autonomía es la relación triangular, principalmente con los progenitores, pero también con otros elementos interactuantes del sistema en el que el individuo se desenvuelve. Esta multiplicidad de relaciones le permite al sujeto experimentar partes distintas de sí mismo, en las que se puede evidenciar la diferenciación respecto de su grupo familiar. Las distintas experiencias y funciones, en diversos momentos de su desarrollo y con una variedad de personas también le llevarán cada vez a una compleja y posiblemente mayor diferenciación personal de su sistema familiar original.

La función que un individuo lleva a cabo en su sistema familiar es primordial, si tiene la posibilidad de expandir su gama de funciones (como resultado de las interacciones externas), podrá generar cambios en el interior de la familia, no sólo para sí mismo, sino para todo el sistema, pero si la familia tiene funciones tan rígidas que no permita la expresión de la diferenciación lleva a sus miembros a una situación de encierro que no le ofrece la posibilidad a sus integrantes de desarrollarse psico-socialmente y diferenciarse del núcleo familiar. Esto impide la autonomía y desde luego la salida del sistema familiar de origen para crear su propio sistema y deja a los miembros en una situación de encierro.

2.1.2.2 Exponentes principales y aportaciones

El principal exponente es Maurizio Andolfi quien surgió de un grupo de psiquiatras, siendo él el único neuropsiquiatra infantil. Después de un tiempo de trabajar en Italia, decidió ir a Estados Unidos donde conoció a varios personajes importantes de la terapia familiar, principalmente a Ackerman, Minuchin y Whitaker. Para Andolfi, Whitaker tuvo un lugar privilegiado en su experiencia profesional. Después de continuar y concluir sus estudios en Estados Unidos, Andolfi decidió regresar a Italia en 1972, donde creó junto con Carmine Saccu el Instituto de Terapia Familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Andolfi mostró una diferencia importante en relación a otros terapeutas familiares y es que aunque la formación que obtuvo en Estados Unidos era principalmente interaccional, él no le daba tanta importancia a las estrategias para la modificación de comportamientos en la familia. Para él punto importante era llegar a la parte

débil de la familia, los niños. La idea principal era la colaboración, la cooperación entre el terapeuta y el miembro de la familia que asume tener un problema, por lo que la entrada al sistema la realizaba a través de este miembro.

Para Andolfi el terapeuta debe asumir una posición fuerte y llevar a la familia hacia el desequilibrio, hacer alianza con los débiles y ser provocador con los miembros "fuertes".

Una parte de la investigación y trabajo que realizó Andolfi se relaciona con las familias de origen y la Terapia Intergeneracional. No fue tan exhaustivo como Murray Bowen y sin embargo, compartió la misma perspectiva multigeneracional. Para Bowen, la familia de origen transmite procesos a sus miembros, que después pueden ser evidentes en las familias de nueva formación, estos procesos se relacionan con las posiciones en el árbol genealógico e incluso con su posición cultural y social (Bertrando y Toffanetti, 2004).

2.1.2.3 Principios básicos

Uno de los principios básicos para Andolfi es la flexibilidad versus rigidez en el sistema. Un sistema flexible permite a los miembros la inclusión de nuevas interacciones de acuerdo a la variedad de funciones que adquiere en todas sus relaciones. Cuando un individuo adquiere nuevas funciones y puede manifestarlas en su sistema familiar, esto crea una desorganización en el sistema, tras la cual, la familia deberá reorganizarse sobre nuevas bases de relación, claro ejemplo el que sucede con los adolescentes, que al interactuar entre ellos y su medio ambiente adquieren y desarrollan funciones distintas en su grupo de pares que en su familia se manifiestan a través de la rebeldía, como una búsqueda de independencia y autonomía; desde luego genera una crisis en la familia, la desorganiza, pero sienta las bases para una nueva forma de relación con ese adolescente, que no sólo genera un cambio en sí mismo, sino también en los progenitores y en otros hijos de la familia. Como lo explica Andolfi (1990, p. 21):

"Ya hemos dicho que toda tensión, que origine en cambios intrasistémicos (del nacimiento de los hijos, su adolescencia, su alejamiento del hogar, la menopausia,

la muerte de un familiar, el divorcio, etc.) o intersistémicos (cambios de domicilio, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, profundas transformaciones en el nivel de los valores, etc.), gravitará sobre el funcionamiento familiar requiriendo un proceso de adaptación, es decir, una transformación de las reglas de asociación, susceptible de asegurar la cohesión de la familia, por un lado, y de promover el crecimiento psicológico de sus miembros, por el otro”.

El terapeuta desde esta visión debe ser capaz de generar una desorganización que promueva el cambio en el sistema, por lo que debe ser cuidadoso de tres aspectos fundamentales:

- Individuarse o desligarse de las expectativas de la familia.
- Buscar la definición de las funciones que juegan los miembros de la familia y la forma en que están entrelazados.
- Evaluar la intensidad con la que debe introducir el input desestabilizador, para que la familia acepte la intervención.

2.1.2.4 Técnicas

Una de las técnicas principales es la redefinición, que consiste en modificar la definición que la familia tiene de sí misma, cambiando el significado de las interacciones intrafamiliares, la redefinición debe generar un cambio capaz de trastornar las pautas de comunicación, generando la imposibilidad de su mantenimiento y engendrando una modificación distinta y más flexible que la anterior.

Se puede realizar la redefinición del contexto o del problema.

La redefinición del contexto hace mención de las acciones, los instrumentos u objetos que se emplean durante el problema. Andolfi dice que se puede introducir un elemento nuevo, mover a las personas espacialmente, modificar el ritmo de las interacciones con silencios o intercambiando miembros del sistema, todo ello con la finalidad de obtener un contexto distinto y generar cambios.

La redefinición del problema se refiere a transferir el problema de una persona, donde comúnmente está focalizado a las relaciones, teniendo en cuenta en dónde se manifiesta el problema y redefinir las relaciones.

2.1.2.5 Consideraciones o reflexiones generales

Este modelo fue utilizado en el trabajo clínico de los casos presentados, en razón de la exploración que se realizó de las familias de origen de los miembros de los sistemas que acudieron a terapia. Particularmente, el modelo nos permitió hacer un recuento de la contribución que la experiencia en sus familias de origen hizo en la interpretación y significados que la violencia tenía en la relación de las parejas.

2.2. Análisis y discusión del tema que sustenta los casos presentados

Para realizar el análisis de los casos que se atendieron como parte de la práctica terapéutica, se eligió un tema de acuerdo a las situaciones problemáticas que fueron atendidas, misma que se investigó y se presenta a continuación. El tema se ha denominado: **EL TERAPEUTA EN FORMACIÓN, UNA MIRADA A SU TRABAJO CON PAREJAS VIOLENTAS.**

2.2.1 La psicoterapia sistémica (marco epistemológico)

La psicoterapia sistémica nació en un momento histórico importante, particularmente después de la posguerra a finales de 1950. Curiosamente, aunque el surgimiento parece haber sido en Estados Unidos, fueron varios los lugares en los que sus distintos precursores habían empezado a generar cambios en su forma de trabajar con sus consultantes, en gran medida incluyendo el trabajo con las familias de los pacientes.

Entre los iniciadores de la psicoterapia sistémica podemos nombrar a: Nathan Ackerman, residente de la ciudad de Nueva York, quien es considerado un precursor de la terapia familiar sistémica debido al trabajo que desarrolló con las familias desde finales de los años 50 del siglo anterior y con el antecedente de un artículo sobre la familia como unidad biosocial-emocional que publicó a finales de la década de 1930. (Hoffman, 1981).

Carl Whitaker es otro de los pioneros, quien junto con Thomas Malone se enfocó al trabajo con pacientes esquizofrénicos y sus familias. Whitaker es conocido aún ahora como el terapeuta del absurdo por sus técnicas distintas.

Por su parte Milton Erickson, residente de Arizona, se inclinó hacia la utilización de la hipnosis desde un planteamiento original que influyó de forma importante la terapia sistémica en sus diversos modelos.

Salvador Minuchin de origen argentino y que trabajó principalmente en Nueva York y después en Filadelfia, hizo distinciones muy importantes para el trabajo con las familias desde un modelo al que se conoce como estructural.

Don Jackson, junto con John Weakland, Jay Haley y Paul Watzlawick fundó y trabajó en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California e hicieron en conjunto importantes aportaciones a la Terapia Familiar Sistémica, algunas de las cuales se plasmaron en el libro de Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981).

La terapia sistémica evolucionó con el nombre de terapia familiar. Aunque se le ha conocido como terapia familiar, el modo con el que se ha trabajado a través del tiempo es el enfoque sistémico, pues se fundamenta en la Teoría General de Sistemas, la Teoría Cibernética y la Teoría de la Comunicación.

2.2.1.1 Teoría General de Sistemas

La Teoría General de Sistemas se caracteriza por una comprensión de diversas estructuras físicas como sistemas, desde células, órganos del cuerpo humano o sistemas de seres vivos hasta máquinas o el mismo universo.

Johansen (1986), en su libro Introducción a la Teoría General de Sistemas hizo una síntesis y expuso los principales conceptos y principios de la teoría.

1° La Teoría General de Sistemas se ocupa de las funciones y las reglas estructurales válidas para todos los sistemas.

2° Un sistema se define como un conjunto u organización de objetos o elementos en donde cada uno tiene su función y se encuentran interrelacionados de tal forma que cada uno afecta a los demás.

3° Un sistema está conformado por sus objetos o elementos, corrientes de entrada y salida (entropía y negentropía), así como por subsistemas.

4° Los sistemas vivos funcionan con las siguientes propiedades: procesan corrientes de entrada, son sinérgicos, isomórficos y recursivos, tienden a la autorregulación (homeostasis, retroalimentación, circularidad) y a la morfogénesis y cada sistema cuenta con niveles de organización.

Entre los conceptos fundamentales se encuentra la **sinergia**, entendida como aquella cualidad en la que la suma de las partes es distinta al todo. El **isomorfismo** es un concepto matemático y se aplica cuando dos estructuras complejas pueden proyectarse una sobre otra, de modo que para cada una de ellas exista una equivalente en la otra, es decir, que tengan funciones similares. El isomorfismo está estrechamente ligado con el concepto de **recursividad**, éste último entendido como un sistema sinérgico que está a su vez conformado por partes que son objetos sinérgicos, esto es, se plantea la existencia de subsistemas y supersistemas (o suprasistemas).

La **homeostasis**, también es un concepto que retoma la Teoría General de Sistemas de la Fisiología, también conocida como **morfostasis** y que se refiere a la capacidad de autorregulación, es decir, la posibilidad de mantener su estructura constante en un ambiente cambiante por medio de la retroalimentación y la circularidad. La **retroalimentación** se entiende como un método que consiste en controlar un sistema reinsertando en él los resultados de su actuación pasada. Y la **circularidad** que explica la cibernética, implica que los elementos de un sistema son recíprocamente contingentes e influyen sus conductas entre sí de una manera compleja, una característica es que tanto las causas como los efectos suelen volver a su punto de partida (Simon, Stierlin y Wynne, 1984).

La **entropía** y **negentropía** representan la desinformación que propicia el caos en el sistema y la información que promueve la tendencia al orden en el sistema respectivamente. La entropía entonces se observa como un elemento desorganizador, mientras que la neguentropía es un elemento organizador, donde el primero sirve para el cambio y el segundo para la constancia.

La **equifinalidad** es la tendencia a alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones diferentes y caminos diversos también (Bertalanffy citado en Eguiluz, 2007).

Se señala también que todo sistema tienen cinco funciones: producción, apoyo, mantenimiento, adaptación y dirección, las cuales permiten la continuidad de todo sistema.

2.2.1.2 Teoría Cibernética

La Teoría Cibernética fue desarrollada por Norbert Wiener quien la definía como la ciencia del control y la comunicación. La teoría se basa en el principio de la retroalimentación (o causalidad circular) y la homeostasis. En ella se explican los mecanismos de control y comunicación que existen tanto en los seres vivos como en las máquinas de autoorganización y autocontrol.

Los temas que toca la cibernética sobre comunicación y control son: coordinación, regulación y orden a través del control.

Uno de los propósitos de la teoría era desarrollar un lenguaje propio de las máquinas, además de resolver problemas de comunicación y regulación, así como crear ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones (Eguiluz, 2007).

La teoría, revela similitudes entre máquina, cerebro y sociedad. Sin embargo, distingue al humano en dos características particulares: su capacidad de adaptación al entorno a través de ajustes al mismo y su posibilidad de aprendizaje que lo lleva a una autotransformación.

Uno de los conceptos más importantes de dicha teoría es el de **feed-back** o **retroalimentación**, que se refiere a los mecanismos de control destinados a

asegurar que los organismos se ajusten automáticamente a las metas del comportamiento diseñadas por los emisores. Wiener lo definió como un “método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado” (Wiener, 1954 citado en Keeney, 1987). La teoría cibernética explica la retroalimentación positiva como la sucesión de acontecimientos de forma circular donde la retroalimentación lleva una dirección opuesta a la del cambio inicial que la produjo, es decir, “cuanto mayor cantidad de determinada cosa haya en el circuito, menor cantidad habrá de la siguiente” (Bateson, 1972 citado en Keeney, 1987).

También se explica la retroalimentación negativa como aquella que promueve el cambio para dar paso a la estabilidad. Si sólo hubiera cambio sin estabilidad, el sistema perdería total control y conduciría inevitablemente a la destrucción del mismo.

La Teoría Cibernética encuentra a la Terapia Familiar antes incluso de su propia formación, en las llamadas conferencias Macy, donde Bateson y su grupo vieron en la cibernética la oportunidad de usar el lenguaje sin terminología psicológica o psiquiátrica con enfoque individual y retomaron ideas para sus propias investigaciones.

Dos postulados han sido de principal importancia para la Terapia Familiar, la cibernética simple, conocida también como cibernética de primer orden y la cibernética de la cibernética o también llamada cibernética de segundo orden.

La cibernética simple o de primer orden se refiere a lo observado por el observador sin verse inmerso en el fenómeno estudiado. Así se pensaba que la información obtenida mediante este proceso era “objetiva”.

La cibernética de la cibernética como la nombró por vez primera Margaret Mead en 1968, es una forma de “señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema” y se encuentran en un orden superior, en la que la presencia del observador en sí misma, cambia al sistema en el que se incluye (Keeney, 1987).

Esta cibernética de segundo orden, proporcionó conceptos más complejos que la cibernética simple, algunos como: **autorreferencia** y **autonomía**.

La **autorreferencia** implicó que toda observación es autorreferencial, es decir, que el observador mira e interpreta desde su propia historia y con sus propias creencias, por lo tanto, la “objetividad” era una idea errónea ya que en ella se asume la separación de lo observado del observador. Es así como la cibernética de segundo orden cobra singular sentido en los cimientos de la Terapia Familiar, haciendo énfasis de las implicaciones del terapeuta en el sistema familiar.

La **autonomía** se caracteriza por una organización y criterios de estabilidad que el sistema define de manera interna. Aunque el sistema interactúa con el ambiente, sus metas son distintas a las del ambiente que les rodea. Este concepto permitió también entender a la familia como sistema autónomo, diferente a otros sistemas en su estructura y organización (Goodwin, 1970 citado en Simon, Stierlin y Wynne, 1984).

2.2.1.3 Teoría de la Comunicación

La Teoría de la Comunicación es identificada por algunos autores como la “nueva” Teoría de la Comunicación para diferenciarla de aquella que fue propuesta por Claude Shannon y Warren Weaver en 1949 y que mantiene una explicación lineal del proceso de comunicación (Eguiluz, 2007).

Los antecedentes de esta nueva Teoría de la Comunicación, se encuentran principalmente en Bateson, quien a lo largo de su trayectoria en Investigación, así como el trabajo realizado en el proyecto con su equipo de Palo Alto, California, se acercó a la construcción de esta Teoría.

De esta Teoría de la comunicación se rescata la pragmática de la comunicación que no había sido estudiada hasta ese entonces y con ello los efectos que la comunicación tiene en las personas.

Los autores del libro en el que se presentó esta teoría en 1967, Watzlawick, Beavin y Jackson (1981) combinaron datos clínicos con ideas, observaciones e

investigaciones del Doble Vínculo de Bateson y presentaron cinco axiomas de la comunicación.

Primer axioma: “No es posible no comunicarse”. Se explica que toda conducta es comunicación y por lo tanto tiene un valor de mensaje. No se puede dejar de comunicar, la actividad, inactividad, palabras o silencio, tienen siempre el valor de un mensaje, influyendo éste sobre los demás y a su vez los otros responden a ello.

Segundo axioma: “Toda comunicación tiene una dimensión de contenido y otra de relación, de modo que la segunda clasifica a la primera y es por ende, una metacomunicación”. El nivel de contenido, se refiere a la transmisión de los “datos” de la comunicación, es decir, es el mensaje emitido por vía verbal, el nivel de relación es cómo debe entenderse la comunicación. La relación puede expresarse de forma no verbal y puede entenderse a partir del contexto. El nivel relacional se encuentra en un nivel lógico superior al contenido, por lo tanto, la relación califica al contenido.

Tercer axioma: “La naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes”. La puntuación organiza los hechos de la conducta y por ello, resulta vital para las interacciones en marcha. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar (percibir) la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. Pareciera entonces una explicación lineal de las conductas, sin embargo, no son aplicables debido a la circularidad de la interacción, donde lo que hace uno es retroalimentado por el otro y viceversa

Cuarto axioma: “Los seres humanos se comunican digital y analógicamente”. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación. Por el contrario, el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones”. La comunicación analógica se refiere a todo lo que es comunicación no verbal (postura, gestos, inflexión de voz, secuencia, ritmo, etc.) La comunicación digital se refiere a los signos que forman la comunicación (lengua, dibujos, por ejemplo).

Quinto axioma: “Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia”. En la interacción simétrica los participantes tienden a igualar su conducta. En la interacción complementaria, hay dos posiciones distintas, una posición superior o primaria y una inferior o secundaria, donde alguno de los participantes complementa la de otro.

Estas teorías enriquecieron y dieron forma a la terapia sistémica, la cual se caracterizó por dos aspectos principales (Vargas, 2004):

- a) La comprensión de que el conjunto de situaciones sociales presentes, son la causa de lo que anteriormente se denominaba patológico
- b) El pensar en términos de una adaptación adecuada para la situación social actual de un determinado paciente

En términos prácticos la terapia sistémica cambió su foco de atención en la psicoterapia, de ver a los problemas internos a las personas o patologizantes, a una mirada sobre las relaciones y su interacción entre quienes conforman un sistema, es decir, puso su atención sobre lo que sucede entre los miembros de una familia, pareja o sistemas más amplios.

La terapia sistémica puede definirse como un proceso centrado en la pragmática de la comunicación y las relaciones, en la que se trata de generar cambios en las pautas transaccionales y no en los individuos en sí.

2.2.2 El terapeuta

El terapeuta sistémico es la persona que presta sus servicios profesionales con la finalidad de resolver situaciones problemáticas para las familias, parejas o individuos, y cuando me refiero a resolver, no sólo lo hago en función de la búsqueda de un cambio, ni tampoco de un cambio conductual que impacte en el pensamiento y emociones de los consultantes. Me refiero a que ofrece un espacio en el que el o los consultantes en interacción con el terapeuta co-construyen la realidad que viven o que han vivido para poder dar pie a nuevas posibilidades donde el problema no sea el punto a partir del cual se organiza su vida.

Como Peggy Papp explica en su libro "Proceso de cambio" (1988), cuando una familia acude a terapia es porque ya se han dado cuenta de cuál es el problema, sin embargo, viven con él y no saben qué hacer para eliminarlo. La petición al terapeuta es eliminar el síntoma, el problema, pero sin cambiarlos a ellos. Sin embargo, es necesario, para lograr un cambio en los patrones de interacción cambiar las acciones y conductas de los miembros de la familia, es decir, para que haya un cambio en el síntoma, ellos deberán cambiar su interacción. Para poder llevar a cabo su labor, el terapeuta debe comprender todos los elementos que están vinculados al problema y construir en conjunto con la familia nuevas interacciones que les permitan cambiar.

El terapeuta sistémico atraviesa un proceso de formación del cual se hablará en el siguiente punto. Para la comprensión de la teoría debe entender la epistemología que sustenta la teoría, que le permita dar lectura y actuar de acuerdo con él y con objetivos claramente terapéuticos. Desde la epistemología de la teoría sistémica, es importante que el terapeuta tenga presente que no es una mente blanca que escuchará y comprenderá a las personas con su gran habilidad, aunque efectivamente, se requiere de habilidades, el terapeuta se para desde sus propios saberes, aprendizajes, premisas, historias y emociones para entender al otro.

El terapeuta debe ser capaz de realizar su función en distintos ámbitos y con toda clase de consultantes, desde los más letrados hasta los que no cuentan con instrucción académica, desde los que tienen un alto nivel económico hasta aquellos que no cuentan con recursos económicos, con quienes presentan situaciones asociadas a crisis de tipo social (terremotos, huracanes, guerras, etc.) a quienes presentan situaciones problemáticas de tipo personal (conductas que la gente suele denominar trastornos), o bien quienes desean dejar fuera de su vida alguna conducta que les resulta desagradable (como fumar por ejemplo) y que tiene un impacto en su vida y/o en el sistema con el que se relaciona. El terapeuta debe ser flexible, incluso dentro de la teoría, la flexibilidad es una cualidad necesaria.

El terapeuta sistémico debe conocer cuáles son sus capacidades, así como sus limitaciones; el terapeuta debe gozar de un alto grado de autoconocimiento (refiriéndose a quién es y cuáles son las premisas que ha construido de su propio ser, sus emociones, temas que pueden ser controvertidos, percepciones, entre otras) que le permita verse, escucharse, sentirse, darse cuenta de los recursos con los que cuenta para su labor terapéutica e identificar aquellos problemas, dificultades o situaciones con las que su trabajo podría no ser eficaz (Ceberio y Linares, 2005).

2.2.2.1 Formación del terapeuta sistémico

Ser un terapeuta sistémico tiene implicaciones importantes en la formación de quienes han elegido esta profesión y esta teoría para su práctica. En particular, desde la vertiente sistémica y desde los inicios de la misma se ha planteado una formación que enfatiza distintos aspectos.

La formación de los terapeutas tiene lugar principalmente a través del proceso de supervisión. La supervisión tiene múltiples objetivos, entre los que podemos mencionar por un lado, “atender las expectativas de los estudiantes que desean convertirse en terapeutas, evaluar sus habilidades y conocimientos previos, comprender sus temores, ansiedades, cogniciones, premisas de la realidad, ideología y valores, que van a ponerse en acción en la tarea clínica y en su formación y, por otro lado, estar atentos a los consultantes que son quienes participan activamente en el proceso junto con los terapeutas” (Desatnik, 2011b, p. 2). Desde luego en este contexto es muy importante la construcción de aprendizajes, habilidades, competencias, conocimientos, valores y actitudes que beneficien la práctica clínica del terapeuta, basado en un marco epistemológico y que sea congruente al contexto relacional de la psicoterapia.

Aponte y Winter (1987) en su artículo “The Person and Practice of the Therapist: Treatment and Training”, exponen un modelo de entrenamiento que hace énfasis en cuatro habilidades esenciales para lograr resultados terapéuticos positivos, (Winter, 1982, citado en Aponte y Winter, 1987):

- 1) Habilidades externas: por ello se refiere conductas técnicas adecuadas para la conducción de la terapia.
- 2) Habilidades internas: como una integración personal de su experiencia para llegar a ser un instrumento terapéutico útil.
- 3) Habilidades teóricas: la capacidad para adquirir modelos teóricos y marcos de referencia que guíen el proceso terapéutico.
- 4) Habilidades colaborativas: la habilidad de coordinar esfuerzos propios en conjunto con otros profesionales.

Algunos teóricos sistémicos le han dado mayor importancia a unas habilidades que a otras, por ejemplo, Minuchin y Haley han dado mayor énfasis a las habilidades externas o técnicas, por ello, decían que el supervisor debía enfocarse principalmente en la adquisición de habilidades de respuestas terapéuticas. Para Haley, especialmente, la labor es guiar al terapeuta en formación hacia la elaboración y aplicación de estrategias terapéuticas (Aponte y Winter, 1987).

Según Aponte y Winter otros autores como Bowen y Satir han preferido el desarrollo de habilidades internas, pensaban que la tarea básica del entrenamiento es ayudar al terapeuta a resolver sus conflictos personales y así liberarse de sus problemas y de sus puntos ciegos. Esta idea descansa en la premisa que sostiene que el terapeuta llegará a estar más integrado y será capaz de intervenir con un más amplio rango de alternativas, percepción y creatividad en la vida de los consultantes. Por otro lado, para Bowen, el entrenamiento de un terapeuta no es sólo para la apropiada utilización de técnicas y la mejor manera de decir "hola", sino que, debe estar orientada hacia el desarrollo de una persona completa (Winter, 1986, citado en Aponte y Winter, 1987).

Un entrenamiento completo, debería centrarse en el desarrollo de las cuatro habilidades, por medio de una supervisión que permita examinar la adquisición de habilidades externas, internas, teóricas y colaborativas. Incluso y de forma muy enfática, debe aprender cómo usarse a sí mismo para obtener los mejores resultados terapéuticos.

Un punto trascendente en la formación del terapeuta es sin duda la inclusión de una perspectiva de género. Mac Kune-Karrer y Weigel (2004), en su artículo *El desarrollo de la sensibilidad del terapeuta en cuestiones de género: un modelo de supervisión*, abordaron las etapas por las que los terapeutas en formación transitan para adquirir una perspectiva de género y lo hacen desde cuatro posiciones: la posición tradicional, en la que el terapeuta da por hecho que los hombres de manera “natural” son superiores a la mujeres, espera que los roles dentro de la pareja sean los tradicionales y no cuestiona (ni siquiera se da cuenta que hay una inequidad de género). La segunda posición tiene cabida cuando el terapeuta empieza a ver esta visión como limitante e irreflexiva, la división tradicional de poder evidenciada a través de los roles, le parece inquietante y puede sentirse confundido sobre cuál es la mejor manera de actuar terapéuticamente. Le sigue la posición polarizada, en la que el terapeuta se identifica con la no aceptación de los roles tradicionales, desafía abiertamente esas creencias y lleva su posición al otro lado de la balanza. Finalmente la cuarta posición la denominaron de equilibrio, debido a que el terapeuta genera creencias de igualdad socio-político-económica entre los seres humanos y cree firmemente en que hombres y mujeres tienen la capacidad de desarrollarse de forma óptima, sin embargo, reconoce las restricciones de género para ambos sexos e interviene en su trabajo clínico tomando en cuenta el contexto de la relación, las relaciones entre los miembros de la pareja, así como las consecuencias que la intervención tendrá en el sistema con el que trabaja.

Las autoras expusieron en dicho artículo que los terapeutas parecen progresar poco a poco por las distintas posiciones, hasta generar una posición de equilibrio.

La formación del terapeuta sistémico es un proceso en el que debe transitar por las distintas teorías para tener una base que le permita entender su función dentro de la terapia y también tener argumentos desde distintas posturas teóricas para actuar; también es necesario transitar por la observación de terapeutas con mayor experiencia, lo que le permite ir construyendo una idea más clara de los conceptos, teorías e incluso de cómo un terapeuta actúa ante diferentes circunstancias.

El camino de convertirse en terapeuta implica el desarrollo de habilidades en la terapia, por lo que el proceso de formación lo lleva a dar servicio bajo la supervisión de los profesores, así como de un equipo terapéutico que colabore en la elaboración de ideas y otras actividades. En esta última parte del proceso, el terapeuta debe formarse o modificarse como persona y como profesional. Es decir, sus propios valores, creencias, premisas de la realidad que le han permitido moverse en el mundo sufren una transformación y permiten moverse por premisas, valores e ideas distintas a las suyas, que pueden modificar las suyas, o simplemente colocarlas en un lugar distinto en relación al lugar que ocupaban antes de su formación como terapeuta. También desde luego, el servicio que ofrece le permite poner en acción los conceptos y teorías, intervenciones y posturas que ha aprendido de manera teórica. De hecho, el proceso de formación del terapeuta le permite construir un estilo propio con apoyo de los supervisores y del equipo con el que colabora, observarlo y pulirlo para sacar el mejor provecho de su persona y sus conocimientos.

2.2.2.2 El terapeuta desde la cibernética de segundo orden

A principios de los años 80 del siglo pasado, se introdujo en la terapia sistémica el importante concepto de cibernética de segundo orden, también denominado cibernética de la cibernética o cibernética de los sistemas observantes (Boscolo y Bertrando, 2008).

De acuerdo a estos autores la cibernética de segundo orden incorpora a la de primer orden pero agrega una autorreflexión, ya que centra su foco de atención en el observador, quien interactúa con y en el medio que observa con sus propios prejuicios, teorías, sensibilidad y a través de ello construye y describe la realidad que observa.

Von Foerster y Von Glasersfeld, junto con Maturana y Varela, importantes autores que integraron el constructivismo a la terapia familiar sistémica, pusieron especial atención al observador y enfatizaron que las realidades se co-construyen en el lenguaje a través del consenso entre quienes interactúan. El cambio epistemológico fue en verdad importante, pues la atención que por mucho tiempo

había permanecido en el sistema observado pasó al sistema observante y no sólo eso, sino también, se enfocó a tratar de descubrir la realidad que en apariencia existe independiente a los sujetos, a inventar una realidad a través del lenguaje y el consenso, pasó entonces de una visión que se pensaba “objetiva” a una visión reflexiva y autorreferencial.

Lynn Segal (1994), expuso que para Maturana la definición de los enunciados es dependiente de quien los enuncia, por lo que las observaciones están unidas indisolublemente a quien observa. También, hacía referencia a que es el observador quien logra distinciones útiles para la ciencia o en este caso, la terapia, el terapeuta realiza las distinciones a través de ciertas operaciones necesarias para realizar la observación, por lo tanto, la observación está en función de las operaciones que el observador sea capaz de efectuar.

En esta cibernética de segundo orden y refiriéndonos al terapeuta como observador, el terapeuta está conectado recursivamente con el sistema observado (familia, pareja o individuo). Como lo explican Boscolo y Bertrando (2008), con este tipo de cibernética, el sistema significativo incluye a las personas que consultan al terapeuta, sus ideas, sus significados que están relacionados con el problema o la situación que los lleva a terapia, pero también incluye como son vistos, interpretados y descritos por el observador, el sistema incluye al observador mismo cuyas ideas están condicionadas por sus prejuicios y sus teorías.

2.2.2.3 El terapeuta y la alianza terapéutica

En la relación que se construye entre terapeuta y consultante, la unión o alianza que cobra vida entre ellos resulta de suma importancia, algunos autores como Fuentes (2004), evidencian el afecto como un elemento que se encuentra presente en dicha relación, para Fuentes el afecto está formado por las emociones que emerge en la relación terapéutica, se presenta en estados de ánimo, temple o alguna emoción; parece no ser perceptible, pero ahí está. Incluso, esta autora hace mención de los afectos como una condición básica de la relación que se expresa principalmente en el lenguaje (y yo ampliaría a la comunicación).

Desde la mirada sistémica y de la cibernética de segundo orden, la terapia se considera un encuentro entre dos mundos que se realiza a través del lenguaje y en la interacción, este encuentro afecta el mundo del consultante y modifica su experiencia, así como también al terapeuta y su mundo.

Cada uno de quienes participan en el proceso psicoterapéutico, trae a terapia su propia subjetividad, es decir, sus valores, su historia, sus creencias formadas en su familia de origen y contexto socio-cultural, y el terapeuta que no está exento de sus propios valores y creencias, mantiene un lugar distinto en función de su propio ser terapeuta para lo cual ha sido formado bajo un modelo teórico-práctico en el que cree y que da sustento a su propia práctica clínica.

Para que el resultado de la terapia tenga un verdadero impacto en el consultante y para que permanezca en el tratamiento es necesario establecer una alianza terapéutica sólida, la cual está centrada en los aspectos relacionales que se construyen entre el o los consultantes y el terapeuta y que considera dos aspectos básicos:

- a) Para el consultante, el terapeuta es una fuente de apoyo, que le provee una relación cálida, le ofrece contención y cuidados.
- b) La confianza es la base fundamental del proceso, que incluye la capacidad de establecer y desarrollar vínculos, acuerdos sobre metas y objetivos, así como establecer las tareas y las responsabilidades que permitan el logro de esas metas.

Según Fuentes (2004), podemos definir a la alianza terapéutica como el “proceso relacional que se construye en el tiempo, debe ser construido tempranamente en los inicios de la terapia y va a sufrir fluctuaciones a lo largo del proceso terapéutico” (p. 80).

Desde la mirada sistémica se considera un elemento importante de la alianza terapéutica: el “joining”, evidenciado por el contacto en la relación que permite crear en el consultante la sensación de ser entendido y aceptado, estableciendo así la confianza que define las reglas de la relación y a su vez abre la posibilidad de

mostrar las subjetividades de quienes se encuentran en terapia (Biedermann, 2004, citado en Fuentes, 2004).

Carrasco y Díaz en su artículo "Centralidad del vínculo terapéutico: un modelo de intervención en sistemas rígidos" (citado en Fuentes, 2004), distinguen tres dimensiones en el vínculo terapéutico:

a) Construcción de la realidad: en la que el terapeuta en función de estar dentro de la relación terapéutica, está más allá de su modelo, como persona, con sus aspectos personales como son sus valores, visión del mundo, contexto social, etc.

b) Construcción de las reglas de la relación: el terapeuta como parte del sistema terapéutico debe darse cuenta de lo que él se atribuye a sí mismo, sus propias expectativas y responsabilidades dentro del sistema, pero también debe estar alerta ante lo que le atribuyen los consultantes para no responder exclusivamente a ello.

c) Temporalidad: las secuencias, los espacios entre sesiones deben ser definidas en conjunto de los consultantes.

Desde otras vertientes teóricas, la alianza terapéutica se ve afectada por lo que se ha conceptualizado como transferencia y contratransferencia o bien por la resistencia. Desde la vertiente sistémica, todos estos conceptos son entendidos como la retroalimentación que se da entre terapeuta y consultantes y que permite al terapeuta observar la relación del cliente hacia el terapeuta o del terapeuta mismo hacia el consultante.

Finalmente podemos concluir como lo dice Fuentes que la alianza terapéutica puede ser evidente en el deseo de cooperar del consultante, así como su disposición de dejarse ayudar por el terapeuta para superar las dificultades que le han traído a terapia.

Algunos elementos esenciales para alianza terapéutica por parte del consultante según Fuentes (2004) son:

- ♦ La capacidad de verse a sí mismo como vería a otro
- ♦ La capacidad de tolerar un cierto grado de frustración

- ♦ La existencia de confianza básica
- ♦ La capacidad para vincularse

Y algunos elementos que benefician la alianza terapéutica desde el terapeuta son:

- ♦ La capacidad de ser acogedor
- ♦ La empatía
- ♦ La actitud de interés y acogida a la demanda del consultante
- ♦ Formulación de intervenciones como hipótesis, estar atento al efecto que las intervenciones producen en el o los consultantes
- ♦ Desarrollar una relación terapéutica personalizada
- ♦ Centrarse en los recursos
- ♦ Neutralidad
- ♦ Validar la experiencia traída por el paciente
- ♦ Ser flexible
- ♦ Actitud humanitaria de interés
- ♦ Definir el motivo de consulta
- ♦ Fijar el encuadre y la temporalidad de las sesiones
- ♦ Preguntar por tratamientos anteriores, su utilidad o no
- ♦ Estar atento a las fluctuaciones de la alianza

Para Altimir (2010), quien realizó una investigación sobre la influencia de las diferencias culturales en la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente, existen factores facilitadores: actitud del terapeuta de curiosidad, respeto, calidez, empatía, flexibilidad y desprejuicio, confianza y respeto mutuo, extensión de la experiencia clínica, motivación del consultante, la claridad que tenga el mismo sobre la terapia y el motivo de consulta, y un nivel de compromiso de ambos. Y también menciona los factores obstaculizadores: la falta de experiencia clínica, la pérdida de motivación del consultante, las situaciones de impasse, dudas respecto a la utilidad de la terapia y el grado de exigencia del consultante.

Algunas estrategias clínicas para crear una buena alianza terapéutica son: generar una conexión emocional con el paciente, logrando una sintonía emocional y un entendimiento racional, adecuarse al lenguaje del paciente y centrarse en sus

necesidades, manejo de elementos implícitos de la relación (como lo no dicho por el paciente), cuestionar la relación de experto, utilizar la subjetividad del terapeuta en virtud de la relación con el consultante, explicitar concepciones propias del terapeuta, sentimientos, creencias o pensamientos respecto a lo que plantea el consultante, entre otras.

Así mismo según Altimir (2010), los indicadores de una buena alianza terapéutica son: adhesión a la terapia, buen clima emocional en las primeras sesiones, reciprocidad en el vínculo, superar positivamente situaciones de conflicto, sensación compartida de comodidad, capacidad de pensar el problema en conjunto, percepción del terapeuta de que el consultante está motivado a seguir asistiendo a terapia, el trabajo terapéutico entre sesiones, la sensación de tener afinidad con el paciente y que el paciente se sienta libre de expresar cómo se siente en la terapia. Algunos indicadores de una alianza débil son: disminución de la motivación del paciente para asistir a terapia y la deserción temprana de la terapia.

2.2.2.4 El terapeuta, creencias, valores, ideas, sentimientos, que le acompañan en la terapia

El terapeuta es aquella persona que pasa por un proceso de aprendizaje y formación que le permite interactuar con los otros en la búsqueda de nuevas posibilidades para quien le consulta. El proceso de convertirse en terapeuta va desde obtener conocimientos sobre la terapia, a saber hacer terapia, para que finalmente pueda ser un terapeuta (Whitaker, 1992).

Sin embargo, son muchos los factores que pueden influir en el terapeuta y su relación con los consultantes, es decir, el terapeuta por sí mismo y a través de distintas expresiones en el contexto terapéutico se hacen evidentes sus ideas, valores, creencias, emociones, experiencias, entre otros.

Ceberio y Linares (2005), hacen mención de varias situaciones, una de ellas es el aspecto físico del terapeuta, ciertamente, la edad es una circunstancia de vida que no puede ser modificada, es un aspecto que influye en el o los consultantes, por ejemplo, cuando un adolescente acude a terapia, no tendrá la misma conexión

primaria con un terapeuta mayor, que con uno joven, así como también de alguien que se vista de manera formal-tradicional, a alguien que se vista de manera muy moderna e incluso liberal. El aspecto físico del terapeuta, el cuidado de su imagen, siempre delatará ante los consultantes una parte de la ideología y valores del terapeuta y ello ocasionará cierta respuesta en él.

Otro factor para estos autores, suelen ser las expresiones faciales, la comunicación no verbal puede expresar distintas reacciones del terapeuta, pero son interpretadas también por el consultante, por ejemplo, mantener una cara “neutra” ante un acontecimiento que ha generado sorpresa y malestar en el sistema familiar, o por el contrario, bostezos ante la narración del consultante, o gestos de sorpresa.

Desde luego, también la entonación y énfasis, los términos rebuscados o demasiado técnicos, o por el contrario términos impropios como palabras altisonantes que pueden generar sensación de malestar en el consultante e incluso el abandono de la terapia, todos ellos hablan de los principios y valores que el terapeuta posee.

La etapa del ciclo vital del terapeuta también le permite entender a los consultantes de cierta manera, si es una joven sin hijos le costará mucho más comprender las preocupaciones de una madre por sus hijos, y por el contrario a una terapeuta mayor, le puede facilitar comprender las vivencias de una familia con hijos adultos que se van de casa. Así que aunado a la etapa del ciclo vital, también le acompañan sus experiencias de vida, la muerte de familiares, matrimonio, divorcios, la pérdida de algún hijo, todas ellas son experiencias que llevan al terapeuta a replantear sus propios valores, principios o ideologías. “las diversas experiencias a las que el ser humano se encuentra sometido en las etapas de su desarrollo introducen informaciones nuevas en su cognición y evocan nuevas reacciones emocionales. Estas experiencias constituyen un verdadero proceso de aprendizaje, por lo que, en cierta manera, ensanchan y reformulan el perímetro de su mapa personal haciendo que se elaboren otras construcciones de las que se generan otras distinciones” (Ceberio y Linares, 2005, p. 41).

Las experiencias de vida del terapeuta dan forma a su sistema de creencias y el terapeuta debe ser suficientemente hábil para tenerlas en cuenta sin que sus valores personales obstaculicen su intervención terapéutica y a la vez, que las creencias principales sean las del sistema familiar al que atiende. Como podría suponerse de acuerdo a la cibernética de segundo orden, algunas veces, las premisas, valores y creencias de la familia, pueden impactar a la persona del terapeuta y en muchas ocasiones también, los valores del terapeuta impactan en la familia, de hecho, los valores, principios e ideología llevan al terapeuta a poner atención en algunos aspectos narrados por los consultantes y no en otros. Para un terapeuta, puede ser un punto de atención el que un adolescente use drogas de manera eventual, mientras que para otro puede ser un detalle sin mucha importancia. Esto es resultado de aspectos personales del terapeuta.

La historia del terapeuta delimita también sus percepciones pues pueden generar alianzas o coaliciones sin que sean claramente identificados por sí mismo. Algunas experiencias pueden hacer que busque afecto y reconocimiento por parte de los consultantes e incluso, situaciones que han sido conflictivas para el terapeuta pueden crear puntos ciegos en su función terapéutica. La historia personal del terapeuta influye en su cognición, en sus emociones, en su sistema de creencias y desde luego en la manera en que se conduce, particularmente ante ciertos temas que se relacionan consigo mismo (Ceberio y Linares, 2005).

Cuando, como en nuestro caso, se trabaja con un equipo terapéutico con supervisión directa, sucede que cada terapeuta y cada miembro del equipo, tiene sus propios valores, principios, experiencias e historias y desde luego, cada uno tendrá una visión distinta de lo que está sucediendo entre terapeuta y consultantes. El proceso terapéutico se complejiza en la interacción de cogniciones, emociones, valores de los distintos miembros del equipo terapéutico y todo ello influye en la terapia.

Ceberio y Linares (2005) resaltan que el terapeuta ha llegado a serlo debido a su propia historia, que de alguna manera le llevó a inclinarse hacia este camino, e incluso que es su experiencia de vida la que le lleva a hacerse especialista en algún

tema en particular y lo exponen así “El hecho de nadar en aguas conocidas, en ciertos casos, depende de la selectividad de la estructura cognitiva. Nuestra historia relacional, de alguna manera, recorta nuestros gustos y pasiones, delimitando un perímetro en el cual transita la elección” (p. 39).

Por todo lo anterior es de suma importancia que el terapeuta sea capaz de identificar los temas, las relaciones, las interacciones o los estilos relacionales que conectan al terapeuta con sus experiencias personales y que pueden hacer emerger una variedad de emociones.

Estos autores, dicen que a pesar de las dificultades de ciertas temáticas, existen terapeutas expertos, capaces de trabajar con situaciones complejas como abuso sexual y violación, estrés postraumático, enfermedades terminales y violencia y maltrato, “especialidades que exponen al terapeuta a un nivel de riesgo emocional más intenso que otro de tipo de temas” (Ceberio y Linares, 2005, p. 44). Se consideran de riesgo pues exponen al terapeuta a sus propios conflictos, pero le lleva a una búsqueda, aprendizaje y sistematización teórica, a la vez que permite integrar su propia experiencia hacia el tema.

2.2.3 Los consultantes

Cada consultante impone distintos retos al terapeuta, si es hombre o mujer, si es joven a adulto mayor, si sus experiencias que traen a terapia son cercanas a la realidad del terapeuta o por el contrario son muy distantes. En particular, este documento se enfoca en la pareja como consultantes debido a que es justo ahí donde se realizó el análisis de lo que sucede con el terapeuta.

2.2.3.1 La pareja como consultantes

La pareja es un subsistema dentro del sistema familiar, se refiere al agrupamiento de los miembros de la pareja, denominado subsistema conyugal en el que se establece un vínculo afectivo y se comparten intereses, metas, objetivos y aspiraciones (Ríos, 1994, citado en Jaén y Gallardo, 2005).

Hay otras definiciones que surgen en el área de la práctica terapéutica sobre lo que es ser pareja, Andrade (2010) dice que la pareja es una entidad basada en la relación de dos personas que se comportan como una unidad y es visto así desde un marco social. En esta pareja como institución se entretienen relaciones diádicas entre sus miembros, leyes, valores, usos y costumbres que definen su relación, sus características y el compromiso que los une y que a la vez, adquiere una función social, relacionada con la forma y contenido de relaciones en sus miembros.

Ríos (2005) ofrece dos definiciones propuestas por Whitaker:

a) La pareja es “una experiencia adulta de intimidades”

b) La pareja “es lo que resulta cuando dos familias envían a sus ejércitos al campo de batalla para ver quien triunfa”

En la primera definición, cuando se habla de experiencias se hace referencia a la acumulación de vivencias y realidades que se desarrollan en el seno de la pareja. En cuanto a la segunda, se refiere a la decisión de cada miembro para la estabilidad de la relación, en cualquier configuración.

Ríos, conceptualiza la pareja como “el grupo humano integrado por dos miembros relacionados por vínculos de afecto y en el que se hace posible la maduración de la persona a través de encuentros perfectivos, contactos continuos e interacciones comunicativas que hacen posible la adquisición de una estabilidad personal, una cohesión interna y unas posibilidades de progreso evolutivo según las necesidades profundas de cada uno de los miembros en función del ciclo vital en que se encuentran” (Ríos, 2005, p. 151).

Para este autor, la estabilidad, la cohesión y la posibilidad de progreso, son los tres planos en los que se basa la relación de pareja, si existe el desajuste en uno de ellos, se convierte en una amenaza para la relación.

Andrade (2010) comenta que la pareja ha vivido cambios sustanciales en las últimas décadas, quizás más en ellas que en toda la historia de la humanidad; hoy, parece ser el sistema más deseado, hombres y mujeres están en busca de un ser

que les acompañe en su camino, pero a la vez, es mucho muy frágil, porque su fortaleza reside en el amor, la tolerancia, el cariño, la voluntad, nada más subjetivo dentro de la convivencia humana. Se han incrementado las exigencias y expectativas respecto a la pareja. Como dice Fernández (2012) “las mujeres buscan hombres que todavía no existen y los hombres buscan mujeres que ya dejaron de existir”.

La pareja sana¹ desde la mirada sistémica es aquella que se caracteriza por relaciones paralelas, es decir, que tiene interacciones complementarias y simétricas, determinando distintas áreas en las que funcionan de forma complementaria y otras en las que actúan de forma simétrica. También, está relacionado con la autodefinición de cada miembro en la relación que cambia y evoluciona a través del tiempo. Otro punto importante es la comunicación, idealmente en la comunicación los cónyuges están de acuerdo tanto en el nivel de contenido, como en el nivel de relación o dicho de otra forma hay un acuerdo en lo que dicen y la manera en que lo dicen; y particularmente una relación de pareja sana es capaz de metacomunicarse, es decir, son capaces de hablar acerca de su comunicación (Jaén y Gallardo, 2005).

Las normas y las reglas juegan un papel importante también en la relación de pareja, las normas regulan las relaciones dentro del sistema, y constituyen lo que se puede denominar “contrato de interacción” (Sager, 1980, citado en Jaén y Gallardo, 2005). Este contrato establece la manera en que la pareja trata de satisfacer conjuntamente sus objetivos individuales, favorecen el desarrollo de la relación y de los individuos que la forman. Si la negociación de este contrato es claro y en cierta medida explícita, los límites que enmarcan la relación le permitirá a la pareja repartir los roles que deben desempeñar, por ejemplo en el cuidado y atención de los hijos, la preparación de alimentos, el aseo de la casa, el trabajo

¹ Los autores, Jaén y Gallardo hacen referencia a la pareja sana y la disfuncional, desde mi perspectiva este término denota una postura semejante a la médica de salud – enfermedad. Otros autores denominan estas relaciones como funcionales o disfuncionales. La idea es que algunas parejas logran una estabilidad y desarrollo a través de las distintas etapas mientras que otras atraviesan por muchas dificultades de acuerdo a la forma de relación.

externo a casa que les permita tener un ingreso suficiente para la manutención familiar, etc.

Para algunos autores como Minuchin, el subsistema conyugal debe tener límites muy claros y firmes con otros subsistemas y el poder debe recaer en éste sin que existan coaliciones con miembros de otros subsistemas. El ciclo vital de la familia pone a prueba al subsistema conyugal, pues debe procurar el mantenimiento de la relación de pareja a la vez que ayudar en su evolución y desarrollo del mismo subsistema y de la familia e general.

Jaén y Gallardo elaboraron una tabla que permite observar las características de una pareja sana en contraposición a una pareja que presenta disfunción.

	Pareja sana	Pareja disfuncional
LÍMITES	Claramente definidos hacia el interior y el exterior	Excesivamente rígidos o permeables
HOMEOSTASIS	Tiende al equilibrio	Inestable
INTERACCIÓN	Paralela (simétrica y complementaria)	Simétrica o complementaria
AUTODEFINICIÓN	Confirmación o rechazo	Desconfirmación
DEFINICIÓN DE LA RELACIÓN	Clara	Confusa
COMUNICACIÓN	Coincidencia del nivel de relación y el nivel de contenido	Paradójica (contradicciones en los niveles de relación y contenido)
METACOMUNICACIÓN	Sí	No
NORMAS Y REGLAS	Favorecen el desarrollo del grupo y facilitan las relaciones fluidas	Impiden la fluidez en la relación y dificultan el desarrollo del grupo

Tabla 1. Pareja sana vs pareja disfuncional según los presupuestos sistémicos. (Jaén y Gallardo, 2005. P. 65)

Algunas de las situaciones por las que las parejas llegan a terapia están relacionadas con la dificultad para hacer frente a los cambios propios del ciclo vital, como pueden ser la llegada de los hijos, el hijo adolescente o la muerte de algún miembro de la familia. Otro motivo por el que la pareja suele llegar a terapia es la comunicación, los modos y estilos de comunicación deben ser claros para ambos integrantes de la pareja; si ésta se ve afectada, la relación puede empañarse de confusión y ambigüedad, lo que en términos prácticos permite la interpretación libre y equivocada de las conductas de uno de los cónyuges.

A manera de conclusión Jaén y Gallardo exponen que son principalmente dos causas las que llevan a la pareja a problemas: la primera en relación a una construcción inadecuada del sistema conyugal en el inicio de la relación y, la segunda por una respuesta inadecuada a las condiciones evolutivas normales.

2.2.3.2 La pareja violenta

En nuestro contexto social es más común que el hombre ejerza violencia contra la mujer. Definitivamente existen casos en los que sucede de forma inversa, pero son realmente pocos los que se reportan. En lo particular, en este espacio, me referiré a las parejas violentas donde el varón es quien ejerce la violencia y la mujer es violentada por su pareja.

La violencia de los hombres en general ha sido legitimada dentro del contexto de la cultura patriarcal. Algunas ideas que la sustentan suelen ser que la mujer es propiedad del hombre con quien se casa (ejemplo de ello es el uso del apellido del esposo después de la preposición de pertenencia de, "Jacinta Zapata de Perera"). Al ser de su propiedad los hombres pueden hacer lo que deseen con sus pertenencias. Esto se conecta con la idea de que el hombre tiene de forma "natural" mayor jerarquía que la mujer y por ello ocupa un lugar superior y la mujer uno subordinado al hombre. Incluso, la propia historia de la humanidad pareciera apoyar esta tesis de que "por naturaleza", el control y el poder es de los hombres, mientras que las mujeres deben seguir las reglas y normas que ellos han establecido para todo lo que les pertenece, incluidas las mujeres (White, 1997).

Desde luego esto ha tenido serias consecuencias en las ideas de muchas mujeres, sobre todo de aquellas que pertenecieron a generaciones anteriores, mujeres de los años 70, cuyas madres no fueron permeadas por los movimientos feministas, aquellas de los 60 o anteriores. Pero también de mujeres actuales nacidas en las décadas de los 80 y 90 que mantuvieron una educación tradicional y que continúan atrapadas en ideas de opresión, explotación, desigualdad y empobrecimiento personal. Mujeres que viven en contextos culturales donde se siguen manteniendo prácticas avaladas por creencias culturales que hacen difícil la aceptación de cambios.

Por su parte los hombres, también actuales, nacidos en los años 80 o 90 del siglo pasado, manifiestan las consecuencias que pueden ser en este sentido de cólera ante la falta de sumisión de su mujer, y una gran insensibilidad ante su propia incapacidad de diferenciar entre su experiencia sobre los sucesos y la experiencia de la mujer de los mismos, particularmente, hablando de violencia, es incapaz de darse cuenta que lo que para él fue “un simple empujón”, para su pareja pudo ser un serio golpe (White, 1997).

La violencia en la pareja y desde la concepción sistémica tiene dos formas: violencia simétrica y violencia complementaria (Perrone, 1997, citado en Navarro y Pereira, 2000).

Esta teoría presenta una mirada con elementos sistémicos, sin embargo, considero que es una postura limitada en función de que observa la violencia como un motivo de consulta descontextualizado socio-culturalmente, no presenta una perspectiva amplia sobre el por qué sucede la violencia ni cuáles son las premisas que subyacen a la misma, Aun así se expone como un antecedente de la investigación realizada en torno a la violencia en la pareja, con la idea de completar esta visión desde el marco de la perspectiva de género. .

La violencia complementaria, también denominada violencia castigo, es un intento de perpetuar la relación de desigualdad existente en la relación, generalmente, el hombre es el fuerte y tiene derecho de castigar al débil, es decir, la mujer, el varón no acepta intervención profesional o alguna forma de control social, no existen

sentimientos de culpa y con frecuencia tienen la sensación de que está justificada su acción a través de las premisas culturales. Este tipo de violencia destruye la identidad, pues quien es violentado tiene la sensación de pertenecer a una clase distinta de quien le violenta. Generalmente este tipo de violencia, se oculta, no se habla de ella. Las mujeres víctimas pueden llegar a morir a manos de su agresor y con frecuencia presentan un estado alterado de conciencia que facilita la conducta violenta.

El otro tipo de violencia simétrica también es denominada violencia agresión, se caracteriza por situaciones de desafío en las que uno de los cónyuges (generalmente el hombre) trata de imponerse sobre el otro, al no permitirlo, el hombre suele violentar a la mujer, la mujer, pese a ello no se somete y de tal forma la lucha continúa. Este tipo de agresión es abierta y existe con mayor frecuencia el sentimiento de culpa.

Estos autores, presentan algunos indicadores de las personas violentas, aunque hacen hincapié que algunas personas pueden estar en estas circunstancias y no ser violentas, y otras pueden tener características distintas y ser violentas en su cotidianidad.

- ♦ Observación de agresión parental
- ♦ Personalidad agresiva
- ♦ Estrés cotidiano
- ♦ Abuso de alcohol
- ♦ Problemas maritales
- ♦ Interacción negativa con la pareja
- ♦ Actitud positiva hacia el maltrato físico
- ♦ Cultura o subgrupo social apoyan la violencia
- ♦ Consecuencias percibidas de la agresión
- ♦ Percepción de acontecimientos cotidianos como estresantes
- ♦ Pertenencia a clase social baja
- ♦ Aislamiento social significativo

- ♦ Perpetuación de la violencia, tensión reiterada y falta de un ambiente cálido en la familia.

Aunado a ello, hacen mención que la persona violenta suele sentirse inadecuada y fracasada ante situaciones que le son imposibles de cambiar. Reprimen la sensación de desagrado hasta que se produce una especie de estallido de cólera y violencia, el detonante parece ser el estrés que se combina con muy diversas premisas que se refieren a la necesidad de control, a la propiedad de la mujer, a la defensa de la jerarquía propia y se perciben como víctimas que reaccionan ante la provocación de la víctima.

2.2.3.3 Ciclo de la violencia

En 1984 Deschner (citado en Navarro y Pereira, 2000) propuso un modelo de ciclo de la violencia formado por siete etapas.

1. Dependencia mutua: relación entre dos personas con una fuerte necesidad mutua. Parte de su contrato implícito es que dentro de la relación deben satisfacer todas sus necesidades, excluyendo a otras relaciones.
2. Acontecimiento disruptor: a) es un suceso en el que la víctima hace o dice algo que está fuera del contrato de dependencia por lo que el agresor se siente abandonado o rechazado y lo prepara para el estallido de violencia, b) el agresor no comunica sus sentimientos de rechazo que se transforman en rabia lista para las explosiones.
3. Intercambios de coacciones: el agresor intenta detener el enfrentamiento, generalmente a través de amenazas, si la pareja responde entran en la escala simétrica sin poder detener la situación violenta.
4. Último recurso: el agresor juzga la situación de insostenible. Juicio clave.
5. Furia primitiva: el ataque se produce, la conciencia del agresor se inunda de furia y atacando a la víctima sin restricción alguna, su mente racional se desvanece a tal grado de no recordar lo que hizo durante el ataque.
6. Refuerzo de la agresión: a) la víctima cesa su escalada como una forma de sobrevivir a la agresión lo que el victimario entiende como "la violencia funciona" y hace más probable que se repita en el futuro, todo gesto de

sumisión envía el mismo mensaje al agresor, b) instigación de miedo, el miedo forma parte de la relación de tal forma que lleva al agredido a adoptar pautas de autoprotección, con cada agresión el miedo aumenta y el arrepentimiento es menos convincente.

7. Fase de arrepentimiento: la situación genera una sensación de irrealidad, tanto en el agresor como en la víctima, el abusador, en este estado no puede creer la magnitud de su violencia, de tal forma que con sinceridad promete no volver a hacerlo. La víctima percibe la honestidad del arrepentimiento y le otorga una nueva oportunidad. El arrepentimiento genera en el agresor la necesidad de renovar su contrato de dependencia mutua, con lo que el ciclo vuelve a repetirse.

Deschner (1984, citado en Navarro y Pereira, 2000) menciona tres presupuestos básicos en la violencia. El primero es que **la violencia es una construcción entre ambos actores**, el agresor y el agredido, en la que sin embargo, cada uno tiene distinta responsabilidad, el agresor siempre tiene una responsabilidad mayor por la que deberá responder.

Justo es en este sentido que la crítica feminista a la terapia sistémica puntualizó una falla en la teoría, pues desde su punto de vista existen circunstancias que llevan a una desigual responsabilidad, la primera, respecto de las personas que participan de un acto violento no tienen las mismas condiciones de jerarquía y por lo tanto, de poder (Desatnik, 2011a). Esto significa que las asignaciones socio-culturales que se han dado a hombres y mujeres en relación a la posición que ocupan en la misma sociedad y en la familia son distintas, así como también el poder que cada uno puede ejercer sobre sí mismo y el contexto en el que se desenvuelve. Es obvio, por todo lo dicho, que los hombres cuentan con una aparente legitimación de mayor poder que las mujeres.

El segundo presupuesto según Deschner es que **la violencia se construye en una pauta circular que se alimenta a sí misma y se vuelve parte del repertorio de patrones de interacción de la pareja**. Es común que después de la acción violenta, la pareja suele tener encuentros afectivos intensos lo que genera una

retroalimentación al sistema. La violencia se convierte en una forma de interacción mutuamente aceptada por la pareja.

El segundo aspecto que critican las feministas según Desatnik (2011a), es que desde la causalidad circular, pudiera entenderse el acto violento como un patrón que cumple una función en la familia, es decir, parece justificarla en razón de tener alguna utilidad. La crítica pone énfasis en que de ninguna manera la violencia puede o debe excusarse y que es erróneo pensar que la violencia cumple una función en los patrones de la familia.

Otra circunstancia es la circularidad desde el contexto social, pues desde este contexto se les ha prohibido a las mujeres hacer elecciones sobre los roles que asumen, de tal forma que actúan de acuerdo a los roles que la sociedad manda para la mujer. La terapia sistémica, desde la teoría apunta que dentro de la familia cada miembro es libre de escoger sus roles y cada uno de ellos detenta el mismo grado de poder, cuando no es así.

Finalmente, el tercer presupuesto es consecuencia de los dos anteriores, pues se refiere a **la posibilidad de terminar la violencia como un cambio en el patrón interaccional y no como el cambio de conducta de uno solo de los miembros de la pareja.**

En el ciclo de la violencia los factores de estrés ambiental y las condiciones sociales de vida son importantes, se pueden manifestar en desempleo, trabajos especialmente difíciles o en condiciones de explotación, confrontación continua con las familias de origen, condiciones de vida penosas, entre otras.

Los autores no entran mucho más a detalle en el tema, cuando en realidad las condiciones sociales y ambientales son factores de suma importancia como elementos que aumentan la posibilidad de ejercer violencia. Por ejemplo, algunas situaciones en nuestro contexto pueden ser: largos desplazamientos al lugar de trabajo, ya sea en el transporte público (lo que implica un tiempo excesivo, gente en grandes cantidades, fricciones continuas con otros pasajeros, entre otros) o bien en su propio transporte (con grandes tiempos de desplazamiento también, tráfico,

ruido). También podemos contemplar la competitividad laboral, jefes poco humanos ante las necesidades de los trabajadores, sueldos bajos, inestabilidad laboral, inseguridad en la fuente de trabajo, inseguridad en la calle, por mencionar algunos.

Particularmente hay dos condiciones ambientales que son perjudiciales, por un lado el aislamiento social que no le permite a la persona violenta observar patrones alternativos, limita la posibilidad de confiar en alguien y evita la presencia de un tercero que inhibe la conducta violenta. Y por otro lado, el apoyo de la cultura a las conductas violentas. Se reconoce la existencia de normas legales de violencia, pero no las han interiorizado como algo que les compete a ellos (Navarro y Pereira, 2000).

Definitivamente el poder es un punto trascendental en la violencia, pues en todo acto violento es posible observar que el agresor se maneja desde ahí, desde el poder para ejercer la violencia. En las parejas es evidente en las relaciones complementarias, en la que uno de los miembros simbólicamente y relacionalmente se encuentra por encima del otro. Y en las explicaciones de la violencia, el acto ocurre cuando el que está en la posición de abajo se rebela ante el abuso de poder del otro, ocurriendo una escalada simétrica. Como una forma de recuperar el poder, el que generalmente está en la posición de mayor poder, ejerce fuerza física, psicológica, económica (Desatnik, 2001a).

Es importante no perder de vista también el contexto histórico-cultural-social que ha contribuido y mantenido la violencia. En cuanto a ello, más adelante me referiré a la cultura patriarcal, que en gran medida conforma ese contexto histórico-cultural.

Por todo ello, un principio sistémico en la actualidad es que ante situaciones de violencia, permanece una visión lineal y no la circular que usamos en otro tipo de problemática familiar. Tomamos en cuenta entonces, la desigualdad en las relaciones de poder, que la violencia no cumple ninguna función en el sistema familiar, que el contexto social ha contribuido a través de formas como la educación, al ejercicio y mantenimiento de la violencia (particularmente la de

género). Si como terapeutas no somos capaces de asumir estas situaciones estaremos contribuyendo también al mantenimiento de la violencia en los sistemas en los que nos movemos y en las familias que atendemos.

2.2.3.4 El terapeuta y la pareja con violencia

El terapeuta que trabaja con parejas violentas se enfrenta a un ámbito minoritario, en realidad no son muchas las parejas que llegan a terapia por este motivo, aún más, suelen ir por situaciones como problemas de comunicación o con los hijos y durante la terapia se explicita la violencia, incluso de una forma que parece normalizar la violencia con la que interactúan. Sin embargo sucede cada vez más que las parejas son enviadas por otros sistemas (por ejemplo la escuela de los hijos) en los que existe mayor apertura hacia el tema de la violencia.

Las parejas violentas pueden ser todo un reto para el terapeuta debido entre otras cosas porque ambos, terapeuta y pareja están inmersos en la misma cultura, la cultura patriarcal, los valores y las premisas que le subyacen pueden ser invisibles a ambos; es ahí donde el terapeuta tiene la responsabilidad de ir develándolas así como haciendo evidentes para sí mismo y para los consultantes los modelos socializadores (en la familia y otras estructuras sociales) y las premisas de género que durante mucho tiempo han legitimado la violencia, ya sea hacia las mujeres, los niños o hacia quien se visualiza como el más débil. Este argumento es el que se fundamenta desde la perspectiva de género en el presente escrito.

Por ello algunos autores, como Navarro y Pereira (2000), Perrone (1997, citado en Navarro y Pereira, 2000), Goldner, Penn, Sheinberg y Walker (1990), Maldonado y Auron (1999) y White (1997), entre otros han creado una serie de líneas de intervención expuestas en distintos temas. Aunque algunas se centran más en técnicas cognitivas y conductuales, y otras en la deconstrucción de significados que justifican la violencia, todas tienen como fundamento detener la violencia y generar alternativas que le permitan a la pareja relacionarse de formas distintas y sin violencia.

2.2.4 Manejo terapéutico

Desde la visión sistémica hay diversas formas de trabajar con las parejas violentas. Aquí presentaré tres visiones distintas entre sí, y que sin embargo buscan generar un cambio en la forma de relacionarse al interior de la pareja.

La primera es la que sustentan Navarro y Pereira (2000), la segunda es la que presentan Goldner, Penn, Sheinberg y Walker (1990) y Maldonado y Auron (1999) conocida como Terapia Sistémica Sensible al Género y finalmente, Terapia Narrativa, propuesta por White (1997, 2002b).

2.2.4.1 Modelo Sistémico de Navarro y Pereira

Según Navarro y Pereira (2000), el objetivo fundamental de la terapia en parejas violentas es que nadie resulte físicamente herido y mucho menos muerto. Aunque para la terapia familiar resulta de primordial importancia no sólo detener la agresión física y los golpes, sino salvaguardar la integridad de todos los miembros de la familia, llámese mujer de la pareja o en su caso los hijos de la misma. Además es de suma importancia hacer notar que aunque estos autores pongan énfasis en la violencia física, el punto de referencia en el presente escrito es toda acción u omisión que cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte.

Es necesario puntualizar que en México, estos tipos de violencia han sido recogidos por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), la cual declara como violencia psicológica la negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas. Como violencia física esta ley caracteriza a todo acto que inflige daño no accidental usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda ocasionar lesiones internas, externas o ambas. Como violencia patrimonial se encuentra los actos u omisiones que afectan la supervivencia de la víctima, como son la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes, valores, derechos

patrimoniales o recursos económicos comunes o propios de la víctima. La violencia económica está caracterizada por la acción u omisión que afecta la supervivencia económica de la víctima, entre las que se cuenta la limitación o control del ingreso económico o el menor salario por condición de género por un igual trabajo en un mismo espacio laboral. Finalmente especifica la violencia sexual como cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima, atenta contra su libertad, su dignidad e integridad física, se observa como un acto con abuso de poder respecto de la idea de supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

Para Navarro y Pereira (2000) sin embargo, el primer objetivo es detener la violencia física y los demás objetivos son subordinados a este primero. El segundo objetivo es restablecer la consideración positiva del otro miembro de la pareja, o al menos el respeto. El tercer objetivo es mejorar la relación, su comunicación, solución de problemas y negociación.

Para ellos, de acuerdo al ciclo de violencia, existen algunas intervenciones con las que puede trabajar con la pareja. Estas son:

1. Suscribir un nuevo contrato de relación que tome en cuenta las nuevas circunstancias y que permita mayor libertad a los miembros de la pareja. Que permita cierta exclusividad emocional, pero donde no tengan que ser todo el uno para el otro.
2. Modelo de negociación de diferencias que implica un entrenamiento en tres áreas: comunicación, asertividad y negociación. Al finalizar esta intervención la pareja podrá mirarse a los ojos cuando hablan, exponer sus puntos de vista sin herir al otro, expresar sus sentimientos, ser capaz de transigir en sus exigencias para llegar a un compromiso y defenderlo como si fuera propio y escuchar el punto de vista del otro.
3. Ambos miembros de la pareja atribuyen la discusión a intenciones agresivas del otro, que además se relacionan con sus características personales. Existe una estimación exagerada sobre la falta cometida y se sobrevaloran los aspectos negativos de la otra persona. Los sentimientos que esto origina, se

guardan y se empiezan a acumular, en algún momento piensa (generalmente el varón) que lo que haga está justificado por todo que ha callado y finalmente estalla en la acción agresiva. Hay que agregar en este punto las premisas culturales que justifican la violencia: muchos maridos piensan que no sólo es un derecho golpear a su mujer, sino también su deber. Otros ven como legítimo cuando existe provocación, declaran que no les gusta golpear y que sólo lo han hecho porque no se les obedecía o escuchaba, porque querían que la mujer cuidara mejor a sus hijos, para que su mujer dejara de gritarle o molestarle o bien para que le dejara de responder. La intervención gira en torno a los pensamientos y a percibir señales de activación de la violencia, por ejemplo, cerrar los puños.

4. Se establecen límites de acuerdo a situaciones previas a la acción violenta, salir de casa, encerrarse en una habitación, pedir ayuda por teléfono, tomar las llaves del auto para huir. Se puede pedir a la mujer que deje de utilizar el activador puntual, que puede ser un insulto, el tono con que se le habla o un tema en particular (como los celos) y que a cambio el hombre se comprometa a no volver a usar la agresión, bajo contrato escrito.
5. En la complementariedad se puede y debe intervenir en la pausa complementaria, es decir después de la agresión y durante el arrepentimiento.

Según Navarro y Pereira (2000), las técnicas pueden ser variadas, pero en general las clasifican en dos. Estrategias de evitación y estrategias evolutivas.

Las estrategias de evitación implican las siguientes técnicas en el caso de la violencia agresión:

- Introducir cierta complementariedad en la simetría
- Fingir un síntoma
- Rituales alternativos a la violencia
- Triangulación: un tercero presente
- Separación
- Ruptura

Mientras que en la violencia castigo:

- Introducir simetría
- Fingir síntomas
- Sobrecomplementariedad
- Complementariedad invertida
- Separación

Para los autores es de suma importancia valorar con un criterio clínico la gravedad de la violencia en la pareja, particularmente centrado en la frecuencia, el modo y la instrumentación de la agresión. Cuanto más frecuente y cuantos más objetos peligrosos se usen, existe un riesgo mayor.

Como terapeutas sistémicos y de acuerdo al contexto socio-cultural en el que nos desenvolvemos existe la responsabilidad de generar también intervenciones claras respecto a los otros tipos de violencia, por ejemplo en lo referente a la violencia psicológica o a la económica que suelen ser comunes en el contexto mexicano.

Una de las técnicas propuesta por los autores es el tiempo fuera, que implica una serie de pasos y que tiene por objetivo detener la acción violenta y crear nuevas pautas de relación más asertivas. El uso del tiempo fuera debe realizarse junto con la disposición de ambos de firmar un contrato de tiempo fuera en conjunto con el de finalización de violencia. El contrato propuesto por Navarro y Pereira se muestra a continuación.

Contrato de tiempo fuera

Cuando sienta que me invade la rabia (o cuando perciba que le ocurre a mi pareja), haré la señal de tiempo fuera (una “T”), dándome inmediatamente la vuelta y marchándome.

No golpearé a nadie, ni a nada. No saldré dando un portazo.

No regresaré hasta que haya dejado de estar violento. Me daré un paseo para disipar la violencia. Pensaré en alguna cosa que me sea agradable.

Regresaré cuando sea capaz de mantener una conversación que comience con: “sé que tengo algo de razón, aunque sé también que en algo estoy equivocado”, y sea capaz de describir el error que he cometido.

Si mi esposa hace la señal de tiempo fuera (una “T”) y se marcha, le devolveré la señal de forma pacífica, sin importar lo que estuviéramos hablando. Pensaré en algo agradable mientras mi esposa se marcha. Cuando vuelva, empezaré la conversación con “entiendo que en parte yo tenía razón y en parte estaba equivocado”, y describiré el error técnico que haya cometido.

Contrato de no violencia

Prometo no permitir que mi violencia alcance el punto de agredir físicamente a miembro alguno de mi familia, sin importar lo justificado que pudiera parecer.

Prometo utilizar el procedimiento de “tiempo fuera” en vez de la violencia, y cooperar con mi pareja cuando sea ella quien haga la señal.

Nombre y firma

fecha

Se espera que ambos cónyuges la firmen pero principalmente se espera obtener el compromiso de la persona violenta en la evitación de la misma. Como he venido comentando, sería importante ampliar estos contratos a todo tipo de violencia y no sólo limitarla a la violencia física.

Otra manera de intervenir es la que Navarro y Pereira denominan corrección diplomática, en la que se realiza una secuencia alternativa a la que ocurre en la violencia.

Finalmente Navarro y Pereira presentan técnicas resolutivas del conflicto que implican el entrenamiento en comunicación, negociación y solución de conflictos. Ellos exponen especialmente el entrenamiento asertivo que da por resultado el ser capaz de expresar los sentimientos sin herir a la otra persona.

La intervención de Navarro y Pereira busca aumentar las expresiones de cariño, cuidado y apoyo mutuo, pues estos son intercambios que favorecen una relación positiva y ayudan a aumentar el umbral de tolerancia hacia lo negativo. Y escriben así “las relaciones se deterioran no sólo por el intercambio de conductas negativas, sino por la ausencia de las positivas” (Navarro y Pereira, 2000. P. 62)

Estas intervenciones propuestas por Navarro y Pereira están estructuradas desde la visión sistémica, pero con una intervención de tipo conductual, que deja por fuera la experiencia particular de las mujeres ante la violencia y da por hecho que la pareja desea mantenerse unida, cuando pudiera no ser así. Por ello es importante hacer énfasis que desde la terapia familiar sistémica las premisas que subyacen a la violencia de género deben ser tomadas en cuenta y llevadas a terapia, cuestionadas y deconstruidas para lograr que la relación deje de ser violenta y pueda existir una más satisfactoria para ambos miembros de la pareja o la disolución de la misma.

2.2.4.2 Terapia Sistémica Sensible al Género

La terapia sensible al género, pone énfasis en las premisas que han generado y que mantienen la violencia. Algunas de sus representantes, Goldner, Penn, Sheinberg y Walker (1990), desarrollaron a través de su práctica clínica un tratamiento multifacético que incorpora ideas y feministas y sistémicas.

Goldner y sus colegas partieron de tres ideas fundamentales:

1. La desigualdad de género como realidad social en la que las mujeres golpeadas son víctimas de los hombres que las golpean. Los patrones de reciprocidad y complementariedad forman parte del ciclo de violencia.
2. El golpeador es a quien se atribuye la responsabilidad de la violencia y la intimidación y la responsabilidad de la mujer es la de protegerse a sí misma.

3. En ocasiones es necesario el control social para frenar la violencia, pero desde la terapia, los aspectos psicológicos como las racionalizaciones, premisas, valores, son lo fundamental.

Las autoras propusieron que la violencia masculina es un acto instrumental y a la vez un acto expresivo. “La violencia es una estrategia de intimidación en servicio de la dominación masculina, una estrategia que el hombre ‘escoge conscientemente’” (Goldner y cols., 1990, p. 5). Por lo tanto su posición es que la violencia masculina tiene un aspecto impulsivo, pero también voluntario, pues representa voluntariamente una estrategia para no perder el control a la vez que le lleva a perder el control de tal forma que asusta y desorienta. Desde una visión sociopolítica, toman en cuenta las diferencias de poder entre hombres y mujeres y las ideas de los derechos, privilegios y permisos que tienen los hombres de gobernar sobre las mujeres. Desde la mirada de la terapia sistémica, las secuencias transaccionales y la retroalimentación son la “causa” de la escalada hacia la violencia, los procesos de doble vínculo, las familias extensas, el tratamiento y el contexto en el que se desarrolla y los servicios sociales suelen ser sistemas que mantienen el problema.

La teoría feminista permitió examinar las ideas que dan forma a las relaciones en las que las mujeres son víctimas de maltrato. El género es un concepto que surgió en este contexto y que las autoras propusieron como un concepto metafísico (es decir, difícil de comprender) que prescribe una división artificial entre el mundo masculino y el femenino. Este concepto tiene fundamento en el lenguaje, las lenguas, las mitologías, de tal forma que es un principio universal de la vida cultural que se manifiesta en la mente de los individuos y en general en la ideología de la sociedad. Rubin (1975, citado en Díaz, Rodríguez, Flores y Rubio, 2008), conceptualizó el género como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas”, por lo que parte del análisis que se realiza desde la perspectiva de género es la distinción entre el sexo totalmente biológico y el género que se relaciona simbólicamente.

Para Burin y Meler (1988, citado en Díaz y cols., 2008), el género tiene tres rasgos que es necesario tomar en cuenta, el primero es que las diferencias de género aparecen en las relaciones como relaciones de poder, el segundo que las diferencias de género son resultado de construcciones histórico-sociales y el tercero es que las diferencias de género no aparecen de forma pura, es decir, están de alguna manera invisibilizados por el conjunto de experiencias que nos construyen como hombres y mujeres.

La idea es que el enfoque de género nos permita hacer una reflexión y análisis sobre la organización social, económica, política, de las familias y de los matrimonios.

Díaz y cols. (2008), explicaban que nuestras relaciones interpersonales están influidas por la desigualdad propia de nuestra cultura patriarcal, desde donde nacen ideas y supuestos de verticalidad, obediencia, respeto, disciplina, obediencia y castigo entre otros. Y que son estas ideas y supuestos los que se han mantenido y han dado base a las relaciones de pareja, e incluso, son también estas ideas las que han legitimado la violencia de los hombres hacia las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones; ya sea física, psicológica, sexual o económica.

La ideología cultural sobre el poder de los hombres y sus privilegios hace que los hombres se sientan humillados si la división de género se borra y pone a las mujeres en situación de ser castigadas como una exigencia de mostrarse inferior al hombre (Goldner y cols., 1990).

El cambio en estos patrones de género implicaría para la mujer reclamar su derecho a la subjetividad independiente y establecer o re-establecer su capacidad para actuar en el mundo, mientras que para los hombres implica reconocer y aceptar sus propias necesidades de dependencia y a la vez empatizar con la experiencia subjetiva de su pareja, desde su visión de ella y no como él cree que es.

Goldner y sus colegas analizaron las premisas de género y otras creencias que sostienen los vínculos de las relaciones de pareja y que se han heredado a través del tiempo de generación a generación. Encontraron que hombres y mujeres que

viven con violencia, comúnmente crecieron en familias con dicotomías de género rígidas y exageradas, en donde los preceptos de género eran como mandatos.

2.2.4.2.1 Premisas de género sobre la masculinidad

Algunas de las premisas que subyacen a la violencia tienen que ver con cómo debe ser un hombre y cómo debe ser una mujer. En particular las que se refieren a la manera en que un hombre debe comportarse son:

- Los hombres deben ser más fuertes que las mujeres y no deben entristecerse ni ser miedosos. Ello implica la negación a tener sentimientos que pueden parecer “femeninos”, dependencia, temor, tristeza, necesidad de protección, por ejemplo.
- Para ser amado hay que ser “hombre”, evitando mostrar cualquier aspecto de “naturaleza femenina”.
- Para solucionar esta situación, se permite en la interacción que la mujer “cargue” con todos los sentimientos femeninos por ambos, permitiendo la expresión de sentimientos y necesidades, pero ocultando que vienen también del hombre.

2.2.4.2.2 Premisas de género sobre la mujer que vive violencia

Algunas premisas también “dictan” cómo las mujeres deben ser y comportarse, según Goldner y colaboradoras (1990) estas ideas principalmente son las siguientes.

- Es una “obligación” femenina conservar las relaciones familiares y a la familia como un todo, sin importar el costo personal. Esta idea es transmitida de madres a hijas y forma parte del sentido del self, la autoestima y la identidad femenina. Así, la autoestima puede medirse en función de que sus relaciones sean exitosas y en proporcionar cariño y cuidado a los demás.
- Quedarse, permanecer en una relación violenta es un orgullo de género y de respeto hacia su propio self. Mantener la relación protege a la mujer de la culpa que puede originar abandonar su papel de cuidadora.

- “Una mujer que se va debe luchar con los significados y consecuencias de haber desafiado la prerrogativa masculina y de haberse puesto a sí misma en primer lugar” (Goldner y cols., 1990 p. 23). Esto quiere decir que, si una mujer decidiera dejar a su pareja quien ejerce violencia sobre ella o sus hijos deberá cargar con la idea de haber sido una mala mujer.

2.2.4.2.3 Premisas de las familias donde hay violencia

Las autoras, investigaron también a las familias de las que provenían tanto los hombres violentos, así como las mujeres, parejas de un hombre violento. En ambos casos la situación era similar, provenían de familias donde había violencia, maltrato o normas patriarcales exageradas. En muchas ocasiones las madres de estas familias asumía papeles sumamente subordinados, aunque en otros casos la jerarquía funcionaba de manera inversa, es decir, la mujer parecía ocupar la jerarquía superior, pese a ello la idea que subyacía a la relación era que los hombres deben ser más fuertes y ocuparse de las mujeres.

Las hijas de estas familias, crecieron pensando que era importante ser abnegada para conseguir el amor de un hombre, por lo que sus ideales de autonomía, independencia, separación e individuación, eran etiquetados como destructivos o locos. La investigación llevó a la comprensión de que muchas mujeres de estas familias crecieron con sentimientos contradictorios hacia su madre como coraje y compasión, desprecio y deseo, y que como una manera de aliarse con ellas, llegaron a ser como ellas, aceptando así las mismas premisas que aceptaron sus madres y bajo las que vivían.

En el caso de los hombres, en principio podían sentir más empatía por su madre, quien sufría el maltrato de su padre, sentían lealtad por ellas, pero a la vez sentían gran necesidad de ser comparados con el padre poderoso. Los hombres también crecieron con sentimientos ambivalentes y contradictorios.

Como parte del tratamiento las autoras intentan reconocer la alianza que mantiene unida a la pareja y que generalmente sucede en la reconciliación que le sigue a los hechos violentos, el reconocimiento y el trabajo en torno de los significados que

tiene para los hombres y las mujeres de estas relaciones violentas el momento de la alianza es un punto de entrada a la terapia. Propicia la comprensión de cada uno de los miembros, así como del terapeuta que tendrá mayores posibilidades de ayudar a la pareja. La idea es deconstruir, tanto los momentos violentos, así como el momento de la alianza para lograr una modificación en el patrón de conductas violentas.

Maldonado y Auron (1999), propusieron el trabajo de la violencia a partir del uso de tres lentes centrales, el ejercicio del poder y el ejercicio del dominio, género y sistema de creencias. Respecto al primer lente, el ejercicio del poder y del dominio los autores retomaron ideas de Foucault, por un lado, en el entendido de que en todas las relaciones hay un ejercicio del poder y de la misma forma hay una respuesta a la que le denominó resistencia. El ejercicio del dominio está directamente relacionado con el poder que se ejerce por una parte de un sistema y en el cual los sujetos en quien se aplica no tienen la capacidad para ejercer resistencia, siendo este el caso de las mujeres, tanto más de las mujeres que son dependientes económicamente, las que son más débiles que el agresor o las que se encuentran en situaciones de estrés postraumático o algún tipo de estrés. También, sería el caso de los niños y las niñas, ancianos, minusválidos entre otros. Según la idea de Foucault, este poder ejercido afecta la libertad y la dignidad del otro.

El segundo lente, la visión de género, que se evidenció en el trabajo del constructivismo de Von Foerster y Von Glassersfeld, el construccionismo social de Gergen, William Lax y otros autores más. Como expuso Goldner (1989) la terapia familiar fue la primera en poner atención a la importancia de las generaciones respecto de las jerarquías, pero pasó desapercibida la importancia del género hasta mucho tiempo después. La perspectiva de género introducida por los movimientos feministas, pusieron el lente en la cultura, particularmente la cultura patriarcal y de manera mucho más amplia a lo que tradicionalmente se ha entendido por el patriarcado, se hizo énfasis en los aspectos sociales en los que se presenta (aquellos que particularmente tiene que ver con el ejercicio de poder, como pueden ser la guerra, la lucha, las jerarquías, la autoridad, en general, el control).

También desde este segundo lente, Gilligan (1993, citada en Maldonado y Auron, 1999) hizo mención especial del contexto de lo racional y relacional en el orden del género. Gilligan, hizo la distinción que si bien se ha pensado por mucho tiempo que las mujeres se inclinan en la protección de las relaciones no porque sea parte de su naturaleza, sino porque ante el contexto de dominación deben preocuparse de las relaciones, mismas que les proveen de bienestar, seguridad, y eventualmente libertad debido a su inferioridad jerárquica. Por su parte, los hombres se ocupan más de lo racional, debido también al contexto que les permite tener una libertad “natural”, seguridad y bienestar por lo que puede ocuparse mucho más de los contenidos y de lo correcto, particularmente, el orden, la justicia y la verdad.

Finalmente, el tercer lente, es el de sistema de creencias en el que Maldonado y Auron (1999) observaron 2 aspectos: la inclusión del ecosistema en el aprendizaje social sobre la violencia y las creencias o premisas que alimentan la violencia de los hombres. En el aspecto del aprendizaje social, hablaríamos del contexto familiar en la familia de origen, así como también del contexto social en el que la violencia es validada por distintas instituciones, como la falta de recursos económicos, la ineficacia de instituciones policiales o del ámbito jurídico. Y desde las creencias, implica no sólo las ideas acerca de la violencia, sino también los mitos y creencias que han sido mantenidas por instituciones como la escuela, la iglesia, el Estado o la familia. Maldonado y Auron presentaron estas creencias como un punto esencial en el vínculo interaccional que se perpetúa en las parejas.

Los autores y clínicos expusieron que su práctica clínica se sustentaba en el trabajo con las parejas que no sólo les permitía la comprensión de la interacción violenta, sino que se enfocaba en identificar los elementos que les permitiera crear una red de protección en la que el hombre se responsabilizara de su violencia y la mujer de su propio cuidado. También, como punto crucial, trabajaban sobre cómo se habían construido las premisas de género en relación a la violencia y la exploración y reconstrucción de las redes sociales de apoyo principalmente para la mujer.

2.2.4.3 Terapia Narrativa

De manera muy distinta Michael White (1997) hace la descripción sobre algunas de las intervenciones que resultan útiles en parejas en las que la violencia está presente.

Una de ellas se centra en explorar la teoría que tiene la pareja sobre la agresión masculina en general así como también de cómo se explican las situaciones de violencia entre ellos. Es muy común que la explicación gire alrededor de la naturaleza e inevitabilidad de la agresión masculina, por su parte se apoya en la teoría de las mujeres como víctimas.

El terapeuta suele realizar un resumen de lo expuesto y debe transmitirles la sensación de que conoce muy bien esas ideas. Después de ello, el terapeuta les comunica que conoce una teoría distinta sobre la violencia masculina y que tiene importantes diferencias con la que ellos comentaron y que las diferencias son tan grandes que es posible que ellos se sientan perturbados, especialmente el hombre. Se anuncia que el varón puede sentir cierto malestar con esta nueva versión puesto que puede generar cambios importantes en la relación. Incluso habla de la probabilidad de que el hombre quiera defender su versión y que puede ser aún más inaceptable si viene de una terapeuta mujer.

Después de todo ello pregunta qué tan dispuestos se encuentran para conocer y aceptar esta nueva teoría. El terapeuta puede tomarse tiempo en explorar la disposición de cada uno poniendo atención a no generar una competencia de ideas. Si es necesario puede aceptar que la pareja se muestre escéptica ante la nueva teoría hasta escuchar totalmente la explicación. Se enfatiza la comparación y no el debate de las ideas expuestas en cada teoría.

Una vez que la pareja tiene suficiente disposición, el terapeuta presenta la ideología patriarcal como el contexto en el que existe la violencia masculina sobre la mujer. Puede realizarse de múltiples formas, examinando mensajes en la educación de hombres y mujeres, recortes de periódicos, revistas, mensajes históricos o familiares. Se identifica el discurso de la genética y naturaleza de la

violencia masculina como parte de los discursos patriarcales y se subraya la creencia de que la mujer es propiedad del hombre y que por lo tanto él puede hacer con ella lo que quiera. A continuación el terapeuta examina la experiencia de la mujer sobre la violencia, puede sugerir varias palabras que le animen a describir cómo se siente, palabras tales como explotada, oprimida, sojuzgada, esclavizada, etc. Y se pide a ambos que imaginen cómo será su relación si continúan dejándose llevar por las ideas de la cultura patriarcal.

El terapeuta abre la discusión sobre si desean dejarse llevar por estas ideas o si creen que tienen derecho a construir una relación viable para ambos. Algunas preguntas pueden ser las siguientes.

Trabajo a realizar con el hombre

¿Cree que está más de acuerdo con estas ideas patriarcales de ejercer poder sobre los demás o le parece mejor la idea de apreciar los recursos y capacidades personales?

¿Qué cree que encaja mejor con el tipo de persona que es usted? ¿la ira, la agresión, o la posibilidad de acercarse con los demás?

¿Considera que debe continuar sometiendo su relación a la autoridad, el poder o que debe huir de ellos hacia una relación más equitativa y viable?

¿Debe usted de ajustarse a los mandatos culturales que ponen al hombre en un lugar superior y que los privilegia sobre las mujeres, o cree que debería oponerse a ellas y decidir de forma autónoma sobre ello?

Una vez preguntado esto se explora con la pareja los efectos que podría tener en su relación un cambio de este tipo e incluso los efectos que tendría en su contexto socio-cultural. Algunas preguntas pueden ser:

Si usted se opone a la supremacía masculina y ello genera diferencias con otros hombres ¿cómo manejaría la situación?

Si usted optara por rechazar estas ideas, podría encontrarse en una situación en la que un hombre, por ejemplo su cuñado humille a las mujeres ¿qué consecuencias puede tener esto con su cuñado y otras relaciones y cómo piensa afrontar estas consecuencias?

Si usted logra comprender la experiencia de opresión que tiene las mujeres, le va a resultar intolerable que sus compañeros bromeen sarcásticamente con el concepto de mujer ¿cómo se las va a arreglar en una situación semejante?

Si las nuevas ideas desalojan a las antiguas, va a tener una gran dificultad de celebrar bromas comunes sobre las mujeres, su rol, etc. ¿cómo cree que sus amigos tomarán esto? ¿cómo piensa afrontar la situación?

Si su compañera se transforma en la mejor conocedora de sí misma, reelabora su propia historia y confía en su propia experiencia ¿cómo enfrentaría usted las opiniones vigorosas de su mujer? ¿cree que podría afrontarlas o estallaría?

White (2002b), explica que parte de la elaboración que co-construye con hombres violentos es a partir de las conversaciones de externalización, en las que las actitudes y las creencias que subyacen a la dominación y el abuso así como las técnicas que hacen posible el control y el uso del poder se ponen en cuestión. Para White es importante explorar sobre cómo es que la cultura, el contexto han permeado en las ideas de los hombres y en su forma de actuar, también intenta llegar a la comprensión de cómo estas ideas le han llevado a relacionarse con otras personas de una forma distintiva y a manifestarse de manera abusiva o violenta.

Parte del trabajo que White desarrolló con hombres violentos se centraba después en identificar deseos, propósitos o aspectos de sus relaciones que contradigan las formas de ser dominantes utilizándolos como “puntos de entrada a las conversaciones de reescritura” (White, 2002b, p. 164). Estos puntos de entrada son evidentes cuando se habla acerca de los efectos que la violencia tiene en su vida y la de la gente que le rodea.

Otro punto importante que aborda White es el tema de la responsabilidad. La responsabilidad que debe asumir el propio hombre respecto de sus acciones

violentas, de los efectos que ésta ha tenido en su vida y en la de su compañera o sus hijos y en otras personas (si es que las hay), así como permitir la retroalimentación de ellos sobre sus propuestas de formas alternativas de ser. Incluso, White expuso que cuando los hombres comparten su experiencia en grupos de hombres se genera una responsabilidad mutua, donde es posible renegociar los significados de ser hombre y unirse en contra de la cultura dominante.

Alan Jenkins (1990) en su artículo *Invitaciones a la responsabilidad*, expuso que las explicaciones que son útiles sobre la violencia deben necesariamente invitar al ofensor a tomar su responsabilidad sobre sus acciones violentas, invitarlo a encontrar soluciones y relacionarlas con distintos niveles de conducta. La teoría que él presentó en dicho artículo es la Teoría de la restricción, que se basa en la idea de que las restricciones se encuentran en las tradiciones, los hábitos y creencias que han influido en la forma en que los hombres le dan sentido a su abuso.

Para trabajar con los hombres violentos o abusivos él propone que se invite al agresor a considerar algunas preguntas como: ¿qué lo ha detenido de tomar la responsabilidad de su abuso? ¿Qué lo ha detenido de tomar la responsabilidad para desarrollar relaciones sensibles y respetuosas con la víctima y otros miembros de la familia? Invita también al ofensor a examinar las restricciones. Suele también invitar a otros miembros de la familia a desafiar los patrones restrictivos de sus relaciones y sus hábitos abusivos de los hombres.

Trabajo a realizar con la mujer

Después de la explicación sobre la cultura patriarcal, se le cuestiona a la mujer sobre los siguientes puntos.

¿Cómo imagina que reaccionaría su pareja si usted reelabora su propia historia y su experiencia? ¿Es probable que él le pida que evite enfrentarse a sus ideas o cree que estaría dispuesto a considerarlas sin estallar?

Después de esta exploración se le pregunta a la pareja si están dispuestos a indagar algunas diferencias con esta nueva versión y si se animan a desafiar la ideología patriarcal. Si la respuesta fuera negativa, se puede presentar la opción de separación como opción más viable para la mujer. Si la respuesta es positiva se puede sugerir iniciar examinando aspectos tales como que el hombre desarrolle estrategias para contrarrestar la tendencia de interrogar a la mujer cuando llega unos minutos tarde, o el uso del teléfono como un medio de opresión y explotación hacia la mujer. Algunas otras ideas pueden ser sobre la experiencia de la mujer en torno a los valores patriarcales, con la aclaración de que puede resultar doloroso para el hombre.

El terapeuta debe responder siempre en sentido de contrarrestar los valores patriarcales que incluye celebrar el hecho de que el hombre desee aceptar la nueva versión sobre su agresión y violencia y acceda a explorar nuevas formas de acción que lo aparten de la ideología de muchos hombres.

En este proceso, según White (1997), la mujer se libera de la responsabilidad por la violencia y se siente más capacitada al volverse la mayor autoridad de su propia historia y su experiencia de vida.

En el libro *Reescribir la vida*, White (2002b) se refiere a otra parte del trabajo con mujeres que han sido violentadas, a través de la deconstrucción que les permita explorar la cultura dominante, esto permite que las personas puedan estar en desacuerdo con esas prácticas e inicien una modificación en su forma de pensar y de actuar en torno a ellas.

Un primer punto suele ser la exploración de los efectos reales que la violencia o el abuso ha tenido en sus vidas, identificar las acciones de abuso y encontrar acontecimientos extraordinarios sobre ellas, por ejemplo que evidencien el autocuidado y autoprotección. Una parte del trabajo de White con las mujeres que han sufrido abusos se centra en la identificación de estas dos "tramas", la primera, las acciones de abuso, que pueden manifestarse de muchas formas, a través de los celos, el control, la violencia física, entre otros y la segunda sobre las acciones de autocuidado y autoprotección, como la resistencia, la protesta, la capacidad de

adaptación, entre ellas. Al hablar de estas dos tramas, podemos deconstruir la de abuso y darles densidad a las acciones de autocuidado, a la vez que se exploramos los deseos y anhelos sobre sus formas preferidas de ser. Al aclararse estas ideas y co-construirse como parte de su narrativa, el riesgo de que las mujeres persistan en relaciones abusivas y violentas es cada vez menor (White, 2002b).

La externalización es otra forma de explorar la violencia, haciendo énfasis en las consecuencias que la misma ha traído a sus vidas, cuando las mujeres son capaces de externalizar la violencia, también son capaces de experimentar su identidad distinta y separada del problema. El tener la posibilidad de observar la violencia separada de sí mismas, ofrece la oportunidad de explorar ideas preferidas sobre sí mismas e incorporarlas a su vida.

La re-autoría es la forma en que White explica el proceso en el que la mujer y el o la terapeuta pueden co-construir las historias alternativas de la realidad.

2.2.5 Lo que ocurre con el terapeuta que trabaja con parejas violentas

Pocos autores se refieren al hecho de lo que ocurre con el terapeuta ante ciertas problemáticas, en general, se ha puesto énfasis en algunas características del terapeuta para un buen desempeño dentro del proceso terapéutico. Torres, Rodríguez y Desatnik (2012) realizaron una investigación de tipo cuantitativo en el que concluyeron cuáles son las emociones, las creencias y los valores que emergen en la práctica terapéutica en el terapeuta. Encontraron emociones como esperanza, empatía, y tranquilidad como las más frecuentes, amor, cariño y valentía como medianamente frecuentes y desamor y miedo como poco frecuentes; se evidenciaron creencias como entusiasmo, empatía cognitiva y conocimientos y teorías como más frecuentes, identificación y evaluación como creencias menos frecuentes y muy poco frecuentes la indiferencia y la distancia cognitiva; finalmente encontraron ciertos valores, entre los más frecuentes el respeto, compromiso y validación, poco frecuentes neutralidad y horizontalidad y los menos frecuentes invalidación, falta de compromiso e invasión. Todo ello en situaciones de pareja. Después de ese primer estudio las autoras (Torres, Rodríguez y Desatnik, 2013) realizaron una nueva investigación de corte cualitativo en la que

obtuvieron algunos datos interesantes y complementarios, por ejemplo en los valores encontraron neutralidad, validación, respeto, horizontalidad, comunicación-confianza, tolerancia y flexibilidad. En las creencias o pensamientos se identificaron ideas como “el terapeuta es como un guía”, “las parejas vienen porque ya no saben qué hacer”, “si te lo cuenta, es por algo”, “no puedes dar terapia de pareja si tú no tienes una buena relación de pareja”, “la terapia de pareja demanda mayor inteligencia teórica”. Y entre las emociones más relevantes la empatía, la admiración, entusiasmo, angustia, alegría y particularmente molestia, miedo y desesperación. Estos últimos están relacionados con aquellas situaciones en las que el terapeuta se da cuenta que las parejas actúan de manera muy distante a sus propios valores, tal es el caso de la violencia, donde el terapeuta reconocía que es un punto débil y que es algo que le causa molestia.

Estas autoras, describieron la experiencia del terapeuta, en la cual, el trabajo con parejas le había llevado a construir valores que emergían durante la terapia, estos se mantenían presentes en su vida personal y de manera circular alimentaban y promovían su práctica terapéutica, como son: respeto, validación, neutralidad y empatía principalmente. En cuanto a los valores la neutralidad estaba presente, pero de una forma distinta pues se relacionaba también con las expectativas que los consultantes tenían sobre él. Así también, la neutralidad, la autorreferencia y las expectativas de la pareja le habían dado sentido al trabajo que desarrollaba en terapia.

Por su parte, Escamilla y Desatnik (2010) en su investigación sobre el terapeuta en formación que trabaja en situaciones críticas destacaron que ante las situaciones críticas como pueden ser de enfermedades crónico degenerativas o bien abuso sexual, el terapeuta debe desarrollar aspectos como ser una persona empática, observadora, creativa, inteligente, comprometida, responsable, clara-sintética, escuchadora, con conocimiento y hábil, con acompañamiento y ética.

En el caso que nos ocupa, en la violencia en la pareja, no existe literatura que tenga aportaciones en torno a lo que ocurre con el terapeuta en dicha situación,

sin embargo, de acuerdo a los casos atendidos y las evidencias de las tres investigaciones reseñadas se puede deducir lo siguiente.

Considero que ante casos de violencia en la pareja, el terapeuta debe mostrarse: empático con ambos miembros, neutral (en la medida de lo posible), validador de ambas versiones, respetuoso de los puntos de vista (sin que por ello implique no cuestionar la violencia, sino, lo contrario), compromiso con la pareja. Quizás este es uno de los retos más importantes en torno a la postura del terapeuta, cómo mostrarse empático y respetuoso a la vez, de tal manera que los consultantes puedan hablar de sus premisas y que el terapeuta sea claro en su oposición a la violencia. Desde mi punto de vista, la doble visión es una herramienta para ello, escuchar las historias que cada miembro de la pareja tiene acerca de la violencia y comprender el contexto que los llevó a esa forma de interacción, pero junto a la comprensión, el cuestionamiento directo sobre la responsabilidad de sus acciones (para ambos, violentado y violento). Este cuestionamiento debería ser hecho no con expresiones de enojo, sino, como una expresión firme, manifiesta en un volumen modulado y cercanía emocional al consultante.

El terapeuta también, debe estar en contacto con sus propias emociones y las que emergen en el diálogo con los consultantes, ya sean estas positivas o negativas, como esperanza o desesperanza, tranquilidad o molestia, alegría o enojo, amor o desamor, pues cada una de ellas puede generar una inclinación hacia un manejo terapéutico u otro del que el terapeuta debe ser muy cuidadoso.

Por otra parte, el terapeuta debe estar alerta de aquellas premisas que tienen los consultantes sobre la violencia, su explicación y la forma en que sucede en su relación y a la vez, estar muy claro en su propia posición, premisas y explicaciones sobre la violencia, incluso, si en su experiencia hubo violencia, debe estar especialmente en conexión consigo mismo. Pero sobre todo, no debe perder de vista los objetivos que son guía de terapia en casos de violencia. Detener la violencia y responsabilizar a cada uno de los actores de sus acciones.

Finalmente me gustaría puntualizar de los riesgos que se pueden correr si el terapeuta no tuviera en cuenta los valores, las emociones y las premisas propios y de los consultantes que están presentes en la violencia de pareja.

Si el terapeuta genera empatía sólo con un miembro de la pareja (generalmente la mujer-víctima), se corre el riesgo de hacer lo que muchas personas en el común de la sociedad, tratar de protegerla y colaborar en que se mantenga en su papel de débil y víctima de la situación. También de que el agresor al no encontrar comprensión ante lo que él vive, piensa y siente no regrese a terapia, o bien, no sea capaz de realizar reflexiones que le permitan encontrar nuevas posibilidades de acción distintas a la violencia. La validación, la neutralidad y el respeto a cada miembro de la pareja, tienen importancia en el mismo sentido. El compromiso, puede funcionar como uno de los elementos por los que la pareja continua en terapia, mientras que su falta puede generar que la pareja deje de asistir y con ello probablemente la continuación de la violencia.

Si el terapeuta pierde de vista sus propias emociones, corre el riesgo de dejarse llevar por el enojo, la molestia o la alegría momentánea ante ciertos hechos (nuevos ataques de violencia o la ausencia de ellos), incluso, de confundir su propio enojo con el enojo o la molestia que puede sentir quien es violentado y actuar de tal forma que no favorezca los objetivos terapéuticos.

Estar alerta a las premisas que subyacen en la pareja violenta será un gran apoyo en cuanto a las ideas sobre las que debe girar la terapia y poder identificar y diferenciar las propias le permitirá centrarse en aquello que es realmente importante para la pareja en cuestión y no para sí mismo.

CAPÍTULO III

3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas

3.1.1. Casos atendidos

A través de los semestres de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar se atendieron distintos casos, algunos de familia y algunos individuales o de parejas; el trabajo clínico se realizó en los distintos escenarios que ya han sido descritos.

Con la finalidad de presentar todos los casos se han elaborado dos tablas, en la primera se muestran aquellos consultantes en los que mi participación fue como parte del equipo terapéutico.

La supervisión fue realizada por dos de los profesores de la residencia bajo distintos Modelos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

Tabla 1. Casos trabajados como observadora y como parte del equipo terapéutico durante el periodo 2012-1 a 2013-2.

Semestre	Familia o consultante	Motivo de consulta	Modelo de intervención	Sede clínica	Tipo de participación	Número de sesiones	Estatus terapéutico
1°	Jiménez Torres	Problemas de disciplina, agresión y falta de responsabilidades	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Observador	4	Baja
1°	López González	Problemas académicos de los hijos más pequeños	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Observador	4	Baja

1°	Gutiérrez Maldonado	Apoyo para el consultante y sus hijos por su separación conyugal	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Observador	7	Alta
1°	Lima Rodríguez	Ansiedad e inestabilidad emocional	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Observador	6	Alta
1°	Vargas Arellano	Mala conducta en la escuela y agresión	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Observador	8	Alta
1°	Vera Romero	Hiperactividad del hijo menor y familia "disfuncional"	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Observador	6	Alta
1°	Cruz Peña	Trastorno alimenticio de la hija	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Observador	4	Alta
1°	Sandoval Núñez	Evitar conducta escéptica en relaciones sentimentales	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Observador	4	Alta
1°	Bravo Márquez	Asesoría sobre la toma de decisión de la continuidad de su matrimonio	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Observador	3	Alta

1°	Méndez Castillo	Reflexión de las necesidad de separarse por cuestiones de violencia	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Observador	8	Alta
2°	Pérez Rincón	Separación de sus padres	Terapia breve centrada en problemas	CCH Azcapot zalco	Equipo terapéutico	5	Alta
2°	Romero Bermúdez	Violencia en el noviazgo	Construc-ti- vista	CCH Azcapot zalco	Equipo terapéutico	7	Alta
2°	Campos Cañas	Problemas familiares, especialmente con su madre	Terapia breve centrada en problemas	CCH Azcapot zalco	Equipo terapéutico	9	Alta
2°	Barrón Rivero	Crisis nerviosas, ideación suicida	Colaborativ o	CCH Azcapot zalco	Equipo terapéutico	6	Alta
2°	Esquivel Silva	Inestabilidad emocional, problemas de pareja	Terapia breve centrada e soluciones	ISSSTE Tlalnepa ntla	Equipo terapéutico	7	Alta
2°	Meza Mejía	Su hija adolescente es muy introvertida	Terapia breve centrada en soluciones	ISSSTE Tlalnepa ntla	Equipo terapéutico	6	Alta
2°	Sánchez Maldonado	Consumo de drogas por parte del padre y problemas con los hijos	Terapia breve centrada en soluciones	ISSSTE Tlalnepa ntla	Equipo terapéutico	6	Alta

2°	Vázquez Hernández	Conflictos laborales por su carácter	Terapia breve centrada en soluciones / Constructivista	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	7	Alta
3°	Pérez Vázquez	Problemas de confianza en la relación de pareja, debido a infidelidad	Terapia Breve centrada en problemas	FES Iztacala	Equipo terapéutico	9	No asistieron al cierre terapéutico
3°	Almazán Pérez	Problemas de pareja y conducta en su hija de 7 años	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Equipo terapéutico	6	Baja
3°	Rodríguez Almazán	Dificultades con la hija mayor debido a que padece epilepsia	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Equipo terapéutico	8	Alta
3°	Monzalvo	Problemas en el subsistema parental, problemas económicos	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Equipo terapéutico	6	Baja
3°	Radillo Torres	Situación de manejo educativo con su hijo de 9 años	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Equipo terapéutico	4	Baja
3°	Robles Cruz	Problemas de pareja, ella desea vivir con el padre de su hijo.	Terapia breve centrada en	FES Iztacala	Equipo terapéutico	5	Baja

		Situaciones de educación con el hijo de 3 años	problemas				
3°	Sánchez Téllez	A partir del nacimiento de sus hijas gemelas, su hija mayor se muestra rebelde	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Equipo terapéutico	2	Baja
3°	Velázquez Ruiz	Problemas de manejo del enojo de su hijo mayor	Constructivista	FES Iztacala	Equipo terapéutico	9	Alta
3°	Jiménez Arias	Depresión por muerte de un hijo y problemas de pareja, siente mucha lejanía por parte de su esposo	Constructivista	FES Iztacala	Equipo terapéutico	7	Alta
4°	Álvarez Bravo	Enuresis y encopresis de la hija menor de la familia	Constructivista	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	4	Baja
4°	Vera Rodríguez	Problemas de conducta del hijo menor y único varón	Terapia Breve centrada en soluciones	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	6	Alta
4°	Méndez Moreno	Infidelidad por parte del varón y problemas de pareja	Colaborativo	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	7	No asistió al cierre
4°	Gutiérrez López	Trastorno bipolar, problemas con su hijo	Terapia breve centrada en soluciones	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	9	Seguimiento

4°	Ruiz	El nieto de 5 años se distrae en la escuela	Colaborativo	FES Iztacala	Equipo terapéutico	5	Dejó de asistir
4°	De la Rosa	Problemas en la pareja	Colaborativo	FES Iztacala	Equipo terapéutico	2	Baja
4°	Pérez Núñez	Problemas en la relación de su esposo y sus hijos	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Equipo terapéutico	9	Alta
4°	Márquez Rincón	Sensación de depresión, insatisfacción con su actividad actual	Constructivista/ colaborativo	FES Iztacala	Equipo terapéutico	8	Alta
4°	Velarde Antonio	Problemas en la pareja y en la educación de los hijos	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Equipo terapéutico	2	Baja
4°	Ávila Lugo	Proceso de separación, los niños parecen estar afectados	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Equipo terapéutico	6	Baja

*Los nombres de las familias han sido modificados con la finalidad de conservar su anonimato.

Los casos atendidos como terapeuta a cargo fueron se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 2. Casos atendidos como terapeuta durante los semestres 2012-2 a 2013-2

Semestre	Familia	Motivo de consulta	Modelos terapéuticos	Sede clínica	Tipo de participación	No. de sesiones	Estatus terapéutico
2°	Moreno Cruz	Problemas de la madre con su hija mayor	Terapia breve centrada en problemas	CCH Azcapotzalco	Terapeuta	7	Alta
2°	Genis Soto	Necesidad de enfocarse en sí misma y sus circunstancias familiares	Terapia breve centrada en soluciones	ISSSTE Tlalnepantla	Terapeuta	5	Alta
3°	Oropeza Hidalgo	Problemas familiares. Se siente mal, cambios importantes en su estado de ánimo	Terapia breve centrada en soluciones	FES Iztacala	Terapeuta	9	Alta
3°	Gómez Hernández	Refieren problemas familiares, relacionados con la relación de pareja. Él está desempleado y eso les ha generado problemas	Terapia colaborativa	FES Iztacala	Terapeuta	9	Dejaron de asistir
4°	Hernández Vicencio	Problemas de manejo de enojo de la madre	Terapia colaborativa	FES Iztacala	Coterapeuta	9	En espera de enlace

4°	González Andrade	Problemas con su hija adolescente en relación a límites y trato	Terapia colaborativa	FES Iztacala	Terapeuta	2	Baja
4°	Suárez Bautista	Problemas en su relación su hijo de 18 años	Terapia colaborativa	ISSSTE Tlalnepantla	Terapeuta	7	Alta

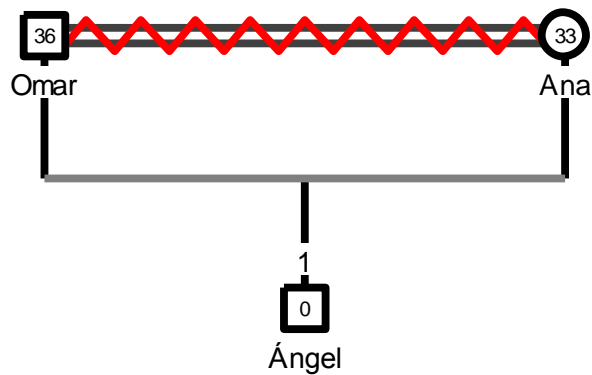
*Los nombres de las familias han sido modificados con la finalidad de conservar su anonimato.

3.1.2. Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en la que atendió como terapeuta

Con la finalidad de realizar el análisis de la temática elegida en el capítulo II, se han seleccionado dos casos. El primero de ellos corresponde a la familia **Gómez Hernández**, la cual fue tratada durante el tercer semestre de formación en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala y el segundo corresponde a la familia **Hernández Vicencio**, que fue atendida en el curso del cuarto semestre de la Maestría en Psicología en la misma sede clínica. A continuación se encuentra la integración de los expedientes con la información propia de cada caso.

3.1.2.1 Caso 1 Familia Gómez Hernández

La familia Gómez Hernández estaba formada por 3 miembros, el esposo y padre, Omar de 36 años de edad, la esposa y madre, Ana de 33 años de edad y su hijo Ángel de 6 meses de nacido al inicio de las sesiones. (La edad se refiere a la que tenían durante la terapia). Al momento de acudir tenían 1 año y algunos meses de casados; tuvieron un noviazgo a distancia durante 3 años. Él es originario del Estado de México y ella de una pequeña ciudad del Estado de Jalisco. Después de contraer matrimonio habían cambiado de residencia en 3 ocasiones, primero a Tabasco, lugar en el que él vivía cuando se casaron, después a Guadalajara y finalmente al Estado de México. Esto ocasionó cambios importantes para ellos como familia de nueva conformación.



3.1.2.1.1 Motivo de consulta

Omar fue quien solicitó la atención, presentó como motivo de consulta problemas en la relación de pareja debido a que en ese momento se encontraba desempleado, lo cual, entre otras situaciones, les había ocasionado lejanía y distancia. Durante la primera sesión el motivo de consulta se amplió en razón de que se presentó nueva información, por principio que él sufría de una enfermedad de tipo sexual, la cual aparentemente fue adquirida no por contacto sexual, sino, por las condiciones de vida en su último trabajo (vivieron en Tabasco con pocos servicios). Sin embargo, Ana expresó la duda acerca de la manera en que pudo haber adquirido la enfermedad (ella pensaba que fue por infidelidad), situación que motivó el que Ana revisara con cierta frecuencia el celular, computadora y documentos de Omar, ocasionando fuertes confrontaciones. También se presentó la situación de desempleo de Omar, se agregó la situación económica como una de sus principales dificultades; así mismo se habló de que ambos pusieron un negocio de renta de sillas y mesas para fiesta que no estaba funcionando; Omar decía que porque Ana no estaba dedicándole tiempo al negocio, mientras que Ana explicaba que no había mucha oportunidad por la situación económica del país. A pesar de su difícil situación económica, Omar no permitía que Ana buscara trabajo fuera de casa.

Derivado de la enfermedad que Omar presentaba, prácticamente su vida sexual era nula y Ana se mostraba completamente desilusionada de su esposo y de la relación. Ana, quien estaba estudiando en modalidad virtual, decidió dejar la

escuela por la imposibilidad de pagar la colegiatura, causando mucha molestia en Omar.

Por su parte Omar, pasaba mucho tiempo en internet (sobre todo durante la madrugada) y según Ana comentó, dándole preferencia a sus amigos, particularmente uno muy allegado y cosas que no tenían que ver con su relación.

Al paso de las sesiones, se fue presentado nueva información que hizo que el caso fuera mucho más complejo. Durante la segunda sesión se abrió la situación de violencia en la pareja.

Ana expresó que ya habían existido agresiones físicas, en junio de 2012, la más grave, Omar la golpeó, la tiró y estando en el suelo y casi inconsciente continuó golpeándola con un cinturón mientras le gritaba enojado. En cierto momento le puso el cinturón en el cuello y la amenazaba cuestionándole si aún pensaba en dejarlo.

Omar contó que Ana también era violenta con él, pues con frecuencia le decía que era homosexual para provocarlo y le reclamaba que pasaba mucho tiempo en el internet, así como también le acusaba de tener comunicación con mujeres.

3.1.2.1.2 Objetivo

En ese primer momento se planteó como objetivo terapéutico el ofrecer un espacio de reflexión donde pudieran reconstruir su confianza y la cercanía entre ellos.

Cuando el tema de la violencia se abrió al equipo terapéutico, el objetivo primordial fue detener la violencia a través de la reflexión sobre lo que la violencia estaba causando en ambos miembros de la pareja, así como en la misma relación. Este tema fue el centro de la terapia durante las siguientes 7 sesiones terapéuticas.

3.1.2.1.3 Modelo Terapéutico

En este caso, había una lectura desde diversos modelos teóricos, por ejemplo, en principio se hizo evidente desde el modelo de Terapia Centrada en Problemas, que la pareja estaba en una situación de “perseguidor-perseguido”, en la que Ana reclamaba la supuesta infidelidad y Omar se defendía continuamente, y cuanto él

más se defendía, para ella era más evidente la infidelidad de él. También, se observó la situación de “sé espontáneo”, en donde si él cumplía con hacer las cosas que ella pedía, ya no las consideraba válidas por el hecho de haber tenido que hacer la solicitud.

Posteriormente, el caso se trabajó desde una vertiente de Terapias Posmodernas, en principio de tipo narrativo, pero tomando como base a la Terapia Colaborativa, motivo por el cual no se realizaron hipótesis sobre el caso, sino que se fue apoyando a la pareja en la reflexión respecto a sus vivencias y a la forma en que ellos querían reconstruir su relación.

3.1.2.1.4 Intervenciones

En la primera sesión y con la información con la que contábamos hasta ese momento, se decidió transmitirles un mensaje al final de la sesión que pudiera externalizar la situación para la pareja. Los acontecimientos de su primer año de matrimonio habían sido muchos en poco tiempo, quizás, los que una familia afrontaría a lo largo del tiempo, casarse, tener hijos, cambiar de residencia, perder el trabajo y que quizás ello había ocasionado crisis, seguidas de crisis y que no estaban enfrentando como un equipo, sino como dos equipos distintos.

Cuando la violencia se expuso las intervenciones se enfocaron mucho más en la vivencia de cada uno sobre la violencia. Principalmente las preguntas fueron la manera de intervenir, cuidando el respeto y el punto de vista de cada uno de los miembros. En la segunda sesión se preguntó acerca de:

- ♦ ¿Preferían los golpes y la violencia como una forma de relación?
- ♦ ¿Qué podrían hacer para tener la certeza de que no volvería a ocurrir?
- ♦ ¿Cómo, de qué manera, podrían garantizar que no volvería a ocurrir?
- ♦ ¿Qué sentían cuando eran violentados por el otro miembro de la pareja?

De manera muy enfática en el cierre de la segunda sesión y ante la situación de violencia se abrieron nuevamente los objetivos terapéuticos, preguntando ¿hacia dónde deseaban ir y qué podría seguir en su relación?

En la tercera sesión la intervención se centró en preguntas que pudieran hacer la diferencia entre el antes y el después ¿Cómo era la relación antes de casarse?, ¿era satisfactoria?, ¿qué esperaba cada uno del otro en el matrimonio?, también preguntas que se enfocaban en explorar las cosas que cada uno de ellos necesitaba para saber que su lugar en la vida del otro era importante y agradable, por ejemplo ¿Ana que necesitas para saber que Omar te da el lugar que tú quieres?, ¿Omar, qué necesitas para saber que Ana le da espacio a tu intimidad?. Las preguntas del mensaje final dejaron abierta la reflexión respecto de lo que deseaban hacer en y con su relación y sobre lo que estarían dispuestos a hacer para reparar los daños que se habían hecho el uno al otro.

En la cuarta sesión la reflexión se centró nuevamente en lo que cada uno necesitaba ver en el otro para confiar de nuevo, los motivos por los que era importante mantener la relación entre ellos, qué cosas los llevaba a pensar en seguir juntos y si pensaban que con la situación como estaba les permitiría vivir como deseaban. Particularmente en esta sesión se trató de darle mucha más voz a Ana, dirigiendo las preguntas principalmente a ella y permitiendo que Omar escuchara y tuviera la oportunidad de ver las cosas desde el punto de vista de ella. Al final de la sesión se realizó una intervención metafórica, con el objetivo de hacerles reflexionar sobre la importancia de perdonar y sentar bases distintas para su relación.

En la quinta sesión, Ana expresó que después de la sesión anterior le pidió a Omar que la llevara a la central para ir a Jalisco con su familia, lo que desató un nuevo episodio de violencia; por ello se exploraron las posibilidades de una separación o de continuar su relación de una manera diferente. Se usaron preguntas como ¿qué tendría que pasar para que Omar pensara que es el momento de separarse?, ¿Si ya no veían más posibilidades?, ¿Si Omar fuera Ana, que necesitaría ver para pensar que valía la pena continuar en la relación? Y relacionando la información se le preguntó a Ana si lo que Omar decía sería suficiente para ella. Al final de la sesión el mensaje fue aún más claro en torno a la aparente imposibilidad de entenderse mutuamente, así como de que la violencia no les permitía poner las cosas en su lugar y estar en un lugar seguro. Se les invitó a que reflexionaran lo que sería mejor

para cada uno de ellos y se presentó como una idea explorar la posibilidad de tomar caminos distintos.

Para la sexta sesión se preparó una entrevista al “otro internalizado” basada en Tom (s/f), con el objetivo de que Omar pudiera empatizar un poco con la vivencia que Ana estaba teniendo en la relación. El objetivo per se, era explorar lo que un miembro de la pareja ha internalizado del otro a través de lo que escucha, ve y conoce del otro. Las preguntas giraron en torno a la experiencia de Ana sobre la relación, la violencia; lo que ella quería para continuar con él y lo que siente al ver a Omar triste, a su vez, lo que piensa que siente Omar cuando tienen problemas y desde que criterios es que Ana se mueve.

En la séptima sesión, se planteó la interrogante de hacia donde debería seguir el proceso terapéutico, pues a pesar de las reflexiones que se habían suscitado pensábamos que la situación entre ellos permanecía similar. Se les dio un directorio de instituciones de apoyo para relaciones sin violencia y se les solicitó que acudieran a alguna que pudiera brindarles una atención complementaria.

En la octava sesión se exploró la relación en torno a lo que deseaban de su relación teniendo en cuenta lo que había sucedido hasta ese momento y hablamos de la separación abiertamente. Se retomó la estrategia de la tarea sorpresa del Modelo de Soluciones.

Entre la octava y novena sesión Omar informó que Ana se había ido a Jalisco, sin embargo, Ana se presentó a la sesión 9 y se planteó la necesidad de explorar con mayor profundidad la toma de decisiones. Se realizó una sesión por separado. Con Ana, se planteó la necesidad de acudir a instituciones de ayuda y mantener sus redes de apoyo por la decisión que pudiera tomar más adelante. Con Omar se planteó la reflexión sobre todo lo que dijo de Ana a lo largo de las sesiones, y se le cuestionó por qué a pesar de todo ello se mantenía en esa relación, y si mantenerla era lo mejor para los tres, particularmente para su hijo. También se le preguntó si después de que Ana regresó, estaban más preparados para tener una relación más armoniosa, si ante la posibilidad de que las cosas no cambiaran él podría visualizar

una separación diferente a la que sucedió antes. Finalmente, se preguntó cuál sería el momento para que decidiera separarse.

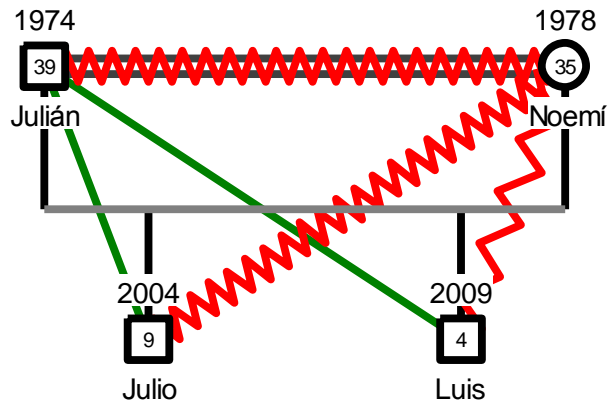
El cierre terapéutico se hizo con la canalización más formal a un servicio especializado con la necesidad de acudir ambos a la atención del mismo.

Se realizó una última intervención metafórica, en la que se habló de un árbol que cuando lo sembraron empezó a crecer muy bien pues la tierra era fértil y era bien cuidado. Sin embargo, lo tuvieron que cambiar de suelo a un lugar donde el árbol dejó de crecer y empezó a verse muy mal, aunque los que estaban a su alrededor querían que creciera fuerte y sano, ya no era posible. La gente tomó semillas del árbol y las sembró en un lugar diferente, en donde la tierra fértil promovió el crecimiento de nuevos arbolitos sanos y fuertes.

3.1.2.2 Caso 2 Familia Hernández Vicencio

La familia Hernández Vicencio solicitó atención psicológica debido a violencia intrafamiliar. La madre y esposa Noemí de 35 años, fue quien solicitó la atención. El esposo y padre Julián de 39 años y con dos hijos de 9 y 4 años de edad, Julio y Luis, respectivamente. Noemí era ama de casa, Julián trabajaba como farmacéutico, Julio estudiaba el 4° grado de primaria y Luis aún no iniciaba la escuela.

De manera particular el trabajo clínico con esta familia se realizó en coterapia con Norberto Báez Martínez, compañero del mismo equipo terapéutico.



3.1.2.2.1 Motivo de consulta

El motivo de consulta original fue por violencia intrafamiliar, aparentemente Noemí era quien se manifestaba violenta hacia los demás miembros de la familia, principalmente hacia su esposo Julián; los episodios se caracterizaban por una escalada simétrica entre Noemí y Julián, Noemí solía hacer constantes reclamos a Julián y éste reaccionaba hacia su esposa de la misma manera, violentamente. También se presentó que Noemí es agresiva con los niños, particularmente con Julio, por considerar que ya no es un niño pequeño y debería tener y asumir más responsabilidades.

Se comentó como un antecedente que Julio fue abusado sexualmente en un lugar público y que estaba siendo atendido en terapia individual por tal motivo. Se le realizó una evaluación a Julio y ahí se hizo evidente que la familia presentaba maltrato físico y agresiones a los niños.

Julio explicó que sus papás se peleaban con frecuencia, su intención era no hacerles caso y resguardarse a sí mismo y a Luis en su cuarto.

Noemí y Julián explicaron que sus peleas siempre iban de menos a más, iniciaban con un desacuerdo, se gritaban, se insultaban y llegaban a los golpes. Pensaban que antes era debido al ambiente en el que vivían (con la familia de Julián) y en el momento de la consulta ya no se presentaban con tanta frecuencia.

Con los niños Noemí expresaba que perdía el control, ella sabía que no debía pegarlos, pero mencionó que su educación fue así, con mucha exigencia y con golpes, así que cuando “las cosas pasaban” no podía controlar la situación.

La última sesión, sorpresivamente, la decisión de Julián fue separarse de Noemí, debido a que él manifestó no tolerar la situación. Noemí explicó que la violencia intrafamiliar que se detectó en la evaluación y por la que llegó a la clínica es la que Julián había ejercido hacia ella con gritos, insultos y golpes.

3.1.2.2.2 Objetivo

El objetivo terapéutico en un primer momento fue el analizar y modificar el estilo de crianza de Noemí a través de una nueva construcción de sus propias narrativas de lo que debe ser la educación, la disciplina y la mejor forma de ejercerla. Con ello también se planteó el análisis de las premisas subyacentes a la violencia que ejercía cada uno de los padres, principalmente Noemí, profundizando en las experiencias de vida de cada uno de ellos respecto de su familia de origen.

También se analizaron y se reflexionó en torno a los factores que intensificaban la violencia tanto en frecuencia como en la gravedad de la expresión.

3.1.2.2.3 Hipótesis

Noemí construyó a partir de su propia experiencia la idea de que la disciplina debía ser ejercida a través de castigos físicos, por lo que ella actuaba así con sus hijos y con su esposo. Julián a pesar de tener una idea diferente de cómo educar a sus hijos, respondía al enojo de Noemí con enojo, generando un ambiente agresivo entre ambos padres. Por su parte los niños se encontraban inmersos en la dinámica agresiva y respondían a ella con falta de seguridad o bien, con miedo ante la reacción de Noemí. Al no cumplir con sus expectativas, Noemí se enojaba y se mostraba agresiva con sus hijos, Julián intervenía en su defensa e iniciaba nuevamente el ciclo de agresividad-violencia.

3.1.2.2.4 Modelo terapéutico

En este caso el modelo terapéutico que se usó es el interaccional de Maurizio Andolfi (1990), algunos de los elementos utilizados se encuentran en el Modelo Centrado en Problemas, aunque Andolfi ponía especial atención a la familia de origen en relación a la construcción de significados y el impacto que esas premisas tienen en la vida de las personas. Por ello gran parte de las intervenciones realizadas se centraron en la exploración y cuestionamiento de la forma en que el enojo y la disciplina se vivían en las familias de origen de Noemí y Julián.

3.1.2.2.5 Intervenciones

A través de las sesiones la intervención se centró en la exploración de las vivencias de infancia de Noemí y Julián, sus experiencias respecto de la disciplina y la relación en la pareja y en la familia.

En la primera sesión, se expuso un mensaje final, en el cual se les dijo que en las historias de la infancia uno no tiene poder para modificarlas, pero que en ese momento que eran personas adultas que tendrían el poder de cambiarlas y de mejorar la vida de sus hijos. Se les pidió que exploraran aquellas situaciones donde ellos podían tener el control.

Los reencuadres fueron parte esencial de las intervenciones, por ejemplo, en la segunda sesión, se focalizó el punto de Noemí respecto a su historia, y se le preguntó cómo a través del tiempo había combatido su soledad, cómo veía en ese momento a su soledad. También, se preguntó a la familia qué cosas necesitaría cada uno de los miembros de la familia para estar bien. El enojo se reencuadró como una emoción normal en las personas, necesario para detectar situaciones de riesgo, incluso se hizo una intervención metafórica respecto de una antena. Ambos padres pudieron reconocer que su enojo se da en diferentes dimensiones, pero que ambos manifestaban su enojo de manera inadecuada.

En la tercera sesión se intervino respecto al enojo y su familia de origen, lo que se decía sobre el enojo, si el enojo estaba relacionado con otras emociones o sentimientos, si la soledad sería una amiga del enojo y de dónde podían

alimentarse enojo y soledad. También se iluminaron los cambios de actitud y las acciones distintas que cada uno llevó a cabo y se reconocieron las nuevas soluciones intentadas por Noemí (que además, dieron mejor resultado).

En la cuarta sesión, la intervención giró en torno a las actividades domésticas y se focalizó la situación en un antes y un después tratando de establecer la diferencia entre lo que hacía antes y lo que hacía después de las sesiones terapéuticas. Hubo reconocimiento ante los cambios que la familia había logrado respecto a la disciplina y se hizo intervención metafórica en la construcción de una historia diferente para su familia.

En la quinta sesión el enojo volvió a ser parte de la temática, por lo que las intervenciones giraron alrededor de las emociones que se alían con el enojo, los pensamientos y las acciones que favorecían su cercanía y que le permitían entrar a su casa y apoderarse de lo que sucedía. La intervención se basó en la narrativa, planteando una metáfora en la necesidad de generar una alianza de la familia para combatir el enojo.

En la sexta sesión, se intervino en función de las posibilidades que tendrían al dejar al enojo de lado y no como una parte primordial de la relación familiar. También se utilizó la opinión del experto al invitar a la supervisora a entrar con la familia y darles un mensaje, se enfatizó que a veces era necesario ponerse una coraza para defenderse de situaciones difíciles, pero que aún con la coraza era necesario dar lugar para construir su proyecto de estar juntos sabiéndose en un lugar seguro.

La iluminación y la reflexión sobre sus nuevas formas de comunicarse y de actuar respecto al enojo formaron parte de la sesión 7 y se intervino metafóricamente de nuevo en relación a no dejar entrar el enojo a su casa.

En la sesión 8 se trató de regresar a la circularidad en relación a como las acciones de uno, impactaban en las del otro de una forma positiva en el caso, también cómo los cambios pequeños iban impactando y haciendo cambios más sólidos. Se iluminaron nuevamente los cambios de cada uno y cómo ellos generaban una armonía en la familia. Finalmente se intervino con la prevención de la recaída.

En la sesión 9 la intervención se centró en la evaluación del trabajo realizado durante el proceso terapéutico, así como la exploración sobre las decisiones que se tomaron en el transcurso de la sesión 8 a la 9. También se llevó a la pareja a explorar como se sentirían de llevar a cabo la decisión de separarse y visualizarse en esa situación. Al final de la sesión se intervino con Julio en relación al respeto que debía tener en torno a las decisiones que tomaran sus papás de separarse o seguir juntos.

Se utilizó la estrategia de culpar al terapeuta sobre la falta del éxito con la intención de abrir la posibilidad de que pudieran encontrar una terapia que pudiera apoyarlos en la toma de decisión y en las acciones que seguirían.

En el cierre se hizo la invitación a que tomaran terapia de pareja o individual según la decisión que llevaran a cabo.

3.1.3. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con las dos familias elegidas

Para realizar el análisis de la intervención clínica que se realizó en los dos casos expuestos, se eligieron partes de las sesiones en las que se habla sobre la violencia y se observó a la o los terapeutas en su reacción verbal digital y analógica (desde mencionar como tal elementos o símbolos acerca de la violencia, cosas que se habían hecho o dicho hasta los elementos analógicos como el cambio en el tono de voz, el cambio de postura corporal, como cambiar la pierna cruzada o levantar la ceja, o bien, la intervención del equipo terapéutico por la línea telefónica que retomaba el tema de la violencia de forma más directa) así como en las conductas e indicios de lo que los terapeutas estaban experimentando (como pueden ser los anteriores y otros más, enrojecimiento, silencios largos) en torno a la temática tratada.

En el caso 1, de la familia Gómez Hernández, la violencia se presentó de una forma mucho más clara y directa y se explicitó la violencia que Omar ejercía sobre Ana. Según la clasificación de Jaén y Gallardo (2005), podemos explorar los límites difusos, la tendencia a la homeostasis donde cualquier intento de cambio era neutralizado por los conflictos y la violencia ejercida, era evidente la interacción

complementaria y la escalada simétrica en los momentos de violencia, la desconfirmación en la autodefinición, la relación rígida, la comunicación paradójica, la ausencia de metacomunicación y reglas que impedían la fluidez en la relación y dificultaban el desarrollo de cada uno de los miembros de la familia.

En el caso 2 de la familia Hernández Vicencio, la violencia se presentó de forma mucho más sutil, haciendo referencia a la agresión que Noemí ejercía sobre sus hijos, a través de un estilo de crianza autoritaria, rígida y de una relación hostil con Julián. Este estilo de crianza se encontraba apoyado en las premisas de la realidad que la madre tenía acerca de lo que un niño debe ser y el comportamiento que esperaba de él o ellos. Podían observarse límites rígidos, por ejemplo en la búsqueda de Noemí de una cercanía exclusiva con ella, sin que la familia de Julián pudiera formar parte de sus relaciones, con un equilibrio inestable, es decir, poca homeostasis, una interacción principalmente simétrica, la desconfirmación del otro, una comunicación paradójica (en los niveles de relación y contenido), con metacomunicación pero sin acuerdos y con normas y reglas que les impedían la fluidez en la relación y el desarrollo de la familia.

Como lo propuso Deschner (1984, citado en Navarro y Pereira, 2000), el elemento disruptor estaba presente y la falta de comunicación sobre los sentimientos del agresor no se exponían aunque era evidente el miedo a ser abandonado o rechazado por su pareja.

A. Él en una ocasión, fue el dos de junio, ya ha habido otras agresiones, pero la del dos de junio fue la más grave porque me golpeó con lo que se encontró, incluso estando yo tirada en el piso, inconsciente casi, porque me jaló del pelo o sea, me da y decía, “todavía no acabo hija de tu...” y me lanza más cinturonzos, “esto es por odiar a X y estos otros por odiar a su esposa y estos por odiar a su hijo de X” y esto es lo que a mí digo, esto es lo que me espera por ese señor. Qué va a pasar y todavía me tira en el sillón y me quiso amarrar, el cinturón del cuello, me dijo, “¿te vas a ir?, contéstame, ¿te vas a ir?, ora sí te voy a matar” y llegó un momento en el que me espantó ya y tuve que contestarle que no me iba a ir y fue por eso que me soltó.

O. yo si le pegué porque llegó un momento en que ya no aguanté era mucha presión.

Las intervenciones que se realizaron concuerdan con los diferentes autores. Por ejemplo según Navarro y Pereira (2000), algunos de los puntos de trabajo importantes son: intervenir en relación a los pensamientos que originan la violencia, como pueden ser, “ella me provoca”, “lo hice para que dejara de molestarme” o ideas similares, por ello, parte de la intervención se realizó entorno a ello. Las siguientes son intervenciones en momentos distintos de una misma sesión.

T. O sea ¿tú piensas que ella lo que te reclama es para que tú la golpees?

T. Es que aun así Omar, aún con toda las ofensas y todas las groserías que te pudiera decir, tú hubieras podido reaccionar de otra forma y no precisamente con los golpes.

T. Si ella te dijera entonces en alguna otra ocasión esto mismo, tú ¿qué harías Omar?

También se trataron de establecer límites según la situación violenta, como salir de casa.

T. Me dice el equipo que pensando en esto mismo que tú has comentado, decías hace un rato que una opción sería salirte... ¿Qué pasaría si tú, has explorado esa opción?

Por su parte para Goldner y cols. (1990), la intervención se centra en la deconstrucción de los momentos violentos y los momentos de alianza que le siguen a ellos, trabajar en torno a sus significados con la finalidad de lograr una modificación de las conductas violentas.

En el caso de Noemí un ejemplo sería el siguiente que es la exploración de los significados para lograr la deconstrucción.

B. ¿Y tú que idea tienes acerca del enojo?, o sea, porque veo que tú te reconoces de un carácter digamos explosivo, si

N. (asiente)

B. ¿Qué piensas acerca del enojo? O, o...

N. Siento que a veces cuando me enojo no lo puedo controlar, siento que se me va de las manos y es algo que me sale del estómago.

B. ¿Y qué piensas cuando está pasando eso?

N. Es que yo trato de controlarlo, pero no puedo, o sea es más fuerte que yo.

B. Pero sí reconoces cuando te llega

N. Y tú lo sientes venir, o lo reconoces cuando ya llega

B. ¿Lo sientes venir?

N. (Asiente)

Por su parte con Ana y Omar se ejemplifica en el siguiente texto.

T. Tú crees Ana que esta parte del machismo que cuentas ahorita y que habías comentado antes tiene que ver sólo con X o tiene que ver también con la educación, con la cultura, con otras cosas más del contexto en el que estamos, a qué crees que se deban estas ideas machistas, un poco de Omar.

Desde la perspectiva de género una parte importante está centrada en la comprensión de las alianzas, así como en los significados que tiene en la relación de pareja. Particularmente en el caso de Ana cuestionamos de dónde venían las ideas tradicionales de Omar, con la intención de deconstruir, pero también realizamos preguntas en torno a cómo se sentía ella desde el lugar o la posición en la que se encontraba en la relación. Omar durante una sesión, comentó que él buscaba una mujer más tradicional.

T. Omar, también me preguntaba el equipo, Omar, te fuiste a Jalisco y te encontraste a mujer más tradicional, ¿a qué te refieres con esto de más tradicional?

O. Bueno más tradicional en el sentido de que bueno, yo tuve novias profesionistas, sí?, y yo sufrí mucho porque uno de enamora o uno entrega el corazón y entregas tu confianza y yo, por ejemplo, yo casi siempre tuve novias maestras entonces pues realmente eran muy celosas, me hacían desatinar mucho, mmmm.... No querían hacer comida, no querían lavar trastes, ellas decían, yo no soy tu sirvienta. Yo no lo tomo como una sirvienta, yo trabajo, yo llevo dinero a la casa y obviamente alguien tiene que hacer de comer, porque a mí me maleducaron mal, porque mi mamá nunca me obligó a lavar trastes o hacer comida, eso estuvo muy claro, pero, lejos de eso dije bueno, ahora pensamos cambiar un poco con él, que él se integre a hacer comida y cosas por el estilo

T. O sea tú si buscabas un poco esto tradicional de Ana,

O. [Si, si si...]

Y más adelante se cuestionó a Ana sobre el mismo punto.

T. Me pregunta el equipo, escuchando a Omar le surge la duda, Omar buscaba una mujer tradicional, que hiciera cosas de casa, que se quisiera desarrollar y dice el equipo y ¿será que Ana piensa que ella es esa mujer que Omar necesitaba, que tú cumples como con todas esas expectativas que tenía Omar de su mujer?

A. Pues sí

T. Mj

A. Yo sí creo, soy una mujer de hogar, no soy una mujer que nada más este quiere andar en restaurantes, porque era lo que decía Omar, que sus antiguas novias les gustaba mucho ir a tomar, ir a conciertos, fumar yo no fumo, yo no tomo, yo soy de hogar, incluso mi mamá le dijo a Omar, mira Omar, uno como mamá, ninguno de los hijos son iguales, yo de Ana te puedo decir que Ana no te a va a gastar...

También en estos diálogos se puede observar una parte de las premisas de género de cada uno de los miembros de la pareja, que nos permite entender la continuidad de su relación desde esta perspectiva.

Estas últimas intervenciones, se relacionan mucho también con la intervención propuesta por la terapia narrativa, que primero explora la teoría de la pareja sobre la agresión, la explicación que le dan a la violencia en su relación, y se interviene con cuestionamientos hacia estas ideas. White (1997) le da un énfasis mucho más social en relación a la cultura patriarcal y las ejemplifica a través de distintos medios. En nuestro caso, todo ello se llevó a cabo a lo largo de las sesiones con cuestionamientos a cerca de sus acciones y los pensamientos que los guiaban.

Como terapeuta, trabajando en este caso, pude identificar y hacerme consciente de características particulares, por un lado, mi propia historia, experiencias, aprendizajes y premisas sobre lo que es ser pareja y lo que la violencia implica en una relación de este tipo. La formación sistémica y en terapias posmodernas me llevó a reflexionar sobre lo que sucede conmigo misma en la interacción terapéutica, como el sentimiento de indignación ante la violencia, ya sea del hombre hacia la mujer o viceversa, el deseo de proteger a quien es violentado, la

impotencia de no poder hacer el proceso más rápido, entre otros; también a reconocer cuáles son mis capacidades así como mis limitaciones en este tipo de casos (y en cualquier otro), por ejemplo, redescubrir la gran capacidad de empatía que he desarrollado y que al usarla de manera más electiva me permitía disminuir la indignación y aumentaba el deseo de colaborar en un proceso de reflexión en ambos miembros. Por ello, una de mis capacidades terapéuticas que pude evidenciar fue el manejo de distintos conocimientos sobre el tema, a los que podía recurrir internamente cuando sentía que la situación podía sobrepasarme, pero también, reconocí que una limitación en aquel momento era la dificultad de integrar eficazmente los aspectos teóricos con mi historia personal, mi posición ante la violencia y también mis premisas sobre género. Como dicen Ceberio y Linares (2005), verme, escucharme, sentirme, darme cuenta de los recursos con los que contaba fue parte de la labor en el proceso terapéutico de este caso.

La construcción, o incluso reconstrucción de los aprendizajes como terapeuta, el desarrollo de habilidades, competencias, conocimientos, valores y actitudes fue un punto crítico debido a que muchos de ellos se relacionan con las premisas de la realidad que tenía y que en varios momentos fue necesario desafiar y cuestionar para cumplir con la labor terapéutica.

Es posible ilustrar el desarrollo de habilidades que proponen Aponte y Winter en su artículo "The person and practice of the Therapist: Treatment and Training" (1987).

Habilidades externas, en relación a las conductas técnicas adecuadas para la conducción de la terapia. Por ejemplo, en la intervención donde puntualizamos:

"Hay familias donde ocurre una vez y no vuelve a ocurrir, y aparentemente es lo tú comentas, pero también hay familias donde esto sucede y después vuelve a suceder y se vuelve o se transforma en una forma de resolver los problemas, cuando en realidad no es una forma de resolver nada, entonces ¿qué podrían hacer o cómo podrían ustedes estar seguros, tener cierta confianza en que esto no va a volver a ocurrir?"

Esta es una habilidad externa, es decir, conociendo la problemática y teniendo en cuenta que el primer objetivo es detener la violencia se cuestionó a la pareja acerca de cómo podían lograr que no sucediera un nuevo evento violento.

Habilidades internas, en relación a la integración personal de la experiencia para llegar a ser un instrumento terapéutico útil. En este punto es necesario decir como terapeuta además de tener el apoyo del supervisor y del equipo terapéutico me auxilié de mi propio proceso terapéutico, con la finalidad de poder llevar a cabo la integración de mi propia experiencia de vida, de mi experiencia de formación (teórica) y del desarrollo de habilidades para poder construirme como un instrumento terapéutico útil en el caso. Quizás una anécdota importante es la que se refiere a una sesión terapéutica en la que platiqué con mi terapeuta sobre el miedo de haber hecho adecuadamente la intervención en la sesión:

“Le conté a mi terapeuta: cuando ella (Ana), contaba cómo la golpeó, la tiró al suelo, le pegó con el cinturón de manera brutal y luego se lo puso al cuello, yo sólo podía sentir como la sangre se me subía a la cabeza y cuando él se defendió diciendo que lo hizo porque ella lo provocó, no pude aguantar y le dije – Omar, pero... tú eres abogado, tú sabes en qué categoría está esto, él dijo – es grave, no estuvo bien, pero ella estaba molestando diario, ella estaba violando mi privacidad – y yo contesté –coincido en que estaba violando tu privacidad, pero ése no es un delito y por el otro lado, tendríamos que preguntarnos, ¿qué es?. Y seguí contándole a mi terapeuta: pero en algún momento al seguir escuchando sus justificaciones no pude aguantarme y le dije – yo si les quiero decir que tenemos como parte de nuestras responsabilidades éticas, tenemos que hacer esto de conocimiento del ministerio público lo que está sucediendo, para nosotros es importante tener la certeza de que esto no va a suceder mientras ustedes estén viniendo aquí-. Y le pregunté a mi terapeuta ¿hice bien?”

Esta experiencia fue sin duda una de las más complejas en el proceso de formación, pues realizar la integración entre los modelos teóricos, los valores personales del terapeuta (de cualquier corriente), las experiencias propias e integrar todo eso en la habilidad interna necesaria para el trabajo con los consultantes resulta en algo por demás complejo.

Afortunadamente, mi terapeuta dio luz a lo que debía ser la mejor intervención en estos casos. Situación que desde luego será difícil de olvidar. Abrir la posibilidad de presentar una denuncia, puede generar muchas cosas en el agresor, desde la deseada, evitar agredir a su pareja mientras se encuentren en terapia aunque sin la convicción de hacerlo y sólo en respuesta a la amenaza, hasta la menos querida, dejar la terapia y perpetuar a través del tiempo la violencia y todas sus implicaciones, pero también una amplia gama de posibilidades entre las que puedo mencionar:

- ♦ Que el agresor prohíba a través de violencia a la agredida hacer mención de un nuevo episodio violento.
- ♦ Que la agredida decida no hablar más de los eventos violentos por miedo a que se haga la denuncia y ella sea la culpable.
- ♦ Que la agredida continúe en la posición de víctima que debe ser “rescatada” por otro (en este caso el terapeuta) y no tome su propia responsabilidad de protegerse.

Desde luego otra habilidad importante según Aponte y Winter (1987), es la que se refiere a las **habilidades teóricas** y que tiene que ver con la capacidad de adquirir modelos teóricos y marcos de referencia que guíen el proceso terapéutico.

En este punto, parte primordial para el desarrollo de la habilidad es la búsqueda de información sobre el tema, incluso desde distintas corrientes o modelos terapéuticos y sus marcos de acción. En parte, esta habilidad teórica está permeada por el supervisor, el modelo desde el que él trabaja, con el que se identifica y que desde luego vive en la supervisión, pero también de las construcciones teóricas que el terapeuta en formación va elaborando de la interacción entre teoría y práctica.

En el caso de la Noemí y Julián un ejemplo de las habilidades teóricas es en el que se indaga bajo el enfoque intergeneracional de Andolfi la historia familiar sobre la violencia:

L. Y ¿cómo era la disciplina ahí en casa de la bisabuela?

N. Este...era muy estricta ella, ella no quería que nos levantáramos tarde, que viéramos caricaturas como niños que éramos ¿no?, primero eran los quehaceres de la casa, nada de jugar, nada de salirse, nada de, no sé sólo las cosas de la casa, ropa.

L. Y si no, o si se tardaba un poco más, ¿qué pasaba?

N. Me pegaba o tenía los tíos que también, que eran mayores que yo y si no, había veces que ellos también me pegaban.

En el caso de la familia Gómez Hernández, la investigación sobre la violencia y particularmente la violencia de género fue un punto importante para comprender el caso, pero también, la postura de la Terapia Colaborativa desde la que se abordó.

Finalmente, en torno a las **habilidades colaborativas**, este caso necesitaba de la colaboración de otros profesionales, incluso más especializados en temas de violencia, por lo que en varias ocasiones se trató el tema con la pareja sobre la necesidad de acudir con grupos de ayuda para relaciones violentas.

Algunas estrategias o habilidades que Aponte y Winter no mencionan en su artículo, quizás porque las pudieron identificar en alguno de sus tipos de habilidades, son desde las más básicas, como habilidad para preguntar, para escuchar, para empatizar con los consultantes (habilidades externas), hasta algunas que en principio me parecían de gran complejidad, como prestar atención a las diferentes voces y posturas de mis compañeros del equipo terapéutico y del supervisor, comprenderlas e integrarlas de forma rápida durante la sesión (cuando hablaban por el teléfono) y más lentamente, durante la intersesión para construir el mensaje o la tarea para los consultantes (tal vez sería un combinado de las habilidades internas y colaborativas).

Estoy de acuerdo con lo que Aponte y Winter (1987) expusieron sobre la idea de Bowen y Satir en relación al desarrollo de habilidades internas como tarea básica del entrenamiento del terapeuta, pues como lo mencionan los autores, lograr una integración implica tener un más amplio rango de alternativas de acción, así como una percepción más abierta y creatividad para ofrecer a los consultantes. También pienso que es necesario un entrenamiento completo en el que las cuatro habilidades vayan desarrollándose pues sólo así es que el terapeuta lograría

aprender a usarse a sí mismo como instrumento terapéutico y obtener, en la medida de lo posible, los mejores resultados.

La alianza terapéutica como punto fundamental en la relación incluye una unión con base en afectos, principalmente que está relacionada con la confianza. Fuentes (2004) hace mención de dos aspectos básicos. Por un lado, que el terapeuta es fuente de apoyo, que le provee una relación cálida y ofrece atención y cuidados al o los consultantes. Y por otro, incluye la capacidad de establecer y desarrollar vínculos, acuerdos sobre metas y objetivos, así como tareas y responsabilidades que permitan el logro de las mismas.

El punto fundamental de la alianza terapéutica en estos casos es ¿cómo establecer ese vínculo con personas que son violentas?, ¿cómo procurarle apoyo, una relación cálida, con atención y cuidados cuando sus acciones son dañinas para otras personas a las que quiere? Tampoco es un trabajo fácil. La alianza terapéutica se fundamenta en el joining, es decir, el nivel de contacto en la relación, la sensación del consultante de ser entendido y aceptado y que abre la posibilidad de mostrar su subjetividad al terapeuta. Seguramente es mucho más sencillo construir una alianza terapéutica con la persona sobre la que se ejerce la violencia, aunque de ser así, se dejaría a la persona en mayor o igual indefensión. Así que parte del trabajo que el terapeuta de parejas violentas debe elaborar es la comprensión a la historia, valores, premisas del consultante violento, que le permita entenderlo como persona que también sufre y se duele de la violencia que ejerce y que no ha sido capaz, hasta el momento de la terapia, de encontrar posibilidades distintas a la expresión de su inconformidad. También la alianza terapéutica puede verse en los casos atendidos cuando el deseo de cooperar entre consultante y terapeuta es explícito, el consultante se deja ayudar para superar las dificultades por las que atraviesa.

*“T. Lo que me decía también el equipo, es que pensando en este espacio, en, en este momento en la terapia nos gustaría pensar que no podemos solucionar eh, que no tenga trabajo, no podemos curarle la enfermedad, o sea, no está
O. [O sea si no es tan]*

T. No está en nuestras manos, y son de estas cosas externas que les han pasado a ustedes, pero lo que si pudiéramos nosotros trabajar y tener el compromiso de acompañarlos en este proceso es, en ayudarlos a recuperar esta confianza mutua y en ayudarlos también a generar una cercanía que hubo en un principio, Ana, que es lo que platicaba de su colchoneta y demás y que a lo mejor ha ido generando lejanía en este momento ¿no?, entonces, como que esos serían, como los aspectos que pensamos que podríamos trabajar acá y que nos gustaría acompañarlos
O. Se los vamos a agradecer.”

Algunos de los elementos que según Fuentes (2004) benefician la alianza terapéutica son:

La capacidad de ser acogedor, en los casos se ilustra en situaciones como en la despedida de los consultantes, quienes llevaban a su bebé a todas las sesiones y la expresión era cálida y acogedora.

T. Adiós hermoso, adiós guapo, ay está tan precioso su hijo, tan precioso, tan precioso

O. Sí, es que... va a ser nuestra consentida

T. (riendo), ¡mira qué bonito se ríe!

La neutralidad es otro de los elementos indispensable en la formación de la alianza terapéutica, y en el caso de la familia Gómez Hernández, hice un gran esfuerzo por mantener esta neutralidad evidente e interna, que diera congruencia a la práctica sin dejarme llevar por alianzas internas con la agredida. Ello puede ilustrarse en la siguiente narración.

“Hoy la impresión que tiene el equipo y también yo, es que en realidad las cosas no son tan sencillas o tan simples, que incluso para nosotros hay como cierta sensación de incertidumbre, saber que las cosas están tan mal y han llegado a ser tan graves entre ustedes, que incluso, pues mantener la calma para ustedes es una situación difícil, cuando ustedes conviven cotidianamente como pareja o como debería de ser y pensaba el equipo que no es justo para ninguno de los dos esta situación, no es justo, ni es sano ni es bueno, que las cosas terminen así cuando hubo tanta ilusión, tanto amor, como lo has comentado Ana”

Otro aspecto importante en la alianza terapéutica es sin duda, validar la experiencia traída por el consultante, en este caso, cuando son dos personas, cada una con experiencias que pueden parecer distintas, el terapeuta debe ser cuidadoso en no descalificar ninguna de las dos visiones y dar la posibilidad de explicitar la experiencia de cada uno. Por ello la situación fue manejada particularmente.

T. Ana, me dice el equipo que están un poco intrigados qué significan estas lágrimas ahorita, ¿por qué, por qué este llanto en este momento?

A. Ay, por muchas cosas, es lo que le comentaba yo el otro día a Omar, o sea son tantas cosas desde el noviazgo que es que ya ahorita que vivo con él, que convivo ya un poquito más con las personas que están dentro de su vida, y son eslabones que he estado uniendo y yo siempre, Omar siempre me ha mentado, siempre Omar se ha burlado, ha dejado que otras personas en pocas palabras me humillen, se burlen, yo no me merecía esto

T. ¿Eso te hace sentir cómo Ana?

A. Pues decepcionada, yo no pensé que yo fuera a vivir todo esto...

Es importante puntualizar que durante las intervenciones, se fue gestando en mi persona como terapeuta la sensibilidad en cuestiones de género. En principio, los seminarios y espacios de clase en los que se comentaba sobre la perspectiva de género, fueron haciendo visible la inequidad de género que en muchas situaciones aún era invisible, y eso me abrió un panorama que me permitía mirar con otros ojos, de una manera diferente las relaciones entre los consultantes y conmigo misma también. Al paso de la formación, la atención a los distintos casos, la participación como equipo terapéutico de otros más, me llevaron poco a poco a observar no sólo la inequidad, sino también las desventajas que las premisas de género nos han heredado a hombres y mujeres. Como expusieron Mac Kune-Karrer y Weigel (2004), es posible observar que las primeras intervenciones resultaban inquietantes, (no partí de la posición tradicional), que existía cierta confusión e incluso dudas sobre cuál debería ser mi forma de actuar, lo que me posicionaba como enterada del género, sabía que no era lo adecuado, pero no decía nada en particular, sólo pensaba y me “hacían ruido” comentarios de los consultantes. Después, de una forma más segura y firme, me mostré desafiante

ante la inequidad de género, principalmente en el caso de Omar y Ana, como puede ejemplificarse en mi declaración de presentar una denuncia, la expresión de una posición polarizada; para después ir generando una posición de mayor equilibrio evidente en el caso de Noemí y Julián donde los pensamientos sobre la igualdad en derechos pero la comprensión de la desigualdad de las oportunidades se manifestaban en el contexto histórico-cultural de cada miembro de la pareja y en su propia relación; mi forma de actuar en este caso fue mucho más mesurada, cuestionando sobre la forma en que deseaban relacionarse y permitiendo que construyeran su propio compromiso con el manejo de la violencia. Esto mismo es notorio en el curso de todo el presente análisis.

Definitivamente, el trabajo con parejas violentas implica todo un reto, como Ceberio y Linares (2004) lo han expuesto. Por ello, además de presentar estas cuestiones que parecen técnicas, el presente análisis se enfoca en lo que sucede con el terapeuta que trabaja con parejas violentas. Aunque tiene cierta complejidad por el tiempo transcurrido desde la atención a las dos parejas, se cuenta con los videos de sesiones, notas y reportes de cada sesión que apoyan el siguiente análisis.

3.1.3.1 El terapeuta y las parejas violentas

Se trata de un análisis de tipo cualitativo, centrado en el método de entrevista como herramienta terapéutica y no de investigación, por lo que se estudia como un texto en el que se intenta encontrar la experiencia de la terapeuta o los terapeutas en el caso de la familia Hernández Vicencio (debido a que el trabajo clínico se realizó en coterapia) cuando trabaja con parejas violentas.

El tema principal es: *“El terapeuta en formación, una mirada a su trabajo con parejas violentas”*.

La pregunta que le da sentido a este análisis es: ¿Qué ocurre con el terapeuta que trabaja con parejas violentas?

Los objetivos son:

- * Entender desde la vivencia personal como terapeuta lo que fue la experiencia en relación al trabajo con parejas violentas.
- * Identificar aquellos elementos que se hicieron presentes en el trabajo con parejas violentas.
- * Comprender la relación que hubo entre los elementos que emergieron en mi ser terapeuta y la práctica clínica.

3.1.3.1.1 Método

El análisis se realizó tomando en cuenta las 9 sesiones de cada uno de los casos, se realizó la transcripción de algunas partes, las que son más representativas de la violencia en las parejas. Se puso especial atención en las intervenciones que hacía como terapeuta, así como en los tonos (modificación a los mismos, subía la entonación o bajaba en conjunto con los temas) los gestos corporales (como los cambios de postura o la expresión facial, particularmente levantar la ceja) las intenciones con que participaba en las sesiones (en este caso, es la misma reproducción de las sesiones las que me llevan de regreso a la emoción o cognición que experimentaba durante las mismas).

Se establecieron cuatro ejes los cuales son: alianza terapéutica, emociones negativas, postura terapéutica y autoconocimiento. A su vez se establecieron 15 categorías.

3.1.3.1.2 Ejes y categorías

El análisis me permitió dividir 4 ejes o temas cada uno con sus categorías como se grafica a continuación:

- I. Alianza terapéutica
 - ♦ Comprensión
 - ♦ Empatía
 - ♦ Aceptación
 - ♦ Esperanza
 - ♦ Respeto
- II. Emociones negativas
 - ♦ Molestia
 - ♦ Desacuerdo
 - ♦ Indignación

- ♦ Rechazo
- III. Postura terapéutica
 - ♦ Cuestionamiento
 - ♦ Curiosidad
 - ♦ Neutralidad
 - ♦ Respeto
- IV. Autoconocimiento
 - ♦ Autocontrol
 - ♦ Autorreferencia

3.1.3.1.3 Definición de categorías

Las definiciones se concretaron de acuerdo a los significados que el mismo análisis me fue procurando, por lo que no son semejantes a los que podríamos encontrar simplemente en el diccionario o en textos especializados de Psicología. Por ello, están directamente relacionados con la experiencia vivida como terapeuta en estos dos casos de parejas violentas.

Eje I Alianza terapéutica

Se refiere a aquellos elementos que generan una conexión emocional con los consultantes, logrando una sintonía emocional y entendimiento racional.

En este grupo se encuentran las siguientes categorías:

- ♦ **Comprensión:** entendimiento afectivo.
Un ejemplo es la manera de interactuar con Noemí, con la finalidad de mostrar comprensión hacia lo que ella comenta sobre cómo se siente.

N. Me sentía bien, tranquila, pero siempre había esa parte de estar sola.
L. O sea, para ti si ha sido esa parte de la soledad un punto importante Noemí
N. (asiente mientras abraza a su hijo menor)
- ♦ **Empatía:** capacidad para visualizar la situación desde la perspectiva del consultante.

T. Pues hay una parte Ana que reflexionamos con el equipo la semana antepasada después de la sesión y hay una parte del equipo que dice: es que las cosas entre Omar y Ana han estado muuuy difíciles, Ana se ha sentido violentada en muchas ocasiones por parte de Omar, ha sentido que ha sido traicionada, que ha sido engañada, que muchas de las cosas que pasaron han estado muy mal para ella.

En otro punto de la terapia...

A. Omar era un hombre muy educado, fue lo que me llamó la, muy caballeroso, o sea yo dije este hombre no me lo vuelvo a encontrar en la vida, o sea yo buscaba algo así, una persona que me escuchara, que lejos este de... yo tuviera un amigo, o sea que me impulsara a estudiar... yo lo veía ora sí que como un dios

T. Mj, tú veías que lo que tú esperabas y lo que tú querías estaba en Omar

A. Estaba en Omar

T. Mj, y ahora Ana, porque pareciera que eso, eso fue como a la entrada al noviazgo, cuando se casaron, ahora aunque las cosas han cambiado ¿qué es lo que ahí te mantiene en esta relación?

- ♦ Aceptación: aprobación hacia el consultante.

Con la familia Hernández Vicencio y ante los cambios que ellos iban gestando había aceptación hacia las nuevas pautas de relación.

J. Antes estábamos así, y no salíamos hasta que no se acabara. A lo mejor yo dentro de su juego de ella, de su forma de ser. A lo mejor, pero ya se ve diferente

L. [Pero que bueno que están saliendo adelante]

J. Si y es que como yo le digo...

También en algún momento hablando sobre la disciplina que ejercían sobre sus hijos de una manera más democrática se comentó:

L. La manera en que lo manejaste estuvo muy bien, porque no sólo funciona a manera de castigo, sino también para reflexionar en una ocasión posterior, ¡estuvo muy bien!

- ♦ Esperanza: expresión de la posibilidad de realizar el deseo de los consultantes.

Un ejemplo es cuando tenía la oportunidad de reflexionar con Omar y Ana y sus posibilidades.

T. Tendríamos que pensar un poco como de qué manera resarcir los daños que se han hecho y que le han hecho a su relación, o sea qué cosas serían importantes para ustedes hacer ahora diferente para que este amor, y esta relación que ustedes tienen en este momento, pudiera mejorar, pudiera estar más sana, más fuerte...

- ♦ Preocupación: muestra de intranquilidad o inquietud por el consultante.

En el caso de Omar y Ana, la inquietud formaba parte cotidiana de la vivencia como terapeuta y también por parte del equipo terapéutico.

T. Algo que no podemos pasar por alto y es que cuando nosotros escuchamos la palabra violación es algo que si nos alarma, que si nos preocupa porque decía el equipo pues pareciera como un poco difícil que haya sucedido algo así y que uno de los dos no se haya percatado de que la relación sexual fue espantosa y horrible para el otro.

O en el caso de Noemí, durante la última sesión:

L. También nos interesa escucharte Noemí, sobre esta decisión de ya no continuar en la relación, ¿cómo te verías tú a futuro?, ¿qué pasaría contigo, qué harías?

N. Qué haría, nada. Porque él me ha hecho sentir tan mal, me ha hecho que una de las cosas es que no valgo nada. Que no puedo seguir yo sola.

L. Y ¿crees tú que efectivamente no podrías?

N. Pues sí, me siento así como que no podría (solloza).

- ♦ Respeto: considerar lo dicho sin juicio de valor, sino como algo propio de la experiencia del otro.

En el caso de Omar y Ana, las preguntas y la actitud como terapeuta evidenciaban el respeto aunque no existiera acuerdo o aprobación ante las acciones violentas. Un ejemplo es el respeto hacia Ana.

T. Sabemos algunas cosas que nos has comentado que te ha dicho directamente o que has sabido, pero no sabemos a ciencia cierta que fue todo eso que tú

escuchaste y no sabemos tampoco si es importante que lo sepamos como para entender también el contexto de lo que pasó con X, no sé tú que piensas Ana?

A. Mj (asiente)

T. ¿Crees que sería importante platicarlo?

A. Pues sí

T. ¿O crees que no tiene ya tanto valor lo que se dice en las grabaciones?

A. Pues es que es lo que más me lastima

T. (asiente consecutivamente)

A. Lo que escuché y lo que estaba platicando Omar. La sesión pasada usted comentó algo así sobre la intimidación...

Eje II. *Emociones negativas*

Se refiere a las reacciones emocionales que emergieron en mi self de terapeuta y que de no tener cuidado suficiente, podían afectar negativamente el proceso terapéutico.

- ♦ Molestia: sensación de desagrado o incomodidad ante lo expresado por los consultantes.

Particularmente en el caso de Omar y Ana, la molestia era frecuente, un poco más evidente en la gesticulación.

O. Le comentaba todo viene a razón de que ella se toma la atribución de ir a mi lap top y escuchar una grabación que era mía. O Sea, todas las grabaciones son mías, eso es violar la privacidad de cada uno, yo no escucho sus...

T. Si coincido que es violar tu privacidad pero finalmente eso no es un delito, y del otro lado yo creo que tendríamos que preguntar qué es.

En otro momento cuando ella explicaba sobre otro episodio, también mi forma de reaccionar fue con molestia.

A. Pues esa vez me preocupó porque esa vez que llegamos a casa a Guadalajara, me forzó a tener relaciones y me dijo, los consejos de su amigo. Le dije Omar es que yo venía triste, decepcionada, de decir que voy a creer que él prefiere a sus amigos por lo que le dan, vino, marihuana, por eso los busca, pues ¿qué es lo que quiere?

T. *Eso ha vuelto a suceder, o sea pasó en esa ocasión, lo sentiste así, ¿ha vuelto a suceder?*

A. No.

- ♦ **Desacuerdo:** punto de vista diferente al expresado por el consultante.
Por ejemplo cuando Ana relató sobre el primer evento violento, Omar se defendió, la respuesta como terapeuta fue en razón del desacuerdo con el hecho.

O. *Yo si le pegué porque llegó un momento en que ya no aguanté era mucha presión*

T. *Omar, pero tú eres abogado, tú sabes, tú sabes o sea sabes cómo en que categoría está esto.*

- ♦ **Indignación:** sensación de enojo por algo que va en contra de los valores del terapeuta.

Particularmente con Omar y Ana y en el relato de los episodios de violencia, era una emoción frecuente que emergía, evidente también en la gesticulación, y en el tono de voz.

T. *Sin embargo así como regresando a este punto de la violencia, tú lo sabes, porque eres abogado que nosotros tenemos también dentro de nuestras responsabilidades éticas que cuando esto sucede nosotros tenemos que hacer también del conocimiento del ministerio público, en su debido caso que esto está sucediendo, entonces esto no ha sucedido ahorita, pero yo les quiero decir que para nosotros es importante tener la certeza de que esto no va a suceder mientras ustedes estén viniendo aquí.*

O en otro relato también.

O. *A mí ya me preocupó una ocasión que ella me dijo que yo ¡la violé!*

T. *O sea ¿esta misma ocasión, esta que tú comentaste?*

O. *[Síiiii]*

A. *Síiii*

O. *Ese día me preocupó porque...*

T. *(sin dejar de ver a Ana) [¿tú lo sentiste como una violación?]*

A. Claro, porque me forzó, me bajó las pantaletas se trepó él en mí y ¡eres mi mujer!
O. Y yo no me acuerdo que haya sido así
T. Es que, qué cosa, porque lo mismo comentábamos la vez pasada, o sea, la violencia no, o sea son situaciones que dañan que difícilmente uno puede olvidar y borrar como que nada pasó.

E incluso en otro más

T. Es que aun así Omar, aún con toda las ofensas y todas las groserías que te pudiera decir, tú hubieras podido reaccionar de otra forma y no precisamente con los golpes.

- ♦ Rechazo: sensación de oposición o desprecio.

Que se hizo evidente más con la violencia que con las personas, pero que es una emoción también presente.

T. La intención es saber, cómo puede Ana garantizar que esto no va a volver a suceder. Pareciera que hay muchas cosas que molestan y que enojan, no, pero la verdad es que no hay una justificación para que la violencia suceda entonces me dicen bueno, Omar qué estaría dispuesto

O [estoy en la...]

T. ... a hacer para garantizarle a Ana que esto no va a volver a ocurrir?

Eje III. *Postura terapéutica*

Aquí se agruparon aquellas categorías que denotan las habilidades terapéuticas externas, internas y de colaboración con los consultantes.

- ♦ Cuestionamiento: poner en duda lo dicho o hecho por el, la o los consultantes.

En el caso de Ana y Omar se presentó en diversos momentos.

O. En mi caso yo prefiero salirme, ya no le hago caso a lo que está diciendo de palabras, hago como que no le escucho y me salgo. Precisamente evitando que yo caiga en eso porque ella está intentando hacer eso, yo pienso porque ella nada más me está provocando.

T. O sea ¿tú piensas que ella lo que te reclama es para que tú la golpees?

O. Siiii, yo pienso, ¡¡de repente!!

En el caso de Noemí y Julián, se cuestiona también.

L. Eso quiere decir Noemí que tú ¿no estarías de acuerdo en que los niños se fueran con Julián, o sí estarías de acuerdo?

N. No. Mm (mueve la cabeza negativamente).

B. Y ¿no estarías de acuerdo aún a sabiendas de que tú te sientes que no ves los recursos que puedas tener?

N. (Asiente), pues sí.

- ♦ **Curiosidad:** Deseo genuino por conocer lo que piensa o siente el consultante.

En el caso de Noemí y Julián, un ejemplo sería el siguiente.

L. Es que justo eso les quería preguntar, porque parece que en todos hay una reacción, pero ¿cómo son esas peleas, hay gritos, insultos, golpes, cómo son esas peleas, hasta dónde llega?

N. Pues sí un poco de todo

- ♦ **Neutralidad:** Evitar tomar partido por alguno de los miembros de la pareja, sus ideas, acciones o postura en general.

Con Noemí y con Julián, se realizó un ejercicio, en el cual se mantuvo la neutralidad como parte de la intervención.

N. Pensando en esta relación, ustedes como pareja, quisiéramos hacer un ejercicio, ahí sentados, se miraran a los ojos y fueran capaces de decirse que el uno, le importa al otro, y al revés que al otro le importa uno.

J. Bueno yo, no sé si lo sepas, o lo sientas, pero yo...

En el caso de Ana y Omar, había que hacerlo más explícito.

O. Es que como usted dice, la violencia, no. Hace un rato oía yo, es que él es violento porque me pega, pero también hay violencia pasiva no, aquel que dice no te hablo, eso también es violencia.

T. Pues justo nosotros pensamos que no sólo es de un lado nada más, sino que ya es un juego y un círculo en el que ustedes están ahorita.

Y también en otro momento.

T. Y la cosa es que tendríamos que pensar lo que les decía en principio, les decía en un principio, o sea finalmente no se trata de ver quién tiene la verdad ni quién no, sino que ésta es la parte que a lo mejor Ana vivió y que ella cree y que le ha dolido todo este tiempo.

- ♦ Respeto: considerar lo dicho sin juicio de valor, sino como algo propio de la experiencia del otro.

En el caso de Ana y Omar, un ejemplo del respeto sería en el siguiente ejemplo en donde se tocaron puntos sensibles para Ana.

L. Sabemos algunas cosas que nos has comentado que te ha dicho directamente o que has sabido, pero no sabemos a ciencia cierta que fue todo eso que tú escuchaste y no sabemos tampoco si es importante que lo sepamos como para entender también el contexto de lo que pasó con X, no sé tú que piensas Ana?

A. Mj (asiente)

T. ¿Crees que sería importante platicarlo?

A. pues sí

T. ¿O crees que no tiene ya tanto valor lo que se dice en las grabaciones?

Eje IV. *Autoconocimiento*

Aquí agrupé los elementos que reflejan de manera particular el uso de la persona del terapeuta con fines terapéuticos o bien, sus emociones y experiencia personal durante las sesiones. Estos fueron mucho menos explícitos.

- ♦ Autocontrol: capacidad de controlar las emociones que emergen en la sesión evitando su influencia negativa.

Con Ana y después de los relatos violentos, un momento de autocontrol fue:

A. Pues esa vez me preocupó porque esa vez que llegamos a casa a Guadalajara, me forzó a tener relaciones y me dijo, los consejos d su amigo. Le dije Omar es que yo venía triste decepcionada, de decir que voy a creer que ¿él prefiere a sus amigos por lo que le dan, vino, marihuana, por eso los busca, pues que es lo que quiere?

T. Eso ha vuelto a suceder, o sea pasó en esa ocasión, lo sentiste así, ¿ha vuelto a suceder?

O cuando comentaron de la violencia la primera vez. La primera intervención refleja molestia y la segunda autocontrol.

T. Es que aun así Omar, aún con toda las ofensas y todas las groserías que te pudiera decir, tú hubieras podido reaccionar de otra forma y no precisamente con los golpes.

O. Tiene razón

T. Entonces aquí la intención es esa, o sea, saber qué acción tomarías tú en un momento similar a ese u otro diferente para evitar la violencia

- ♦ Autorreferencia: uso de la historia o experiencias personales del terapeuta con fines terapéuticos.

Tampoco fue muy usual, pero en el caso de Ana y Omar si hubo autorreferencia.

T. Es que tendríamos que pensar que son dos cosas, no, por un lado es tu relación con él como pareja, como mujer y hombre, y tu relación con él como padres que son del mismo hijo. Y bueno, tu hijo está ahí, no, y si, comparto contigo esta experiencia de no tener papá o de no crecer con un papá y decir yo no quiero que mi hijo crezca igual, no.

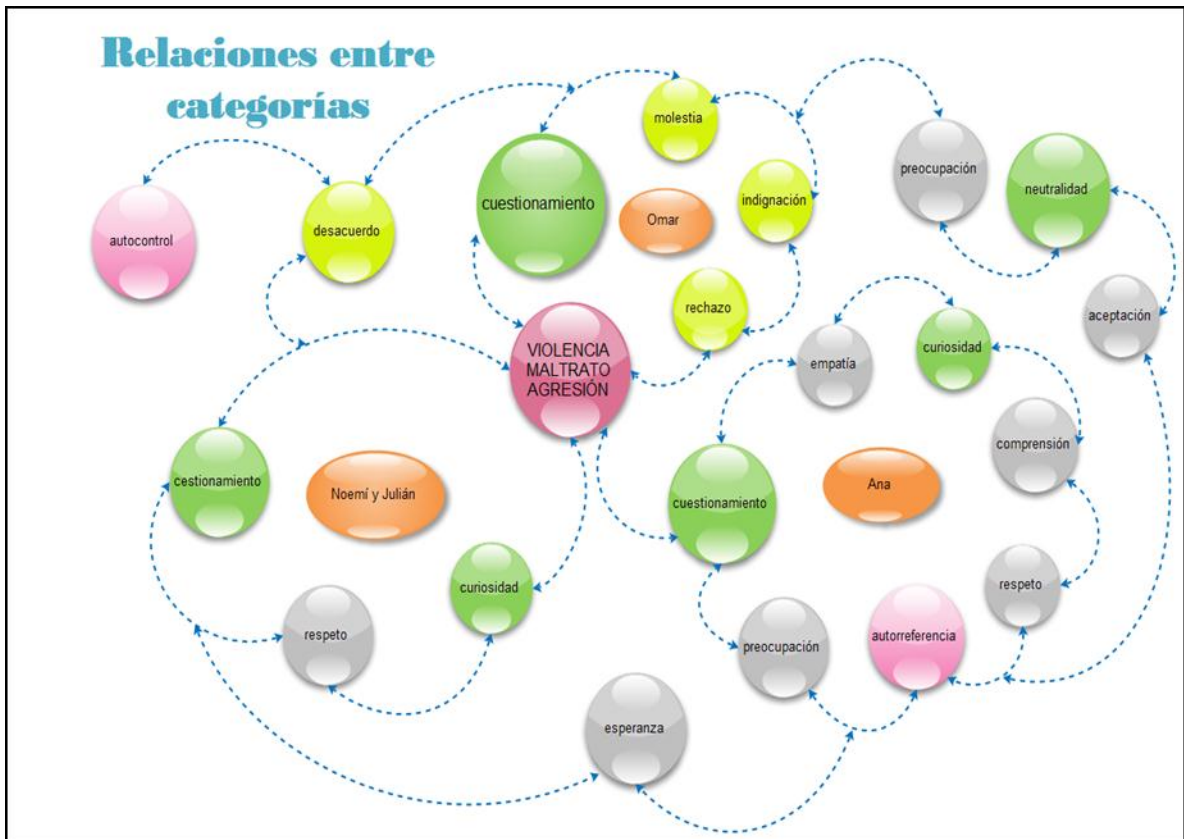


*Ejes de análisis y categorías.

3.1.3.1.4 Relaciones entre categorías

Al realizar el análisis de los ejes me pareció que había una asimetría marcada en la presencia de las distintas categorías, por ello, elaboré un mapa en el que se puede observar con qué personas se presentaban las categorías así como cuáles se conectaban entre ellas dentro del mismo diálogo terapéutico.

El siguiente cuadro muestra las relaciones que pude identificar entre las diversas categorías.



- Relaciones entre las categorías establecidas

Respecto de los ejes, las emociones negativas las experimentaba más en relación con los agresores de las parejas (indistintamente si fuera hombre o mujer), mientras que las categorías del eje de alianza terapéutica emergían mucho más con la parte agredida. La postura terapéutica podía sentirla de forma variable, tanto con quien ejercía violencia, como con quien era objeto de ella. Y desde luego, las categorías del eje de autoconocimiento fueron variables, aunque con mayor frecuencia debía hacer uso del autocontrol con el agresor y la posibilidad de autorreferencia me fue posible con la otra parte.

En ambos casos de análisis tanto hombres como mujeres de la pareja eran en algunos momentos violentados y violentos, aunque particularmente, en el caso de Ana y Omar, Omar se mostraba principalmente violento y Ana respondía con agresión o sumisión en situaciones de riesgo. En el caso de Noemí y Julián la

violencia parecía ejercerla más Noemí aunque también con una respuesta violenta de Julián. Por ello es que las categorías no se muestran de forma exclusiva con uno de los miembros de la pareja. Sin embargo, en el caso de Omar sí llevé a cabo un cuestionamiento mucho más continuo hacia el nivel de contenido y el de relación de la comunicación.

Particularmente en las interacciones con Omar, las categorías respecto de lo que pasaba entre él y mi persona como terapeuta destacan las emociones negativas.

Cuando el tema de la violencia se hacía presente, yo cuestionaba los hechos, las acciones, los pensamientos. En la comunicación era evidente la molestia y el desacuerdo, incluso en algunos momentos la indignación que me producía el relato de Omar y nuevamente cuestionamiento, pero también en la búsqueda de llevar la situación dentro de los límites terapéuticos manifestaba empatía, y pocas veces aceptación. La empatía apareció en algunos momentos cuando Omar podía hacer contacto con su experiencia de niño golpeado lo que a su vez me permitía conectarme con él en un nivel de mayor comprensión a su experiencia.

Con Ana, eran mucho más evidentes las categorías del eje de alianza terapéutica y aunque el cuestionamiento estaba presente se acompañaba más por la empatía y no por la molestia como en el caso de Omar.

El patrón común de mi trabajo de terapeuta con Ana era un cuestionamiento con empatía, curiosidad, respeto, comprensión. En algunos momentos también podía sentir un poco de molestia pero no de la misma manera que con Omar. La preocupación por Ana emergía en varios momentos terapéuticos.

La preocupación, la neutralidad y la aceptación solía experimentarlos cuando se trataba del cuidado de su relación y no tanto en referencia a uno de los miembros de la pareja.

Por su parte, con la pareja de Noemí y Julián no hubo una tendencia tan clara como en el primer caso. Parecía, a lo largo de las sesiones de trabajo (exceptuando la número 9), que la violencia era principalmente ejercida por Noemí y sin embargo, la experiencia en el trabajo con ellos fue muy distinta, sentía mucha más

curiosidad, les cuestionaba a ambos miembros de la pareja sus acciones, me era mucho más sencillo mostrar neutralidad y respetar las visiones y expresiones de cada uno de ellos. Esto no implicó que en algunos momentos no tuviera que hacer uso de mi autocontrol, sobretodo en momentos en los que Noemí se mostraba francamente desvalida, o en que Julián responsabilizaba a Noemí de todos los problemas familiares.

También se presentaba el desacuerdo como un elemento común ante la violencia, pero experimentaba esperanza ante las modificaciones que iban construyendo, así como aceptación hacia las mismas.

Pienso que la diferencia entre un caso y otra radica por un lado en lo distintos que eran los miembros de cada pareja, la desigualdad tan marcada que veía yo en la de Omar y Ana y en cierta simetría en la de Noemí y Julián. Por otro lado, algo que influyó en que mi experiencia fuera tan diferente fue mi propio proceso de formación dentro de la Residencia, un semestre más en el caso de Noemí y Julián me permitió integrar de forma mucho más equilibrada lo teórico y lo práctico, lo personal y lo profesional. Y finalmente también pienso que el estilo de supervisión en cada uno de los casos me permitió colaborar con los consultantes desde visiones diversas. En conjunto, los dos modelos de supervisión me han enriquecido con un panorama mucho más amplio acerca de la violencia en las parejas.

Un aspecto que es notorio en el manejo terapéutico es que invariablemente durante el cierre de las sesiones se observan mucho más categorías de comprensión, empatía y neutralidad.

3.1.3.1.5 Discusión

Las intervenciones que se realizaron en los dos casos de análisis pueden entenderse desde distintos enfoques o modelos terapéuticos. Particularmente la perspectiva de género en Terapia Familiar le da un sentido amplio al trabajo desde el que se trabajaron aspectos como los que mencionan Goldner y cols. (1990), que se refieren al hecho de explorar los significados que tiene para los hombres y las mujeres las relaciones violentas. Comprender a cada uno de los miembros de la

pareja desde su propia historia y dar pasos hacia la deconstrucción de las premisas que subyacen a la violencia.

También, como presentaron Maldonado y Auron (1999), un trabajo particular fue el que se realizó con los distintos lentes, tener la mirada del ejercicio del poder y del dominio en el que particularmente, quienes eran violentados no tenían la capacidad de ejercer resistencia. Desde el segundo lente, me permitió observar la influencia de la cultura patriarcal y efectivamente, en el caso de los hombres de ambos casos que podían realizar un análisis racional de su propia situación, mientras que las mujeres se encontraban más ocupadas en la relación y en los lazos familiares que no deseaban o temían perder.

Finalmente desde la mirada de estos mismos autores, y el trabajo en ambos casos, la inclusión de su vivencia en sus familias de origen (que Maldonado y Auron, 1999, denominan el ecosistema de aprendizaje social y que Goldner y cols., 1990, presentaron como parte de la investigación de las familias donde hay violencia), así como también las ideas que cada uno tenía sobre la violencia y aunque no se habló de todas las instituciones que legitimaban la violencia en su experiencia, se tocaron temas de la familia y la sociedad.

En el aspecto del terapeuta, como ya mencionaban Torres, Rodríguez y Desatnik (2012), emergen muchas emociones, valores, creencias en el trabajo con parejas, particularmente en las parejas violentas se pueden observar según la clasificación de las autoras emociones como: esperanza y empatía, aunque aquí ambas se presentan como elementos de la alianza terapéutica. Torres y colaboradoras, también especificaron como parte de las creencias la identificación y aunque en este caso no aparece, si puede estar muy relacionado con la autorreferencia, pues cuando hice uso de la misma, el comentario fue “comparto contigo”, existiendo una identificación en la parte de las ideas y experiencia de vida.

Dentro de lo que mencionan en su investigación Torres y cols., los valores que más se encuentran presentes son el respeto, compromiso y validación, seguidos de neutralidad y horizontalidad. En los casos analizados se pudo notar de manera

importante el respeto, así como la neutralidad aunque en algunos momentos como un recurso para no perder la línea de intervención terapéutica.

En la investigación cualitativa realizada por las autoras Torres, Rodríguez y Desatnik (2013), también aparecen elementos como neutralidad, respeto y empatía, como parte de los valores que marcan el trabajo del terapeuta sistémico. Así mismo la molestia se presentó en su investigación como una respuesta ante las situaciones donde los miembros de la pareja actúan de forma muy distinta a los valores del terapeuta, y justamente hacían énfasis en el caso de la violencia.

También expresaron en esta investigación cualitativa que el terapeuta en su trabajo con parejas va construyendo valores que emergen durante la terapia, que se mantienen en su vida personal y que de manera circular alimentan y promueven su práctica terapéutica y estos valores son principalmente: respeto, validación, neutralidad y empatía. Estos en general son los mismos que he encontrado en el presente análisis. Las autoras dicen que la neutralidad, la autorreferencia y las expectativas de la pareja le dan sentido al trabajo que se desarrolla en la terapia, yo añadiría bajo la perspectiva de este documento, que las características relacionales de los consultantes también influyen en la forma en que trabajamos con ellos.

Una aportación que puedo destacar de este análisis es que cuando nos enfrentamos como terapeutas a parejas que viven con violencia, solemos experimentar emociones negativas con el agresor, si no las identificamos y ponemos en práctica nuestras habilidades terapéuticas, pueden obstaculizar el proceso terapéutico. Y de forma inversa, con la persona que es violentada podemos experimentar empatía, comprensión, aceptación e incluso deseos de proteger a quien sufre, si no los identificamos podemos tender a victimizar a la persona y obstaculizar el proceso en el que debe hacerse responsable de su autoprotección y cuidado.

Algunos elementos que puedo advertir más con las relaciones que con los miembros de la pareja son la preocupación, la neutralidad, la esperanza (o desesperanza), el desacuerdo y el autocontrol. Me parece que esto es debido a que

principalmente forman parte del eje de alianza terapéutica, nuestra herramienta básica como terapeutas.

Una situación que me parece muy clara es la necesidad de mostrarme empática con ambos miembros de la pareja, neutral, dar validez a la mirada de cada uno de ellos, respetar el punto de vista, aunque desde luego cuestionando la violencia y las ideas que están alrededor de ella. También como terapeuta que trabaja con parejas violentas debo estar en contacto continuo con lo que siento y pienso de manera personal sobre el tema y sobre los consultantes también, ya que no tomarlas en cuenta podría hacer que el proceso terapéutico se desvirtuara en función de las mismas.

Como expuse en el análisis, como terapeuta debo estar alerta de mis premisas sobre la violencia, así como conocer las premisas que de ella tienen los consultantes, violento y violentado, conocer la forma en que sucede particularmente en su relación y establecer su posición de manera clara en la que pueda integrar los conocimientos teóricos con mi propia experiencia para el logro de los objetivos terapéuticos.

El análisis me permitió dar una mirada a lo que pasa con el terapeuta en formación, con mi ser terapeuta, ha sido enriquecedor acercarme desde este punto de vista a la terapia, pero considero que sería más rico si este mismo tema pudiera extenderse a otros terapeutas. Creo que podría ser en dos vertientes, la primera, enfocada a terapeutas en formación y su proceso formativo con situaciones como esta de violencia. La segunda con terapeutas que tienen mayor experiencia. Creo que en el caso de este segundo panorama podría indicarnos cuál es el camino a seguir en la formación de los terapeutas para lograr el desarrollo de las habilidades, la identificación de sus emociones y elementos que se presentan en situaciones de parejas violentas.

3.2 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico

El Sistema Terapéutico está integrado por el terapeuta responsable del caso y el sistema familiar (o individuo consultante), el Sistema de Supervisión es el grupo de terapeutas que forman un equipo en la atención a los distintos casos clínicos, en general, lo podemos identificar formado por el grupo de terapeutas que acompañan al terapeuta responsable del caso en el proceso y que intervienen de forma indirecta con ideas, sugerencias y retroalimentación al terapeuta y el supervisor quien goza de amplia experiencia clínica y cualidades específicas que apoyan el aprendizaje y desarrollo de los terapeutas en formación. Cuando se habla del Sistema Terapéutico Total se integra el Sistema Terapéutico y el Sistema de Supervisión.

El Sistema Terapéutico Total tiene por finalidad la construcción de un proceso de aprendizaje de todos los que participan en él. En específico, los aprendizajes y el desarrollo necesario en los terapeutas en formación para la práctica clínica. La supervisión es el método para ello.

La supervisión ha sido empleada a través del tiempo por diversas corrientes teóricas, como lo explican Montalvo y Espinosa (2011), el psicoanálisis, el conductismo, la gestalt o la sistémica, bajo diferentes características y modelos. En particular, en la FES Iztacala, se realiza una supervisión de integración, con una postura ecléctica según las necesidades del caso que se atiende y con la suficiente apertura teórica para ello.

La supervisión se entiende como “un espacio de reflexión e integración teórico, técnico y metodológico en el que el supervisor facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, ayuda al equipo a integrar y/o priorizar cuál de estas visiones podría ser útil para trabajar conjuntamente en la resolución del problema que presenta la familia, sin descuidar a la persona del terapeuta en su trabajo clínico” (Troya y Aurón, 1988, citado en Desatnik, Franklin y Rubli, 2002)

Montalvo y Espinosa (2011) mencionan que la supervisión puede ser directa, se realiza en vivo y en algunos casos con cámara Gesell, ahí el supervisor se comunica con el terapeuta vía telefónica haciendo llegar sus comentarios y sugerencias en el momento de la sesión; en algunos otros, si no se cuenta con cámara Gesell, se acomoda el terapeuta frente a la familia y atrás de ella, el equipo de supervisión. La supervisión también puede ser indirecta, a través de la relatoría de la sesión o de la revisión de la videograbación realizada durante la misma.

En el programa de la FES Iztacala, la supervisión es directa en sus distintos escenarios, cada uno con sus particularidades. En el curso de la formación en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala, la supervisión que se realizó fue en vivo, contando con diversas metodologías. En la clínica de la FESI, se contó con cámara Gesell, comunicación telefónica de una sala a la otra y el sistema de supervisión detrás del espejo. Esta supervisión permitió cierto grado de autonomía en nosotros como terapeutas en formación, pues éramos capaces de dar pasos en la práctica terapéutica y a la vez tener el apoyo del sistema de supervisión cuando fuera necesario.

En la Clínica Familiar Tlalnepantla del ISSSTE, la supervisión sucedió también de forma directa, sin embargo, ahí no se contaba con cámara Gesell, por lo que el Sistema Terapéutico y el Sistema de Supervisión estaban en la misma sala. Este tipo de supervisión nos permitió el desarrollo de habilidades distintas, pues a la vez que tuvimos la oportunidad de poner en práctica nuestras habilidades clínicas, estábamos también mucho más expuestos a lo que sucedía, pensaban e incluso en algunos momentos sentía el sistema terapéutico. Por ejemplo, cuando el consultante narraba alguna situación complicada de su historia, el sistema terapéutico podía evidenciar a través de gestos faciales o corporales ciertas reacciones, que quedaban descubiertas para el terapeuta. Algunos indicios, nos sirvieron para empatizar con el consultante desde diversas visiones y no sólo con la propia. Las preguntas u observaciones del sistema de supervisión eran escritas en un pizarrón, leídas por el terapeuta y utilizadas como considerábamos que era mejor hacerlo.

Finalmente en el CCH Azcapotzalco, la supervisión fue similar a la que realizamos en la Clínica del ISSSTE, aunque con la modalidad de que las preguntas o intervenciones que tenía el Sistema de Supervisión eran enviados de manera escrita al terapeuta a cargo. El hecho de que la comunicación fuera así, nos permitía disponer de los recursos que ofrecía el Sistema de Supervisión a un ritmo propio, o al ritmo de la familia o consultante con el que trabajábamos, también ofrecía la posibilidad de rescatar información postsesión con las intervenciones escritas, así como integrar de una forma mucho más personal las intervenciones durante la sesión o a lo largo de varias sesiones.

Respecto a estas prácticas supervisadas que corresponden a este programa de formación, formar parte del Equipo Terapéutico Total representó una oportunidad de enriquecimiento en diversos niveles. Por un lado, consolidamos los aprendizajes y la experiencia de tener pacientes a nuestro cargo, ahora con mayor conocimiento de modelos teóricos. Realizar la entrevista clínica, recoger la información que nos permitió elaborar hipótesis y que a su vez nos daba la pauta para planear e ir interviniendo en beneficio de los objetivos terapéuticos; todo ellos empezó a ser parte de nuestro que hacer constante en las sesiones. Planear y llevar a cabo las sesiones, con todo lo que implicaba, incluso con la flexibilidad de dar prioridad a las necesidades de los consultantes más que a la planeación o diseño de la sesión que se hubiera hecho con anterioridad. Evaluar el caso, cerrar el proceso terapéutico y dar seguimiento. Desde luego todas ellas, fueron actividades retroalimentadas y guiadas por el supervisor y por el equipo terapéutico.

Estar ahí, con el consultante o consultantes, me permitió observarme y reconocirme aún más, mis cualidades, mis áreas de oportunidad y cuestiones internas que suceden en mí cuando trabajo con el dolor y el sufrimiento de otros seres humanos, cuando las situaciones que traen los consultantes son situaciones que yo misma he vivido y que resolví de cierta forma o dejé sin resolver. Pareciera que se gesta un proceso de meta-análisis a partir de la experiencia con los consultantes, que no debe ser desatendida ni ser tratada como poco importante.

Por otro lado, formar parte del equipo terapéutico, también me permitió enriquecerme con la variedad de aprendizajes que me ofrecieron mis compañeros, el terapeuta a cargo y quienes formamos parte del equipo de supervisión, desde luego, la invaluable experiencia del supervisor, los consultantes con sus múltiples visiones de la realidad más mis propias experiencias y premisas de la realidad personal y de la realidad terapéutica.

Es importante reconocer cómo se fueron generando cambios en la persona que era al principio de la formación en el programa de maestría y lo que fui incorporando, modificando, reinventando en mi propia persona, en mi propio ser terapeuta. Desde la falta de conocimientos específicos sobre los modelos, la puesta en práctica de muchos conceptos y perspectivas teóricas, hasta tener la capacidad de observar mi vida y la de quienes me rodean no desde una visión distinta, sino desde varias visiones diferentes y con la seguridad de que aún existen más. Abrir mi mente para mi vida, innegablemente me llevó a abrir la mente para la terapia, me di cuenta que las posibilidades son infinitas y se limitan de acuerdo a las personas que colaboramos en el proceso terapéutico a través de nuestras premisas sobre lo que es y lo que debe ser.

El Sistema Terapéutico Total funciona como una red compleja de información en donde lo que cada uno hace enriquece a los demás y ese enriquecimiento nos lleva conjuntamente, pero de forma individual a un nivel diferente de aprendizajes, en el que todos volvemos a influirnos y a enriquecernos como equipo y como individuos y nos permite nuevamente avanzar, como en un espiral ascendente que no tiene principio ni fin. Tal vez, desde la mirada de la cibernética de segundo orden, aquí yace parte de la esencia, pero otra yace en el cambio que genera en el terapeuta, pues al ser parte del sistema terapéutico total influye en lo que sucede en terapia, esté en el cubículo con los consultantes o no, pero también es influido por lo que ahí sucede, en el cubículo, con los consultantes, o en la sala del equipo de supervisión. De cualquier forma el cambio ocurre de forma circular.

Hoy por hoy, tengo claro que el Sistema Terapéutico Total cumple por mucho la función de instrucción, formación y colaboración en el proceso de aprendizaje del

terapeuta, pues pienso que constituye el factor más importante de las reflexiones que surgen en el ser terapeuta y en el hacer terapia.

3.3. Habilidades de Investigación

Durante el primer y segundo semestres llevamos a cabo una investigación sobre la persona del terapeuta. La primera de corte cuantitativo, de la que también se desprendió otra investigación de corte cualitativo.

Ambas se elaboraron en colaboración con María Fernanda Rodríguez Abello, compañera de la residencia y la asesoría continua de la Mtra. Ofelia Desatnik.

Las investigaciones realizadas se llevaron a cabo dentro del programa de Maestría en Psicología de la UNAM, la primera, de corte cuantitativo, tomando como población a los estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala y los de Ciudad Universitaria. La segunda, de tipo cualitativo, se llevó a cabo con un terapeuta en formación de la FES Iztacala, también del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

La investigación es una actividad de gran entrega, implica compromiso, colaboración, voluntad, pero también, es todo un logro lleno de aprendizajes en diversos ámbitos. Desde el proceso de formularse un problema, una interrogante sobre un tema de interés, construir hipótesis, buscar información al respecto, elaborar instrumentos, si es necesario, analizar la información y obtener resultados y finalmente comprobar o no las hipótesis hechas. Pero el trabajo no termina ahí, pues implica de forma profesional una profunda reflexión sobre el trabajo llevado a cabo.

En lo personal, obtener resultados de la investigación cuantitativa hizo que surgieran muchas más preguntas sobre el tema, motivo por el que formulamos la investigación cualitativa sobre el mismo tema, con la intención de ampliar nuestra visión y profundizar en la experiencia del terapeuta en formación. La investigación cualitativa me permitió tener un distinto acercamiento con el conocimiento, particularmente en el caso de la Terapia Familiar Sistémica, pues me ofreció la posibilidad de acercarme a la investigación desde un ámbito mucho más

comprensivo y reflexivo de la complejidad de las emociones y los sentimientos de las personas con las que trabajamos como terapeutas. Así también en la cuestión del método, la teoría es sumamente atractiva y aunque tiene mucha complejidad me ha satisfecho particularmente el trabajo con análisis de textos terapéuticos (entrevistas).

Debo decir que la experiencia fue por demás ardua, pero igualmente satisfactoria.

3.3.1. Reporte de investigaciones

Las investigaciones se realizaron durante el primer año de formación de la Maestría en Psicología, es decir, semestre 2012-1 y 2012-2. Los resultados fueron presentados en Congresos Nacionales e Internacionales y contaron con el apoyo de nuestra tutora y las autoridades de los eventos en los que los presentamos.

3.3.1.1. Metodología cuantitativa

La investigación se llamó “UNA PERSPECTIVA SOBRE EL TERAPEUTA: EMOCIONES, CREENCIAS Y VALORES QUE EMERGEN EN SU TRABAJO CON PAREJAS”.

A continuación presento el resumen, el método utilizado y los resultados obtenidos en esta investigación.

Resumen

El presente informe de investigación tiene como objetivo describir cuáles y con qué frecuencia se presentan las emociones, creencias y valores en terapeutas en formación al intervenir con parejas. Para esto se contó con una población de 53 psicólogos que formaban parte de la comunidad estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de México en dos de sus sedes: Ciudad Universitaria y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; ellos se encontraban cursando la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar o el Diplomado de Pareja. La hipótesis que atraviesa esta investigación, es que existe diferencia entre las emociones, creencias y valores, en cuanto a la frecuencia en que se presentan en los terapeutas. Entre las emociones encontradas las de mayor frecuencia fueron empatía, esperanza y tranquilidad; entre las creencias las más frecuentes son

entusiasmo, empatía cognitiva y conocimientos y teorías; entre los valores, los más frecuentes fueron el respeto, compromiso y validación. Como resultado de la investigación, se encontró que sí hay diferencia entre las frecuencias de las 3 dimensiones.

Método

Los participantes de la investigación fueron 53 psicólogos, de los cuales 28 eran terapeutas de familiares (18 psicólogos de la FES Iztacala y 10 psicólogos de la Facultad de Psicología en CU, todos ellos se encontraban en el momento de la investigación, realizando la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar) y 25 terapeutas de pareja quienes se encontraban realizando el Diplomado de Parejas en la FESI. Todos los terapeutas fueron población estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para la recolección de información se diseñó un cuestionario con 32 reactivos, los cuales estaban agrupados en 3 escalas para responder a cada uno de los conceptos a investigar. En el cuestionario, cada uno de los ítems era una emoción, creencia o valor y haciendo uso de una escala tipo Likert, (Hernández, 2006) se le pidió a los participantes que marcaran la frecuencia con que los reactivos se presentaban en ellos durante sus intervenciones con parejas a nivel de terapia. Las opciones de la escala Likert fueron nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre en una puntuación de 1 a 5.

Resultados

La población de estudio estuvo conformada por 53 terapeutas en formación, el 86.8% fueron mujeres y el 13.2% hombres. El estado civil que presentaron fue de 66% solteros, 28.3% casados, 1.9% separados y el 3.8% que vivían en unión libre. El 52.8% de los terapeutas estaban en formación en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, de los cuales, 34% se encontraban estudiando en la FES Iztacala y 18.9% en Ciudad Universitaria y, el 47.2% eran terapeutas en formación del Diplomado de Parejas que ofrece la FES Iztacala. La edad se encontró en un rango entre los 22 y los 60 años de edad con una media de 32.26

años. El tiempo de ejercicio profesional también se encontró en un amplio rango desde sin experiencia profesional hasta 30 años de experiencia, con una media de 5.15 años.

Los primeros resultados de la investigación, indicaron que las emociones fueron las que se presentan con más frecuencia en los participantes en relación con las creencias y los valores; es posible que este resultado tuviera que ver con la tradición en la formación sistémica, ya que al hacer especial énfasis en la relación terapéutica y la formación de la alianza como lo veremos más adelante, el programa de formación de terapeutas familiares de la UNAM entrena a sus terapeutas para que se conecten con el paciente de tal manera que los mensajes que se den, estén acordes a la visión del mundo de quien consulta y para que esto sea posible, necesariamente debe haber una conexión emocional.

También es posible que estos atributos hayan sido los más frecuentes porque la escala de emociones estaba compuesta por dos ítems más (12) que las otras dos (10 cada una).

Los resultados de la investigación mostraron que efectivamente hay diferencias significativas en los atributos de las tres escalas evaluadas. Los datos obtenidos en el análisis más específico en cada uno de los ítems explican cómo los valores son los que se encuentran más presentes en los terapeutas, mientras que las emociones y las creencias se presentan con frecuencias menores y en rangos más amplios pero consistentes.

Es posible que este primer hallazgo tenga que ver con el contexto mexicano, ya que culturalmente se ha hecho énfasis en la formación en valores y en la amabilidad del trato hacia la otra persona; pensando en la crianza, el mexicano es instruido para respetar y en ocasiones valorar más al otro que a sí mismo, por lo que hay una gran preocupación porque la otra persona se sienta cómoda y a gusto y de las tres dimensiones trabajadas en esta investigación, los valores son los que dejan ver más explícitamente el trato con el otro, mientras que las emociones y las creencias, si bien tienen un componente relacional, tienen que ver más con lo intrapersonal, con la experiencia interior del terapeuta.

Después de este análisis global de los resultados de la investigación, el punto central es lo que la literatura ha dicho acerca de las emociones, creencias y valores del terapeuta, ya que varios autores han realizado propuestas acerca de las características del terapeuta sistémico

Rogers (1957, citado en Garrido y Espina, 2007) en su momento expuso las cualidades que debería tener el terapeuta, destacando entre las más importantes: 1) ser genuino, congruente, auténtico e integrado y que en la relación humana fuera libre y él mismo, 2) tener una experiencia positiva incondicional del cliente, es decir aceptar cada aspecto de la experiencia del mismo, 3) empatía, que consiste en sentir el mundo del otro como propio, 4) que el paciente perciba esas cualidades del terapeuta.

El primer punto que mencionó Rogers se puede relacionar con el reactivo denominado no indiferencia, ya que cuando el terapeuta se permite ser espontáneo en la relación con el otro, quiere decir que se ha compenetrado con su paciente y por lo tanto le interesa lo que suceda con éste; la indiferencia fue una de las creencias que puntuó más bajo, por ser poco frecuente en los terapeutas, lo que indica que se interesan por las personas con las que están trabajando.

El segundo punto mencionado por Rogers tiene que ver con la aceptación del paciente y por lo tanto su validación; en el instrumento aplicado se puntuó la invalidación como una característica poco frecuente en el terapeuta, lo que también se ajusta a lo propuesto por Rogers, ya que los terapeutas se encuentran en postura de reconocimiento de su paciente y no de descalificarlo o invalidarlo.

El tercer punto trabajado por Rogers hace referencia a la empatía, elemento que puntuó como muy frecuente tanto en las emociones como en las creencias, lo que lo convierte en un elemento importantísimo para la relación terapéutica y los psicólogos lo perciben como algo esencialmente presente en la intervención con parejas.

Varios autores han trabajado el concepto de empatía, ya que se considera esencial para poder formar el vínculo o alianza terapéutica; Altimir (2010) consideró la

empatía como uno de los factores facilitadores de la alianza terapéutica, y agregó que es una de las actitudes que asume el terapeuta; por otro lado Boscolo y Bertrando (2008) mencionaban que hay múltiples definiciones de empatía realizadas por diversos autores y ellos la presentaron como ver el mundo de la manera en la que el otro lo ve, estando en disposición de advertir sus sentimientos a la vez que se le comunica interés y preocupación absteniéndose de juzgar.

Marshal y cols. (1982), describieron 9 características que debería poseer el terapeuta: empatía, capacidad de preguntar, ser genuino, respeto, asistencia, capacidad de reflexionar sobre los sentimientos, confrontación, concreción e inmediatez. Este autor retomó los elementos anteriormente trabajados e introdujo uno nuevo que resultó ser importante para nuestra investigación: el respeto. Este valor, junto con el compromiso; está presente con una alta frecuencia entre los terapeutas y Altimir (2010) también lo ha incluido entre los elementos facilitadores para generar la alianza terapéutica; siendo así podemos concluir que el respeto es uno de los valores más importantes para los terapeutas y es considerado a nivel teórico como un elemento importante para la creación y el mantenimiento de la relación terapéutica entre el psicólogo y el paciente.

En su investigación, Altimir (2010) concluyó que hay elementos facilitadores y obstaculizadores de la alianza terapéutica; entre los facilitadores (además de los ya mencionados) aparecieron la curiosidad, calidez, la motivación del paciente, la claridad que tenga de la terapia y el motivo de consulta y un nivel de compromiso que permitía el buen desarrollo de la terapia.

De los elementos que mencionó Altimir, en la presente investigación aparecieron como importantes el compromiso como un valor frecuente y por lo tanto la falta de compromiso como un valor poco frecuente, de manera que entre los terapeutas es importante generar conexión terapéutica teniendo en cuenta el compromiso

Haley (1963, citado por Boscolo y Bertrando, 2008) había hecho un fuerte énfasis en la verticalidad de la terapia, ya que para él resulta importante que el terapeuta conserve su postura de poder y desde allí influye en el paciente. Boscolo y Bertrando (2008) postularon que el poder es importante para el terapeuta, ya que

es a éste a quien le compete la definición de reglas y es el mismo contexto el que le otorga y le exige el manejo de ese poder.

El valor de la verticalidad, que tiene que ver con la jerarquía y el manejo del poder por parte del terapeuta, fue señalado por los participantes de la investigación como medianamente frecuente, es decir que si bien asumen una postura de poder para intervenir con las parejas, de una u otra manera también asumen la posición horizontal.

Altimir (2010) señaló que como parte de la intervención, el terapeuta utiliza su subjetividad en función de la relación con el paciente y a su vez, hace uso de las nociones teóricas comprensivas, es decir que en coherencia con los resultados de la investigación, los psicólogos necesariamente deben hacer uso de los conocimientos que tienen y de su formación como terapeutas; es por ello que una de las creencias que puntuó como muy frecuente, es la de conocimientos/teorías, en el llamado al conocimiento conceptual para poder intervenir.

Siguiendo el orden de sus ideas, Altimir (2010) planteó que hay factores obstaculizadores de la alianza terapéutica que llevan a la desmotivación del paciente y con ello a la deserción de la terapia. Entre esos elementos, podemos decir que en esta investigación aparecieron aquellos que son percibidos como negativos y por lo tanto fueron calificados como poco frecuentes: de las emociones aparece el miedo, de las creencias la indiferencia y de los valores la invalidación.

Un hallazgo importante es que todos los atributos medidos se presentaron en algunos terapeutas y esto da pie para reflexionar acerca de su utilidad en el proceso terapéutico, algunos tal vez que se piensan como “elementos negativos” pueden favorecer la construcción de herramientas importantes en la autoprotección del terapeuta o en herramientas que puedan favorecer su práctica terapéutica.

Algo que se pudo constatar es que efectivamente el terapeuta no es una pizarra blanca, sino que en su práctica como terapeuta emergen en él muchas emociones, creencias y valores que pueden o no beneficiar su labor.

A la vista de lo encontrado, sería oportuno llevar a cabo esta investigación en poblaciones más grandes de terapeutas, en los que se puedan considerar y evaluar otras variables como la edad en relación al resultado, el tiempo de experiencia profesional y su estado civil, ya que son variables personales que se piensa pueden incidir en la percepción que el terapeuta tiene sobre sí mismo y su práctica terapéutica.

3.3.1.2. Metodología cualitativa

La investigación Cualitativa fue una consecuencia de la anterior, cuantitativa, por lo que se le denominó "AUTOPERCEPCIÓN DEL TERAPEUTA EN FORMACIÓN: EMOCIONES, CREENCIAS Y VALORES QUE EMERGEN EN SU TRABAJO CON PAREJAS".

El reporte se presenta a continuación.

El tema del terapeuta y lo que en él emerge ha sido una idea debatida durante mucho tiempo. En la presente investigación nosotros quisimos conocer con mayor profundidad y cercanía qué es lo que sucede con el terapeuta, qué emociones aparecen en él cuando trabaja con parejas, que creencias (pensamientos, ideas) vienen a su mente y que valores son los que él vive durante las intervenciones con las parejas.

Como un primer punto se investigó un poco sobre la experiencia profesional del terapeuta U, para detectar con qué elementos contaba en su práctica clínica. U manifestó tener 5 años de experiencia profesional con un amplio grupo de población que iba desde niños, adolescentes, adultos y particularmente parejas. Fue a partir de este último aspecto, que empezaron a emerger distintas ideas, emociones y valores. Su experiencia profesional con parejas le había llevado a percibir las expectativas de la pareja y a trabajar en ellas para cumplir con lo que los pacientes esperaban de él. Es también esta experiencia con parejas que le permitía en muchas ocasiones autorreferenciarse, es decir, observar, cómo lo que sucedía con él en su vida personal, fuera, pero también dentro de la terapia tenía importancia y era necesario tomarlo en cuenta para tener el mayor de los cuidados

en su práctica terapéutica. Particularmente, la autorreferencia se encontró ligada a la autopercepción, a cómo se percibía él mismo, también dentro y fuera de terapia y lo que sucedía con él respecto a las emociones, creencias y valores.

U manifestó principalmente como parte de esta autopercepción aquellas emociones que pueden viciar la relación terapéutica, pero que en algunos momentos eran herramientas para encarar las situaciones terapéuticas, por ejemplo, cuando hacía referencia al miedo y expresó que no le gusta confrontar a la pareja, y es por eso que le da miedo. En parte, el reconocimiento de sí mismo manifestó paralelamente sus propias creencias y como ellas atravesaban su trabajo con las parejas. Cuando él se observaba a sí mismo como un pensador de la no violencia y la veía en sus pacientes, era algo que guiaba sus acciones y hacía también surgir nuevas emociones como molestia, consternación, enojo.

En el lado positivo U percibía que el trabajo con parejas lo había llevado a cultivar, poco a poco pero firmemente valores que emergen en él durante la terapia, pero también que se mantienen presentes en él en su vida personal, como son el respeto, la validación, la neutralidad, la empatía y que a la vez eran promovidos en el ámbito terapéutico por la formación y el mantenimiento del sistema terapéutico. Algunos elementos valorativos ligados a ellos aunque en un segundo término son la horizontalidad, tolerancia, entusiasmo, alegría y admiración. Quizás el respeto merece una atención especial, ya que en varios momentos se refirió a él, ligado a la validación, al sistema terapéutico, pero sobre todo ligado a sí mismo como ser humano.

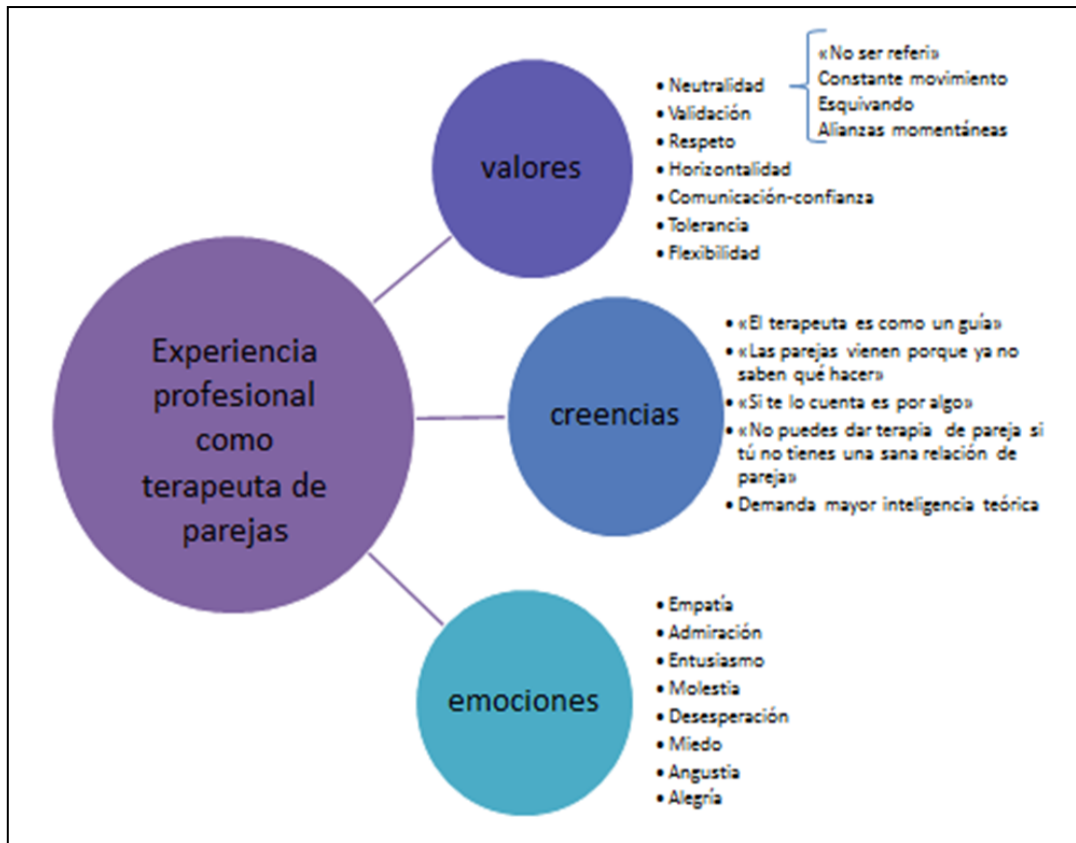
Lo expresado por U mostró que es a partir de su experiencia con parejas que fueron emergiendo en él como terapeuta, pero también como persona y viceversa, distintos valores que influyen su práctica clínica; pudimos evidenciar que su experiencia había causado cambios en su visión de la neutralidad, la autorreferencia y las expectativas que tenía de lo que su paciente va a percibir de él, ya que gracias a su recorrido profesional se ha ido formando diferentes ideas frente a lo que puede hacer en terapia. La neutralidad, debido a que es una postura que se asume en terapia, se volvió parte de la formación y mantenimiento

del sistema terapéutico, ya que ha marcado la relación que U sostiene con las parejas con las que trabaja; además, la neutralidad también tiene que ver con la horizontalidad, ya que U tiende a no asumir posturas de poder con sus pacientes, sino que los invita a la igualdad y utiliza la postura de neutralidad para ello. Por otra parte, desde la visión de U, para la formación del sistema terapéutico, eran importantes la validación, el respeto y la empatía, ya que le permiten al terapeuta la formación y mantenimiento de la relación con sus consultantes y para él, estos elementos le permitían formar una relación más amable y cooperativa con los pacientes.

La autorreferencia estuvo íntimamente vinculada con las creencias de U acerca de la terapia de parejas y la percepción que tenía de sí mismo como terapeuta, en la cual aparecían elementos importantes como las emociones de molestia, miedo, desesperación y consternación, las cuales son concebidas como negativas y se presentan sobretodo, cuando se veía enfrentado a alguna situación de violencia.

Finalmente podemos concluir que en U, surgían múltiples emociones, cogniciones y valores que han atravesado y emergido a lo largo de su experiencia profesional; notamos en particular que en los 3 atributos (emociones, creencias y valores) surgieron tanto “positivos” como “negativos” lo que quiere decir que ambas caras de la moneda enriquecen la experiencia y permiten el crecimiento profesional; durante la entrevista, surgió un elemento muy importante: la autorreferencia, esta se convirtió en elemento esencial para acceder a las emociones, creencias y valores de U, ya que al pensar en su propia vida y en sus casos, encontró un punto de conexión importante además de temas que son importantes para su vida y que comenzó a pensar en trabajar.

Se presenta finalmente el esquema de relaciones entre las diferentes categorías emergentes.



Relaciones entre las distintas categorías.

3.4. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria

Como parte de la formación que llevamos a cabo también en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, se encuentran las habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento. Una parte es la que se realizó cotidianamente en el proceso formativo, a través de los seminarios donde cada uno de los terapeutas tenía el compromiso de presentar un tema de los muchos que integran el programa de cada seminario. El hecho de preparar el tema, elegir los materiales de apoyo y la dinámica de la clase generan habilidades de organización, planeación e información sobre la misma, pero también, al momento de llevar a cabo las actividades, es necesario desarrollar habilidades mínimas de comunicación, claridad en el contenido, volumen adecuado, etc. Así como también el poder realizar las actividades de acuerdo a la planeación hecha.

Por otro lado, parte de estas habilidades continuó su desarrollo debido a que varios aspectos académicos implicaban que pusiéramos en acción estas habilidades en distintos escenarios, como lo fue también la asistencia como ponente a diferentes congresos en los que debíamos presentar los resultados de las investigaciones elaboradas durante la Maestría.

Las habilidades necesarias para ello, se encontraron relacionadas también con las que desarrollamos para los temas de clase, hacer una síntesis, integrar la información en una presentación o un cartel (según el tipo de ponencia) y prepararse para explicar sobre el trabajo desarrollado.

Por su parte también, llevamos a cabo pláticas, conferencias, talleres en torno a la prevención y atención comunitaria, que requirieron del mismo tipo de habilidades.

Quizás en todas ellas, la diferencia fue el público a quien estaba dirigido cada uno, motivo por el que una habilidad más es la que tiene que ver con tomar en cuenta la población que tendríamos para el uso de vocabulario y el nivel del contenido de la presentación.

Puedo concluir que la formación en el programa de Maestría me dio la oportunidad de presentarme como profesional de salud en distintos ámbitos y como resultado haber desarrollado las habilidades necesarias para labores de enseñanza, difusión del conocimiento y atención y prevención comunitaria.

3.4.1 Productos tecnológicos

3.4.1.1 Programas de formación de los terapeutas

Como parte de la formación en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar se desarrollaron elementos de carácter técnico y tecnológico. Se realizó la elaboración de tres manuales, uno de técnicas de intervención con base en el Modelo Estructural de Terapia Familiar; otro de técnicas de intervención del Modelo de Terapia Breve Centrado en problemas y el último de técnicas de intervención del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

El manual de técnicas requirió la revisión de los textos de los diferentes autores según el modelo terapéutico, así como una comprensión más profunda y positiva para la aplicación en un caso hipotético, que fue retomado de casos observados y complementado con la teoría de los modelos.

Su elaboración me llevó a recorrer nuevamente los textos, a la vez que generar un resumen teórico de los supuestos más importantes de cada uno de los modelos, así como de cada una de las técnicas que de ahí se desprenden. Realizar el análisis, la síntesis y la ejemplificación de cada una de ellas con la finalidad de hacerlas comprensibles, claras y al alcance de cualquier lector enfocado en el área de la Terapia Familiar.

También, como parte de los productos elaborados durante el Programa de Maestría se realizaron videos de los Modelos Estructural, Centrado en Problemas, Centrado en Soluciones y Estratégico, en los cuales colaboramos como equipo en los diferentes videos. Es importante mencionar que las aportaciones a dichos productos fueron no sólo en lo concerniente a la “actuación” reflejada en el video, sino también a la construcción del caso, la planeación de intervenciones y la

edición de los mismos, proporcionando así la oportunidad de desarrollar amplios repertorios de aprendizaje.

La elaboración de los videos está sustentada también en los textos de diversos autores revisados durante el programa, así como en las prácticas simuladas realizadas en clase. Definitivamente las observaciones y sugerencias de los distintos maestros, quienes nos permitieron ir incorporando poco a poco los distintos elementos que subyacen a la Terapia Familiar. Realizar los videos fue el resultado final del arduo trabajo realizado durante y entre cada clase.

La finalidad del mismo fue presentar de forma fácil, clara y técnica los usos del modelo, al alcance de cualquier espectador que tenga conocimientos mínimos sobre la Terapia Familiar.

En ambos productos, manuales y videos la realización me permitió pasar de la teoría a la práctica de una forma organizada y razonada, revisar nuevamente los materiales que leí durante los seminarios y adquirir nuevos elementos que no habían sido aprehendidos de forma óptima durante las clases.

3.4.2 Programas de intervención comunitaria realizados

Se llevó a cabo una Conferencia con el tema “La Adolescencia en el Ciclo Vital de la Familia” en la escuela para padres que se imparte en el Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Vallejo. Esta conferencia fue realizada el 31 de octubre de 2012.

La conferencia se llevó a cabo en conjunto a un equipo de trabajo, formado por 4 compañeros de la Maestría. Expusimos algunas características de la adolescencia así como las tareas que tiene la familia con hijos adolescentes. La duración aproximada fue de 3 horas y nos extendieron una constancia por parte de la dirección del CCH plantel Vallejo.

El programa de trabajo fue el que se marca en la carta descriptiva.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO
Bienvenida	Generar empatía y un buen ambiente en el grupo de padres	Entregar formato de preguntas	10 minutos
Presentación y encuadre	Dar a conocer al equipo de trabajo y dinámica de la sesión	Plenaria	10 minutos
Remontarse a la adolescencia	Generar en los padres el recuerdo de su propia adolescencia, acercándolos así a las vivencias de sus hijos	Leer historia	15 minutos
Primera parte teórica	Darles información general sobre los cambios psicológicos en la adolescencia	Exposición	20 minutos
Actividad	Realizar un análisis breve de los cambios observados en sus hijos	Por equipos identificar los cambios que han visto en sus hijos	20 minutos
Segunda parte teórica	Darles información general de las tareas que enfrenta la familia con hijos adolescentes	Exposición	20 minutos
Actividad	Generar en los padres posibilidades para resolver situaciones comunes con hijos adolescentes	Por equipos comentar cuáles son las tareas que más se les dificultan / problemática y cómo la resolvieron	20 minutos
Receso			15 minutos
Preguntas	Abrir un espacio para abordar algunas problemáticas específicas del contexto	Preguntas del auditorio	45 minutos
Cierre			5 minutos

También se llevó a cabo una plática abierta para los derechohabientes de la Clínica Familiar del ISSSTE Tlalnepantla, en la que el tema fue “Prevención sobre el uso de inhalables”.

La temática se presentó en un tiempo de 30 minutos. Se tocaron aspectos del uso de inhalables como: estadísticas en México, edad de inicio en el consumo de drogas, drogas legales, drogas ilegales, sectores de la población más vulnerables y el incremento en su uso. Sobre los inhalables se habló de la definición y uso, de cuáles son los inhalables más comunes y de los efectos inmediatos, a mediano y largo plazo. Finalmente el énfasis estuvo en los aspectos de prevención y las instituciones de ayuda para situaciones de drogadicción.

Derivado de esta plática se obtuvo una constancia por parte de la Institución.

3.4.3 Constancias de la asistencia y/ o la presentación de trabajos en foros académicos

Como parte de las actividades académicas asistí al VI Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología organizado por la Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM. El congreso se llevó a cabo en el Instituto de Neurobiología, UNAM campus Juriquilla, Querétaro los días 8 y 9 de octubre del 2012.

En este espacio participamos, mi compañera Fernanda Rodríguez y yo como ponentes de cartel, por lo que realizamos una síntesis del reporte de investigación cuantitativa y se imprimió en una hoja de 100 por 90 centímetros, mismo que se presentó y expuso a quienes tuvieron interés en nuestro tema de investigación. El título de nuestra investigación fue: Perspectiva sobre el terapeuta: emociones, creencias y valores en su intervención con parejas.

Este congreso nos permitió además de tener un espacio para dar difundir nuestro trabajo en el foro académico, conocer la forma en que trabajan en otras Residencias del Programa de Maestría en Psicología de nuestra casa de estudios, los enfoques con los que realizan sus actividades y el impacto que tienen en la sociedad. Este fue el caso de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia para Adolescentes y la Residencia en Psicología Educativa.

También tomamos parte en el VII Congreso Internacional de Salud Mental, organizado por la Universidad de Guadalajara en su Centro Universitario de Ciencias de la Salud los días, 22, 23 y 24 de noviembre de 2012.

En este espacio participamos como ponentes de tema en su modalidad oral con el tema de investigación: Perspectiva sobre el terapeuta: emociones, creencias y valores que emergen en su trabajo con parejas. En este caso, la experiencia oral fue muy interesante, pues al parecer el tema que presentamos es poco estudiado y generó un genuino interés en los participantes del congreso. Nos permitió conocer los trabajos e investigaciones que realizan otros colegas en nuestro país así como las propuestas de otros psicólogos en lugares distantes. Sin duda una buena experiencia.

Finalmente participamos en el Tercer Congreso de Alumnos de Posgrado en Ciudad Universitaria en abril de 2013 donde presentamos los resultados de la investigación cualitativa "Autopercepción del terapeuta: emociones, creencias y valores que emergen en su trabajo con parejas". La ponencia fue en cartel para lo cual diseñamos el mismo en una integración de la información obtenida. Obtuvimos la constancia por parte de la Coordinación de Estudios de Posgrado, UNAM.

3.5 Habilidades de compromiso y ética profesional

El Programa de Maestría en Psicología, presenta a los estudiantes una serie de actividades que van desde la participación en seminarios, cursos, talleres, conferencias, congresos, por mencionar algunas. Pero desde mi visión personal, una de las más importantes es la práctica clínica con supervisión. El atender a los consultantes en un espacio propio del programa, así como contar con el equipo de supervisión en constante observación y apoyo del desarrollo de habilidades e integración de aprendizajes, invita a la adquisición de un compromiso profundo y responsable y un sentido de ética profesional con las actividades que se llevan a cabo.

El compromiso, se hace evidente en el empeño que he puesto en cada una de las actividades realizadas. Puedo mencionar que algunas de ellas se refieren a

cuestiones aparentemente simples como la puntualidad, la elaboración de reportes de sesión y la entrega puntual del mismo, la preparación de cada una de las sesiones, la investigación sobre el caso particular que atendía o incluso, el que era atendido por alguien de mi equipo terapéutico, el análisis y la integración de cada uno de los casos para el logro de objetivos, o bien, para el logro de modificaciones en la experiencia de los consultantes.

Quizás otros aspectos menos prácticos, pero de suma importancia también, pueden expresarse de forma más directa en la práctica durante las sesiones terapéuticas. Por ejemplo, el escuchar al consultante con atención y respeto, validar su experiencia, cuestionar desde una posición que le ayude a reflexionar y no desde una que le enoje consigo mismo o con el propio terapeuta, guiar las sesiones con la finalidad de que sea un espacio y una plática útil verdaderamente para el consultante, entre muchas otras que se ponen en juego durante el proceso terapéutico.

Desde luego, algunas de ellas han formado parte de mi repertorio anterior a la Residencia, pero la formación obtenida en el programa las hace un punto fundamental del quehacer terapéutico así como del trabajo que se elabora con la persona del terapeuta.

Puedo concluir, que las habilidades de compromiso y ética profesional han sido identificadas, fortalecidas e incluso utilizadas de manera consciente a partir de la formación obtenida en el programa de Residencia en Terapia Familiar.

3.5.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional

Una reflexión importante del ser una terapeuta con ética ha sido planteada durante mi formación como Maestra en Psicología en la FES Iztacala.

Quizás uno pueda pensar que parte fundamental de nuestra ética es el respetar y escuchar los objetivos que los consultantes traen a terapia y no crear problemas donde no los hay, sin embargo, una consideración importante es nuestro papel en situaciones que ponen en riesgo la integridad de las personas, física, emocional e

incluso moralmente. Tal es el caso de las situaciones en las que existe violencia, por ejemplo hacia las mujeres o hacia los niños (desde luego, también cuando la hay hacia los hombres, aunque suele ser menos común). También cuando existe abuso sexual hacia menores, o en casos donde el consultante desea suicidarse. Desde luego la decisión no está en nuestras manos, pero si podemos actuar de cierta forma que implica el respeto a la integridad de los otros y a ser responsables de nuestro actuar dentro de terapia.

Andrade y Pérez (2011, citado en Montalvo y Espinosa, 2011) presentan aspectos fundamentales sobre la ética del terapeuta sistémico, en lo particular, aunque las he tomado como referencia, algunas las he modificado a partir de mi propia experiencia formativa. Por ello presento las siguientes ideas básicas:

1. La terapia sistémica no busca causas del comportamiento humano en las personas per sé, sino que atiende las relaciones que las personas establecen entre sí y trata de mantener la integridad de las mismas a lo largo de su trabajo.

Aunque desde la perspectiva sistémica no existen causas lineales se encuentra una causalidad circular, donde una conducta genera otra que a su vez retroalimenta a la primera y que se vuelven pautas de conducta. Desde la mirada de la terapia breve centrada en soluciones, a veces, los problemas existen como una repetición de pautas y no como resultado de las interacciones en el seno de la familia. Me parece importante desde la mirada ética, tenerlo presente como también, en las situaciones de violencia, aunque la intención no es etiquetar de ninguna forma a la persona que ejerce la violencia, si es parte de nuestra responsabilidad ética entender y actuar conforme a ello, que quien violenta es responsable de su conducta y que de ninguna manera se puede justificar la violencia en las relaciones que las personas establecen entre sí, asumiendo en estas circunstancias una visión lineal.

2. El terapeuta sistémico en algunos momentos toma la responsabilidad de influir en el o los consultantes, siempre que sea con la finalidad de lograr los objetivos.

La visión desarrollada en la Maestría me permite también hacer la observación acerca de la mirada de los primeros modelos de la Terapia Familiar, quienes pensaban que la responsabilidad del terapeuta era ser directo y directivo, pero que en las Terapias Posmodernas e incluso modelos clásicos que han continuado su desarrollo establecen un papel distinto para el terapeuta. No necesariamente el objetivo es influir directa o directivamente, a veces, el terapeuta puede ser un acompañante que tan sólo invita a los consultantes a explorar y reflexionar desde lugares distintos a su cotidianidad, pero que pueden ser de profunda importancia para sí y su familia.

3. En la terapia sistémica el trabajo se lleva a cabo con el o los consultantes de acuerdo a la demanda y necesidades que éste haga explícitas. Siempre respetando los derechos del mismo.

Yo agregaría que siempre que las necesidades y la demanda de los consultantes no trasgredan los derechos y/o la integridad de otras, incluido el mismo terapeuta.

4. La terapia sistémica es no-normativa, es decir, no elabora o acepta etiquetas sobre trastornos o enfermedades mentales hacia los consultantes, lo mismo que no impone visiones sobre la problemática que los mismos presentan. El terapeuta le ayuda a definir metas ecológicas.

Tomando nuevamente el ejemplo de la violencia, el abuso sexual o aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad, debemos cuestionar ¿cuál es nuestro papel como terapeutas ante situaciones de riesgo?. En el transcurso de los seminarios y desde la temática presentada en ellos, particularmente con una visión de género, me queda claro que no se trata de crear problemas donde el consultante no los ve, pero sí, se tiene la responsabilidad ética de cuestionar si el lugar o la posición que tiene le hace sentir cómodo o cómoda y vivir bien. Y desde luego, asumir una conducta ética implica respetar el punto de vista del consultante aunque como terapeuta pueda no estar de acuerdo.

5. Desde una perspectiva ética, los objetivos se establecen durante la primera o primeras sesiones terapéuticas, pero también son cambiantes a través del proceso terapéutico, por lo que debemos tomar en cuenta las modificaciones que surgen a lo largo del mismo. Los objetivos no necesariamente tienen que ser especificados en conductas claras y medibles, sino que pueden ser objetivos desde la subjetividad, las emociones o las vivencias que llevan a la familia o consultantes a una experiencia diferente y positiva de lo que los ha traído a terapia.

6. Para algunos terapeutas, quizás los que han sido formados en modelos de terapia breve, la terapia debería ser de corta duración; sin embargo, la ética nos lleva a preguntar, si una persona desea mantenerse en terapia sólo con la finalidad de ser escuchada y tener una visión distinta del terapeuta, ¿es válido o no mantener el contrato terapéutico?, ¿quién puede decidir por el consultante, si necesita o no la terapia? Y desde luego ¿puede el terapeuta decidir si desea o no seguir atendiendo a un consultante a largo plazo?. Mi posición es que el consultante puede mantenerse en terapia, y el terapeuta puede decidir si desea o no seguir atendiéndolo, como en cualquier caso, pero el tiempo por sí mismo, no necesariamente es el parámetro para definir la postura ética.

7. El terapeuta actúa responsablemente ante las relaciones de quienes vienen a terapia. La terapia sistémica es flexible en cuanto a quienes asisten a terapia: individuos, parejas o familias.

8. La terapia sistémica enfatiza el aquí y el ahora, los cómo más que los por qué, la experiencia más que la interpretación, las posibilidades más que los problemas, la motivación más que la culpabilización.

También podría decir que permite, cuando es necesario, que los clientes expliquen su propia historia, pues aunque para el terapeuta puede ser mejor centrarse en el aquí y el ahora es posible que allá, en la historia que el consultante cuenta, se encuentren importantes datos sobre cómo solucionar la situación, o sobre los

significados que la misma tiene para los diferentes miembros de una familia. Escuchar activamente es en sí mismo un aspecto ético para el terapeuta sistémico (para cualquier terapeuta).

Finalmente quiero decir que el hecho de trabajar con parejas violentas, me llevó a cuestionarme sobre el papel que tiene y debe tener el terapeuta. ¿Qué nos toca hacer?, ¿A quién debemos ayudar y cómo ayudar?. Definitivamente pienso que no es una situación fácil y que cuanto más veamos al violentado como víctima más difícil es ayudar.

Como parte de las consideraciones éticas la postura postestructuralista presenta para el terapeuta la responsabilidad, que no es ni vertical, ni jerárquica, sino que sucede en colaboración con los otros y que implica aspectos de tipo sociocultural. Esta responsabilidad se centra en la conciencia y los conocimientos del terapeuta (White, 2002a).

Desde la mirada de White, la responsabilidad no tiene que ver con la sumisión, la regulación jerárquica y tampoco con la evaluación y juicio por parte del terapeuta. White lo ejemplifica en aquellos casos de hombres que han cometido abuso, donde el trabajo se centra en la exploración de formas alternativas de ser, y que sea responsable de sus propias acciones. Así mismo, White fomenta la responsabilidad en el trabajo con las mujeres que fueron objeto de abuso por parte de hombres, dando como resultado un cambio en la posición de las mujeres de víctimas a responsabilizarse de su propio cuidado ante sí mismas y los demás.

Esta responsabilidad le permite al terapeuta no sólo realizar un trabajo terapéutico que no está centrado en sí mismo y en sus propios valores, sino que le permite también expandir sus propios límites y su conciencia, además de resultar alentador pues privilegia las voces de los consultantes abriendo posibilidades de pensar y actuar de formas distintas (White, 2002a).

Desde la perspectiva de género, la ética tiene también implicaciones importantes, pues como ya he comentado a lo largo de este documento, nos invita a poner énfasis en las experiencias distintas de ser hombre o ser mujer en nuestra sociedad

y en aquellas situaciones donde principalmente las mujeres son desfavorecidas. Cuando no somos conscientes de esa situación, cuando aún nos es invisible la perspectiva de género nuestras intervenciones tienden a perpetuar el orden patriarcal y el poder masculino (Goldner y cols., 1990).

Tener una perspectiva de género resulta en un trabajo ético con las personas con las que colaboramos, así como también dar pasos en la sociedad para la construcción de un mundo más igualitario.

CAPÍTULO IV

4. CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

El terapeuta en formación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la FESI desarrolla distintas habilidades, desde las puramente teóricas hasta las que tienen que ver con la práctica terapéutica y las personales como psicólogo profesional. En lo particular, mi paso por la Maestría ha marcado importantes aprendizajes en mi persona.

Una de ellas es el tener mucho mayor conocimiento y claridad con respecto a los distintos modelos terapéuticos de la terapia sistémica y posmoderna, identificar sus fundamentos, sus autores, sus principales postulados e intervenciones. También el poder conjuntar los aprendizajes teóricos con la práctica terapéutica, ir más allá de las explicaciones lineales y causales sobre lo que sucede con un consultante o una familia, poder tener visiones distintas sobre las posibles intervenciones que pueden realizarse para llevar a los consultantes a abrir caminos diferentes a lo que ellos mismos habían visualizado antes de venir a terapia y comprender, que aún en terapia, no hay un único camino para llegar a un resultado.

La práctica implica el desarrollo de múltiples actividades que van desde establecer contacto con los consultantes, citarlos, recibirlos, crear una alianza terapéutica positiva, e iniciar propiamente el proceso terapéutico; habilidades necesarias para el terapeuta. Después tener la habilidad de preguntar lo justo para conocer la situación del o los consultantes y poder planificar las intervenciones siempre con un amplio margen de flexibilidad que permita seguir al consultante pero a la vez guiarlo hacia una diferencia en su forma de apreciar o actuar ante sus problemas. Intervenir propiamente dicho, ya sea a través de las propias preguntas, de actividades que los consultantes realicen dentro de la sesión o fuera de ella. Hacer una evaluación continua del proceso terapéutico y seguir colaborando en el mismo. Lograr un resultado satisfactorio para el consultante y hacer un

seguimiento del caso son sólo algunas de las habilidades que el programa me permitió desarrollar, consolidar y fortalecer a través de los dos años de formación.

El trabajo en equipos de supervisión es desde mi punto de vista un punto fuerte de la formación en este programa de maestría. El poder observar en un primer momento, ayuda a identificar la práctica terapéutica desde la visión sistémica. Cuando la práctica inicia el trabajo en equipos permite retroalimentar la labor de cada uno de los terapeutas en múltiples formas. Por un lado, escuchando y viendo lo que pasa con los casos de los compañeros de equipo y por otro, en el trabajo que realizamos de manera individual con nuestro propio caso. Aunado a ello, el trabajo que desempeñan los supervisores al guiar al terapeuta a cargo en las intervenciones y en su crecimiento personal como terapeuta y como persona (desde mi punto de vista van muy de la mano).

Por otro lado y no menos importante, la realización de actividades académicas, como el desarrollo de seminarios y presentaciones durante los mismos, así como la interacción en diferentes escenarios me abrió la puerta a desarrollar nuevas y mejores habilidades de comunicación, de presentación (incluso en el ámbito tecnológico) y de planeación en los contenidos.

Con todo ello, la posibilidad de presentarme en la actualidad como una profesional de la psicología en materia de investigación y temas del momento en congresos y eventos académicos creció de manera importante y con mejores herramientas.

En conclusión, las habilidades terapéuticas y profesionales que pude desarrollar a lo largo de la formación en la Maestría en Psicología, han potencializado las capacidades con las que ingresé, con la finalidad de prestar un mejor servicio terapéutico y un trabajo ético y responsable en el área de la Psicología.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia.

La experiencia obtenida a través del Programa la puedo visualizar en dos ámbitos principalmente. El primero de ellos, en el ámbito terapéutico y el segundo en el ámbito académico.

En el ámbito terapéutico la experiencia de formación fue por demás enriquecedora en la mirada teórica y mucho más en la práctica. Como ya he mencionado, las experiencias en el aula respecto de las teorías, la importante experiencia de los profesores de la maestría, así como las diversas actividades que se llevan a cabo en los seminarios, representan los primeros encuentros con lo que sería la práctica clínica de Psicología. Y lo que sucedió en las diferentes sedes clínicas me llevó a experimentar de una forma sistemática lo que es el proceso terapéutico desde una planeación ética y profesional.

La parte terapéutica definitivamente lleva la experiencia de las múltiples voces que se pueden introyectar en la práctica cotidiana, esto haciendo referencia tanto a las voces y visiones de los compañeros de equipo así como también a las voces, visiones y modelos favoritos de los distintos supervisores. Sin duda de la experiencia de formación considero que para mí ha sido la más importante, pues me permitió abrir mi mente, mis ojos, mi intelecto a la pluralidad, lo mismo que ahora tengo claro que debe suceder en el proceso terapéutico.

El segundo ámbito, el académico tiene que ver con las habilidades que se desarrollaron en la parte de los seminarios, tanto en lo que se hacía dentro, como las exposiciones y las actividades complementarias de suma importancia en la formación, como las de investigación. Pienso que todas estas actividades son una experiencia que me permitió visualizarme en un ámbito académico riguroso, tanto en relación a los espacios en los que interactuamos (la misma UNAM, otras Universidades y espacios de difusión académica), como la importancia de los temas que tratamos.

Me parece trascendental exponer que la experiencia en sí misma desde ser parte del programa, la convivencia con los compañeros, con los profesores, con las sedes

clínicas, con los consultantes, con las actividades de investigación, con nuestra Universidad y otras universidades del país, desde mi punto de vista son experiencias que favorecen el crecimiento y desarrollo de los estudiantes de este programa. El plus, lo hacen el proceso de supervisión y la amplia carga de horas de práctica que llevan a adquirir una experiencia sólida sobre cómo llevar a cabo un proceso terapéutico.

4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo de trabajo

La persona del terapeuta es un tema fundamental en la formación del terapeuta, aunque no es comúnmente un tema de los programas formativos. En particular, en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar que se ofrece en la FES Iztacala, la formación de la persona del terapeuta se lleva a cabo a través de lecturas teóricas, que suelen tocar el tema de forma indirecta pero que los maestros suelen enfatizar como parte fundamental de nuestro desarrollo. También es sin duda un punto esencial en el desarrollo de las supervisiones, en las que a través de nuestro recorrido por las diferentes sedes y los distintos supervisores se platica casi invariablemente después de cada sesión aquellos aspectos referentes a la persona del terapeuta. Especialmente, al final de cada uno de los semestres elabora una reflexión en torno al crecimiento y los cambios que hemos sufrido como terapeutas en formación.

El estilo terapéutico es un aspecto crucial, distintos autores se refieren al estilo del terapeuta desde sus propias visiones. En lo particular, creo que cuando llegué a la maestría ya tenía un estilo terapéutico que ahora describiría como un estilo de cercanía al paciente, cliente o consultante (s), que se basaba en la empatía y en la comprensión de quienes piden terapia, pero que en algunos momentos solía ser confrontativa, tanto como el caso (según yo) lo ameritara.

En la actualidad pienso que mi estilo se mantiene en torno a la cercanía emocional, "joining", que establezco con los consultantes, igualmente creo que se basa en la empatía, pero también me parece evidente que ha habido cambios significativos en otros aspectos de la relación que generamos en nuestra relación los consultantes y yo.

Precisamente en este espacio intento explicar qué elementos de cada uno de los modelos de Terapia Familiar han influido en mí, de tal forma que ahora tengo no sólo los conocimientos e ideas sobre la postura del terapeuta, sino que como muchas cosas, me doy cuenta que tengo la oportunidad de decidir cómo deseo presentarme ante quienes solicitan atención psicoterapéutica, puedo decidir desde un mejor lugar, desde la consciencia, quién y cómo deseo ser y hacer como terapeuta.

Para el modelo Estructural el terapeuta debe ser como un director de teatro. Para dirigir la actuación de la familia el terapeuta debe ser una persona con capacidad para imponer directivas, ser cercano pero también poder alejarse para generar los cambios necesarios. El estilo terapéutico es jerárquico y el terapeuta es quien posee el poder en un sentido tradicional del mismo. Sus acciones son estratégicas siempre, pues tienden a reflejar a la familia circunstancias o guiarlos hacia nuevas formas de relación. El terapeuta estructural mantiene su agenda oculta (sólo él sabe por qué hace tal o cual acción) y en ocasiones debe portarse de determinada manera con la finalidad de llevar a la familia a otra forma de relación.

En lo particular ser terapeuta estructural no es una tarea fácil para mí, de hecho, si pienso detenidamente en ello, la experiencia dentro de las clases y los ejercicios que realizamos en el aula y entre los compañeros, me parecían todo un reto. Debo decir que en esos momentos la epistemología sistémica empezaba a formar parte de mi postura en el mundo y en terapia, y creo que por ello me resultó mucho más complicado. Recuerdo aquellos momentos en que la profesora nos pedía hacer role playing y me llamaba la atención porque decía que me aliaba con alguien de la familia y eso no me permitía hacer las maniobras que permitieran a la "familia" (hipotética) generar cambios.

Según el modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas el terapeuta tiene una apariencia horizontal con el cliente, pero mantiene una posición vertical en la realidad, pues según su marco teórico si fuera horizontal en verdad podría perder su capacidad de maniobra y con ello su efectividad.

El terapeuta debe saber usar el lenguaje del cliente y a través de él saber de qué manera hablarle al cliente para persuadirlo de hacer lo que el terapeuta piensa que es lo mejor para solucionar el problema que el cliente ha traído a terapia.

El terapeuta debe ante todo, comprender el problema que lleva al cliente a consulta para poder elegir entre las opciones que el mismo modelo ofrece y así solucionar la situación, para ello el terapeuta debe ser un experto en usar la postura del cliente para el cumplimiento de objetivos. Así también podemos notar una posición vertical con una agenda oculta hacia el cliente. Su postura puede o no ser de cercanía, pero sí debe tener muy claro el objetivo en términos conductuales.

El estilo del terapeuta de este modelo lo experimenté poco, en general creo que me fue muy útil para consolidar los principios epistemológicos, la circularidad, la equifinalidad, etc. me ayudó a aterrizar los conceptos y me permitió también tener un guión que podía utilizar para iniciar una sesión de tipo sistémico sintiéndome cómoda, por ejemplo, decir: ¿qué lo trae por acá?, en lugar de ¿en qué puedo ayudarle?, explorar el problema de las personas desde preguntas lineales como ¿dónde pasa?, ¿quiénes están presentes?, ¿qué dicen los otros?, hasta ir a preguntas circulares por ejemplo: cuando él hace eso, ¿tú que haces?, ¿cómo responde él ante esto?, sin embargo reconozco que las preguntas giran más en torno a las conductas y que en el ámbito de las emociones sentía que dejaba un vacío importante.

Me fue de mucha utilidad también conocer la idea del lenguaje y la postura del cliente, así como utilizarlo para crear una conexión e ir trabajando en torno a los valores, las normas y las creencias de las personas.

Pienso que independientemente de que no es el modelo que más me agrada para trabajar, si tiene estas dos contribuciones importantes a mi formación: la exploración del problema y el uso de la postura del cliente.

Desde el modelo Estratégico el terapeuta debe ser flexible, suficientemente flexible para enfocar el problema desde un ángulo en el que pueda trabajarse con éxito.

Debe ser espontáneo y aprender de su propia experiencia. También parte de las características del terapeuta debe ser su sensibilidad respecto a las personas a las que atiende. Aunque desde luego también, para poder llevar a cabo las estrategias, el terapeuta requiere ser directivo, de hecho se apoya en la jerarquía que le proporciona ser “el terapeuta” o dicho de otra manera “el experto” en la forma de ver, planear, dirigir y resolver las situaciones problemáticas.

De todos los modelos revisados, el modelo estratégico es el que principalmente se caracteriza por la marcada verticalidad del terapeuta, quien debe decidir casi autónomamente lo que resulta mejor para la persona o personas que atiende.

Definitivamente este tipo de terapeuta no es el que me gustaría ser. No es un modelo que haya utilizado ni tampoco que me gustaría usar. Considero que Haley lo presenta como un modelo muy eficaz y defiende la jerarquía del terapeuta como una herramienta básica de la terapia, en lo personal pienso que las personas van a terapia para recuperar el control de su vida en ciertos aspectos, para entender lo que les pasa y para modificar ideas, acciones o cosas que no les permite vivir como desearían. Por ello cuando el terapeuta toma el total control, me parece que es una forma de dar una solución, pero no una herramienta que le permita después y de manera autónoma recuperar el control de su vida. Por ejemplo respecto a las ordalías. La orden del terapeuta es tan fuerte que mantiene la indicación a través del tiempo, incluso cuando la terapia ha terminado. El poder continúa en el terapeuta, no en la persona.

El Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones presenta a un terapeuta que se muestra un poco más horizontal aunque conserva su verticalidad en relación a que él es quien guía el proceso terapéutico a la búsqueda de excepciones y recursos, de hecho es bastante directivo en las tareas y en algunas intervenciones en las que le dice al cliente tal cual lo que debe hacer.

El terapeuta se muestra mucho más cercano al cliente a quien acompaña y guía en el proceso de solucionar las dificultades que le llevan a terapia. El terapeuta de soluciones se muestra positivo ante circunstancias difíciles y nunca pierde de vista los recursos del cliente. Para poder llevar a cabo esta labor es importante que el

mismo terapeuta sea una persona de soluciones, es decir, que sea capaz de identificar sus propios recursos y ponerlos a sus servicios tanto en su vida personal como en el trabajo clínico con clientes. Si el terapeuta lo logra, sería original en sus intervenciones, honesto, transparente (si no, podría parecer falso), logrando llevar a los demás hacia un camino que él mismo ha transitado, pero sin la certeza de si ese camino es tan bueno para el cliente como quizás lo ha sido para el terapeuta mismo.

Este modelo me permitió deshacerme un poco de guiones y utilizar mi propia persona (la parte optimista) para reconocer a la persona de enfrente. Me hizo evidente que no soy así, que no soy por siempre sonriente y que tampoco deseo serlo. Me hizo repensar en quien soy como persona y quien soy como terapeuta y me llevó a concluir en que soy la misma persona en distintos ámbitos, con mis mismas emociones y premisas y que la mejor forma que tengo para hacer terapia es a través de ser auténtica.

Pienso que la parte más útil de este modelo en relación al terapeuta es estar atento a las excepciones, siempre hay momentos en los que el problema no está presente y en la posibilidad de reconocer los recursos de quien viene a terapia, pero que ahora pienso debe ser significativo para el otro, no sólo para mí.

En el Modelo de Milán el terapeuta sufrió transformaciones importantes en conjunto con los fundamentos del sistema a través del tiempo. Es evidente que en un principio el terapeuta se veía jerárquico, incluso como un modelo a seguir por los miembros de la familia (sobre todo por su modelo de un hombre y una mujer como coterapeutas), haciendo connotaciones que pretendían descubrir cierta parte o todo el juego familiar, generando así cambios en el sistema; después cuando el modelo retomó la cibernética de segundo orden e incluyó al terapeuta como parte del sistema la posición del terapeuta se modificó a una posición menos jerárquica aunque directiva, por ejemplo en el uso de rituales como días pares y nones y otras prescripciones y también mucho más enfocada en utilizar su propia persona como un facilitador de diferencias para la familia. El terapeuta desde este modelo no sabe con claridad qué cambios efectuará cada miembro de la familia y

por ende en el sistema familiar completo, sin embargo, el terapeuta mantiene una línea muy clara de neutralidad, una característica que se mantuvo en el modelo a lo largo del tiempo.

El terapeuta desde este modelo presenta una gran capacidad de lectura de lo que pasa en la familia, aunque con el objetivo modificar las reglas familiares la jerarquía en la que se mantuvo durante mucho tiempo no es una jerarquía que en este momento quisiera tener. Creo que la historia de la familia es importante e influye en la situación. El análisis de hipótesis en mi trabajo terapéutico como una herramienta sistémica es de suma importancia como una guía.

Desde las corrientes posmodernas, la persona del terapeuta da un giro en su labor y su postura, misma que se expresa en la relación terapéutica, el cliente, ahora denominado consultante, es quien guía al terapeuta y su historia ocupa el lugar central en el diálogo entre terapeuta y consultante. El terapeuta respeta, valora y honra esta historia y la forma en que es contada así como la multiplicidad de voces y realidades que emergen durante esas conversaciones. El terapeuta tiene una posición de no-conocer que se manifiesta en una actitud de curiosidad hacia la narración del consultante y humildad sobre sus propias creencias.

El terapeuta reconoce lo que sucede consigo durante la conversación y hace de su agenda privada una pública, habla de sus pensamientos, ideas y opiniones (siempre con una invaluable posición de respeto) como una manera de contribuir a la construcción del diálogo.

En este enfoque colaborativo el terapeuta no puede conocer de forma anticipada hacia donde los llevará la conversación, ni tampoco si ocurrirá algún cambio y hacia dónde surgirá.

A pesar de que es un modelo de reciente acercamiento para mí, me ha resultado un modelo muy atractivo. Lo entiendo como una postura en la que el terapeuta no tiene un papel jerárquico ascendente sobre el consultante, tampoco viceversa, sino que se mantiene en la misma línea de seres humanos con problemas e ideas, con

premisas y prejuicios, pero que en el hecho de ser dos personas distintas pueden contribuir a la visión de los “problemas” desde múltiples visiones y voces.

El modelo narrativo manifiesta una postura del terapeuta similar a la que presenta el enfoque colaborativo, aunque con algunas sutiles diferencias. En la narrativa el terapeuta también tiene una posición horizontal, una agenda abierta que comparte con sus consultantes, aunque también tiene una línea más clara de lo que desea lograr en las sesiones terapéuticas. La teoría presenta al terapeuta como un experto en la conversación, en hacer preguntas, pero preguntas que no necesariamente vierten información importante para el terapeuta o para el consultante, sino, importante en el sentido del significado y la relevancia que tiene en particular para quien pide la consulta. El terapeuta debe ser abierto y con gran capacidad de escuchar, pero también con una amplia capacidad para encontrar acontecimientos extraordinarios y verificar la significación que ellos tienen para el consultante. El terapeuta continuamente evalúa qué tan útil es para el otro lo que están hablando, si existe comodidad al hablar sobre el tema, o si considera más útil seguir hacia otro lugar en la conversación. El terapeuta no es experto en el contenido, es experto en las formas.

El encuentro con este estilo terapéutico fue muy enriquecedor, me ha permitido sentirme con mayor libertad de actuar desde una posición más igualitaria con el consultante. También me permitió conectarme conmigo y mis experiencias y hacer de ellas una herramienta en la conversación terapéutica.

Finalmente reflexiono en general sobre el proceso que tuve en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

Parece que fue ayer cuando inicié mi formación sistémica. Me sentía con mucho entusiasmo pero también con temor de lo que iba a encontrar en la maestría. Sabía que tendría nuevos elementos para trabajar con quienes solicitan terapia y eso fue en gran medida el motivo para buscar este camino.

Tuve la certeza de que ya no sería la misma persona que entró y la que saldría de la maestría, lo supe cuando pude reconocer que los problemas no existen dentro de

las personas, cuando empecé a ver que mis consultantes expresaban su descontento con la manera en que estaban las cosas y sin embargo deseaban mantener sus vínculos con las personas. Supe que seguro la formación clínica transformaría mi vida y así ha sido. En niveles personales me ha permitido conectarme con mi gente desde otra posición, curiosamente me ha llevado a ser más empática de lo que ya era, parándome desde sus circunstancias y no desde sus características.

Cuando llegué al final del programa pensé que sería conocer todo sobre la teoría, eso pensaba. Pero ha sido muy agradable descubrir que aún hay más y que seguramente habrá más todavía.

Ser terapeuta no inicia o termina en el cubículo en el que uno atiende, ni en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, en el CCH Azcapotzalco o en el ISSSTE de Tlalnepantla. Ser terapeuta es una parte de mi historia que trastoca toda mi persona y que pienso que es en general indisoluble de la persona que soy. Forma parte de mi identidad. No de una identidad única y rígida, sino de una identidad que se construye y modifica en el campo de acción y de las palabras.

Hoy pienso que mi estilo de ser terapeuta no ha variado tanto en cuanto a lo que parece, es decir, lo evidente puede parecer igual, me gusta la cercanía afectiva y emocional con la gente con la que comparto mi espacio de trabajo, soy abierta en cuanto a lo que pienso, aunque francamente pienso que de distinta manera. Quizás en principio me gustaba autorreferenciarme como una forma de ejemplificar un camino distinto, o una identificación con el consultante. Hoy pienso que es una forma de abrir posibilidades y tener la oportunidad de reflexionar sobre las distinciones más que sobre las semejanzas. Pero también soy abierta en esta agenda, en lo que pienso que podría ayudarle al otro y a asegurarme (en lo posible) de que lo que hago le es útil a la persona en su proceso terapéutico. Todos estos son elementos claramente posmodernos, con los que me siento cómoda y yo misma en sesión. Es una postura que me ofrece la oportunidad de abrir mi mente y mis emociones y escuchar las historias de los otros que mueven las que hay en mí y que en conjunto construyen ideas nuevas o diferentes.

En mi práctica he incorporado también, una mirada de análisis sobre las familias, sus dinámicas, su circularidad (Modelo Estructural), un uso del lenguaje del consultante que me permite conectar (Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas), una mente ágil que me ayuda a tener distintas perspectivas y no casarme sólo con una (Modelo de Milán), valorar los significados (Colaborativo y Narrativa), construir nuevas historias que permiten más y distintas visiones (Colaborativo y Narrativa), generar reflexiones desde la multivocalidad (Colaborativo), abrir mi agenda sobre cómo pienso que podemos transitar en el proceso terapéutico (Colaborativo), ser respetuosa de las visiones distintas a las mías (Colaborativo y Narrativa) y la empatía y apertura de las corrientes posmodernas para acercarme y preguntar y ser útil, lo más posible a que los consultantes puedan transitar por un proceso que les beneficie a seguir con su vida de una mejor manera.

Todas estas características forman parte sustancial de la terapeuta que se ha ido construyendo desde antes y durante los dos años de formación, tengo las bases, la práctica me ha dado la oportunidad de enriquecerme en el contexto propio de cada relación mi propia postura y finalmente poder consolidar mi propio estilo terapéutico.

REFERENCIAS

- Altimir, L. (2010). *La influencia de las diferencias culturales entre terapeuta y paciente en la alianza terapéutica*. En: De Familias y Terapias. No. 28, p. 73-82.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (s/f). *Harlene Anderson: Selected Writings. Postmodern social construction therapies*. Disponible en: <http://www.harleneanderson.org/writings/postmoderntherapieschapter.htm>
- Andolfi, M. (1990). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. México: Paidós.
- Andolfi, M, Angelo, C., Menghi, P. y Nicoló-Corigliano, A. (1989). *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional*. Argentina: Amorrortu.
- Andrade, R. A. (2010). *La relación de pareja. Algo más que problemas, soluciones desde la terapia familiar sistémica*. Tesis de Maestría. UNAM, FES Iztacala.
- Aponte, H. (1992). *Training the person of the therapist in structural family therapy*. En Journal of Marital and Family Therapy. Vol 18. No. 3, p. 269-281.
- Aponte, H. y Winter, J. (1987). *The person and practice of the therapist: Treatment and training*. En Journal of Psychotherapy and the family. Vol. 3, No. 1.
- Beltrán, L. (2004) El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: Eguiluz, L. *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax. P. 197-224.
- Bertrando, P. (2011). *El diálogo que conmueve y transforma. El terapeuta dialógico*. México: Pax.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia Familiar. Los personajes y las ideas*. España: Paidós.

Boscolo, Luigi & Bertrando Paolo (2008) *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ceberio, M. y Linares, J. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica*. España: Paidós.

Desatnik, O. (2011a). *Las formas de la Violencia. Violencia y género. Violencia y poder. Violencia familiar y contexto. Violencia, género y abordaje terapéutico*. México: Castellanos.

Desatnik, O. (2011b). *Representaciones sociales de terapeutas en formación sobre la relación terapéutica*. Presentado en Congreso sobre representaciones sociales JIRS. Brasil.

Desatnik, O, Franklin, A. y Rubli, D. (2011). Supervisión y sistema terapéutico. En Montalvo, J y Espinosa, M. *Supervisión y Terapia Sistémica: Modelos, propuestas y guías prácticas*. México: Cree-Ser.

Díaz, N., Rodríguez, g., Flores, R. y Rubio G. (2008). *Laberintos de violencia en la pareja: Análisis de un caso*. En: *Terapia y Familia*, Vol. 21, No. 2, p. 39 - 55.

Eguiluz, L. (2007) *La Teoría Sistémica. Alternativa para Investigar el Sistema Familiar*. México: UNAM.

Elkaim, M. (1995). *Si me amas, no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico*. España: Gedisa.

Escamilla, I. y Desatnik, O. (2010). *El estudio de la persona del terapeuta en formación que trabaja en situaciones críticas*. Presentado en el XXIX Coloquio de Investigación de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Estado de México. UNAM.

Fernández, L. (2012). *Seminario sobre género*. Maestría en psicología, Residencia en Terapia Familiar. Universidad Nacional autónoma de México, Facultad de estudios Superiores Iztacala. Octubre 10.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. España: Herder.

Fuentes, X. (2004). *Construcción de la alianza terapéutica: algunos supuestos que la sostienen*. En: De Familias y Terapias. No. 18, p. 79-84.

Garrido y Espina (1995). *Terapia Familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. España: Fundamentos.

Goldner, V. (1989). Generation and Gender: Normative and Covert Hierarchies. En MacGoldrick, M., Anderson, C. y Walsh, F. *Women in Families. A framework for family therapy*. Estados Unidos: Norton.

Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M. y Walker, G. (1990). *Amor y Violencia: Paradojas de género en las relaciones violentas*. En: Family Proces, 29. No. 4, p. 343-364.

Haley, J. (1997a). *Aprender y enseñar terapia*. Argentina: Amorrortu.

Haley, J (1997b). *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*. Argentina: Amorrortu.

Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ibarra, A. (2004). *¿Qué es la terapia colaborativa?* *Athenea digital*, 5. Recuperado el 20 de mayo de 2013 en: <http://antalya.uab.es/athenea/num5/ibarra.pdf>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e I (2012). Censo de Población y Vivienda 2010. Recuperado el 16 de julio de 2013 en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est>

Jaén, P. y Gallardo, M. (2005). *Psicoterapia de parejas*. España: CCS.

Jenkins, A. (1990). *Invitations to responsibility: The therapeutic engagement of men who are violent an abusive*. Versión digital, traducida.

Jiménez, A. (2005). *Modelos y Realidades de la Familia Actual*. Madrid: Fundamentos.

Johansen, O. (1986) *Introducción a la teoría general de sistemas*. México: Limusa.

Keeney, P. (1987). *Estética del Cambio*. Argentina: Paidós.

Ley General de acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2007). Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 3 de diciembre de 2013 en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Loriedo, C. (1993). *The evolution of Systemic Therapy: from the family change to the therapist change*. Presentado en el Congreso de Sorrento de la Asociación Europea.

Lloret, I. (2004). Enfoque narrativo y violencia: intervención con mujeres que sufren maltrato. En *Intervención psicosocial*. Vol. 13, No. 2. P 165-175. Recuperado el 4 de abril de 2014 en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/91389.pdf>

Mac Kune-Karrer, B y Weigel, C. (2004). El Desarrollo de la sensibilidad del terapeuta en cuestiones de género: un modelo de supervisión. En: *Psicoterapia y Familia*. Vol. 17 No. 1. P. 44 – 55.

Maldonado, I y Auron, F. (1999). Una Terapia de lentes para abordar la violencia. Grupo CAVIDA. En: Araujo, G; Desatnik, O y Fernández, L. *Frente al silencio. Testimonios de la violencia en Latinoamérica*. México: ILEF-UAM Xochimilco.

Montalvo, J. y Espinosa, M. (2011). *Supervisión y terapia sistémica. Modelos, propuestas y guías prácticas*. México: Cree.ser.

Navarro, J. y Pereira, J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. España: Paidós.

OCNF, (2010). *Una mirada al feminicidio en México 2009-2010*. Recuperado el 16 de julio de 2013 en: http://www.boell-latinoamerica.org/downloads/Informe_2009-2010.pdf

O'Hanlon, S. y Bertolino, B. (2001). *Desarrollar Posibilidades*. España: Paidós.

Papp, P. (1988). *El proceso de cambio*. España: Paidós.

Parry, A. y Doan, R. (1994). *Story Re-visions: Narrative therapy in the Postmodern world*. Estados Unidos: Guilford Press.

Ríos J. A. (2005). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja. ¿Crisis u oportunidades?* Madrid: CCS.

Segal, L. (1994). *Soñar la realidad*. Barcelona: Paidós.

Simon, Stierlin y Wynne (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.

Tom, K. (s/f). *Internalized Other Interviewing*. Grupo Campos Eliseos. México.

Torres, L., Rodríguez, M. y Desatnik, O (2012). *Una perspectiva sobre el terapeuta: emociones, creencias y valores que emergen en su trabajo con parejas*. Presentado en el VII Congreso Internacional de Salud mental. Guadalajara, Jalisco. UDG

Torres, L., Rodríguez, M. y Desatnik, O. (2013) *Autopercepción del terapeuta: emociones, creencias y valores que emergen en su trabajo con parejas*. Presentado en el Tercer Congreso de Alumnos de Posgrado. Coordinación de estudios de Posgrado, UNAM. Ciudad Universitaria, México.

Valdés, A. (2007). *Familia y Desarrollo. Intervenciones en Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.

Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En: Eguiluz, L. *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax. P.1-24.

Velasco, F. (2004). *Parejas en conflicto, conflictos de pareja*. México: Textos mexicanos.

Walters, M. (1991). Hogares de Progenitor Único Encabezados por Mujeres. En: Walters, M.; Carter, B.; Papp, P. y Silverstein, O. *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.

Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Buenos Aires: Paidós.

White, M. (1997). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. España: Gedisa.

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

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

White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.