



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

“VICISITUDES EN EL VÍNCULO MADRE E HIJA: UN ABORDAJE SISTÉMICO”

REPORTE PROFESIONAL

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIZET ARTEMIZA VIRGEN ARIAS

TUTORA PRINCIPAL: DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN

COMITÉ TUTORIAL: MTRA. NORA RENTERÍA COBOS

MTRA. ROXANNA PASTOR FASQUELLE

MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ

MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D. F., OCTUBRE DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Reconocimientos

Más que dedicatorias, decidí dar reconocimientos por el papel que varias personas jugaron en el inicio, curso y conclusión de mi maestría.

Apoyo material y afectivo transversal-longitudinal y agradecimiento infinito
Papá, mamá, hermano y familia extensa

Ánimos, solidaridad variada a pesar de los eventos vividos (directa e indirecta) y lugar especial
Ricardo

Acompañamiento en alegrías y momentos difíciles antes, durante y después de este proceso.
Fe, ánimo, energía, escucha, buenos deseos, aliento y cariño
Mis amistades y aliadas

Enseñanzas, aportaciones y apoyo; orientaron en las zanjas y recovecos. Fe y motivación en las aventuras allá, en muy, muy lejano
Mi profesores/as y mi tutora. Mis maestras más allá de las aulas

Contribución en aprendizajes como terapeuta
Equipos terapéuticos y compañeros/as de sede y escuela

Cercanía, sororidad; infusión de ánimos cuando creía no llegar a la meta; presencia hasta los últimos momentos de esta maestría
Mis compañeras especiales de grupo

Conocimiento más allá del ámbito académico o de formación. Fe y confianza en mí durante este camino. Redes
Mis profesores/as-amigos/as

Encuentros en el sendero. Instituciones y personas generosas
En México

Inmujeres-DF, CIVA, Centro Comunitario" Julián Mc Gregor" de la UNAM y "Volcanes"
En Buenos Aires

ISDEBA, Conformación ARCO, Centro Privado de Psicoterapias, UCES. Especialmente al Dr. Omar Biscotti y equipo, Graciela Frascino y equipo, Mtra. Arielle Cotton y equipo, así como a la Dra. Mabel Burin

Generosidad, riqueza y oportunidad
UNAM

Perseverancia en la cristalización de este soñado momento
Yo misma

A todas las personas a quienes no mencioné en escrito pero están, de alguna manera, en este trabajo y en mi corazón. Gracias

ÍNDICE

	Página
Introducción y Justificación	5
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que inciden los casos presentados	9
1.1. Características del campo psicosocial	9
1.2. Principales problemas que presentan las familias	13
1.3. La terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	15
1.3.1. Antecedentes de la terapia sistémica	15
1.3.2. La posmodernidad	19
2. Marco teórico	22
2.1. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y/o posmoderna, que sustentan los casos presentados	22
2.1.1. Modelo de Milán	22
2.1.1.1. Introducción y antecedentes del modelo	22
2.1.1.2. Exponentes principales y sus aportaciones	22
2.1.1.3. Principios básicos	23
2.1.1.4. Técnicas.	31
2.1.1.5. Consideraciones o reflexiones generales	32
2.1.2. Modelo de Terapia Breve del <i>Mental Research Institute</i> (MRI)	34
2.1.2.1. Antecedentes del modelo, exponentes principales y sus aportaciones	34
2.1.2.2. Principios básicos	35
2.1.2.3. Técnicas	38

2.1.2.4. Consideraciones o reflexiones generales	43
2.2 Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados	45
2.2.1. Maternidad	45
2.2.2. Relación madre-hija	48
2.2.3. Maternidad y adolescencia	53
2.2.4. La adopción ante el embarazo adolescente	56
2.2.5. El secreto familiar de la adopción	57
3. Desarrollo y aplicación de competencias Profesionales	60
3.1. Habilidades clínicas terapéuticas	60
3.1.1 Casos Atendidos	60
3.1.2. Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en las que se atendió como terapeuta	61
3.1.2.1. Familia Fresia: <i>¿Eres mi hermana o mi mami?</i>	61
3.1.2.2. Tiffany: <i>Extrañando a mamá</i>	76
3.1.3. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las dos familias elegidas	94
3.1.3.1. Familia Fresia: <i>¿Eres mi hermana o mi mami?</i>	94
3.1.3.2. Tiffany: <i>Extrañando a mamá</i>	110
3.1.4. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico	124
3. 2. Habilidades de investigación	126
3.2.1. Reporte de investigaciones	126
3.2.1.1 Metodología cuantitativa	126
3.2.1.2 Metodología cualitativa	139

3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria	162
3.3.1. Productos tecnológicos	162
3.3.1.1. Producto 1. Directorio de instituciones educativas en terapias sistémicas, en Buenos Aires, Argentina	162
3.3.1.2. Producto 2. Carta descriptiva del taller “Promoviendo las relaciones de buen trato en las familias”	163
3.3.2 Programas de intervención comunitaria	166
3.3.3 Constancias de asistencia a eventos académicos	167
3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional	170
3.4.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional	170
4. Consideraciones finales	184
4. 1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	173
4. 2. Reflexión y análisis de la experiencia	174
4. 3. Implicaciones en la persona de la terapeuta, la profesionista y en el campo de trabajo	177
Referencias	179
Anexos	186

Introducción y justificación

El presente reporte profesional representa al trabajo con el cual se culminan los estudios de la Residencia en Terapia Familiar cursados en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México que de alguna manera, refleja parte de las actividades realizadas durante los dos años de formación de la misma.

Esta maestría profesionalizadora incluye asignaturas teóricas y prácticas, en las cuales se hace una revisión de literatura sobre los diferentes modelos teóricos (Estructural; Estratégico; de Milán y de los llamados “asociados de Milán”¹; Terapia Breve centrada en los problemas del *Mental Research Institute* (MRI); Terapia centrada en soluciones; Narrativa y Colaborativa) y se realiza práctica supervisada de dichos modelos.

Asimismo, se incluyen asignaturas en las cuales se desarrollan investigaciones tanto de modalidad cuantitativa y cualitativa, retomando algún tema relacionado con la Residencia en sí.

Es en este marco que se elabora este reporte, retomando lo antes citado. Este trabajo consta de diferentes partes. En el capítulo uno, “Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que inciden los casos presentados”, se incluyen generalidades de las familias y datos relacionados con su situación actual.

En el capítulo dos se desarrollan aspectos generales de dos modelos de intervención en terapia familiar: la terapia Sistémica de Milán” y del MRI, incluidos en virtud de ser el marco teórico de los dos casos clínicos integrados en este reporte.

¹ En el presente trabajo se estará nombrando como “Modelo de Milán” al de los “Asociados de Milán” -Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin-, diferenciándolo del Modelo de Milán desarrollado por Mara Selvini-Palazzoli y Giuliana Prata, aún cuando, en su origen, los cuatro colaboraron en conjunto. Mayor información al respecto se encontrará en el apartado 1.3 y 2.1.1.

En la primer parte del capítulo tres, “Desarrollo y aplicación de competencias profesionales”, se presenta una estadística de los casos atendidos, ya sea individuos, parejas o familias en las diversas sedes donde se brinda atención psicológica como parte de la Residencia en Terapia Familiar, algunas pertenecientes a la UNAM: el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”; el Centro Comunitario “Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro” y el Centro Comunitario “Los Volcanes”, así como algunas otras con las cuales existe vínculo interinstitucional: el Instituto Nacional de Rehabilitación y el Centro Comunitario “San Lorenzo”, I. A. P.

En la segunda parte de este capítulo se incluye la integración de dos casos clínicos en los que participé como coterapeuta. En el caso de la familia Fresia: “*¿Eres mi hermana o mi mami?*” -analizado a la luz del modelo de Milán”- se abordan diferentes temas durante la consulta, relativos a la relación conflictiva entre madre e hija, asociada a la crianza del más pequeño de la familia: Uriel, así como el tema de los secretos familiares. El caso: “*Tiffany: Extrañando a mamá*” -abordado desde el Modelo de Terapia centrado en los problemas del MRI-, es sobre una joven estudiante, cuyo motivo de consulta son los problemas en el vínculo con su madre, especialmente al sentirla distante, a partir de que tiene una relación de pareja, con la cual Tiffany se siente desplazada.

La integración de estos casos incluye una sección de datos generales de la familia (salvaguardando la identidad de las personas involucradas), resumen de las sesiones, así como un análisis y discusión de los mismos con sus respectivas intervenciones terapéuticas según los modelos de terapia familiar utilizados.

Posteriormente se presentan comentarios finales sobre mi participación general como parte de los diversos sistemas terapéuticos (como observadora, terapeuta y coterapeuta), basados en la cibernética de segundo orden, -desde la mirada de la terapeuta que observa quien, a su vez, forma parte de lo mismo observado- con relación a los casos atendidos en las sedes de práctica antes mencionadas.

El capítulo tres trata los trabajos sobre investigación cuantitativa y cualitativa, desarrollados a partir del segundo semestre de la Maestría. La investigación de corte cualitativo consistió en un estudio realizado con personas que vivían en pareja, para el cual se desarrolló un instrumento con el objetivo de explorar la distribución de las responsabilidades familiares (trabajo doméstico y crianza de hijos/as).

Se realizó la investigación de tipo cualitativo a través del estudio de un caso, con una pareja heterosexual joven que vivían juntos con una hija, con el propósito de explorar los significados de ser mujer, ser hombre, violencia y buen trato en la pareja, a través de una entrevista semiestructurada. Ambas investigaciones se presentan a manera de síntesis, incluyendo el método, así como resultados y conclusiones.

En otro apartado se reportan dos productos tecnológicos (materiales elaborados durante el curso de la maestría), con una breve justificación, resumen, población a quien se dirigió y resultados. En este caso, si bien elaboré una variedad de materiales, se seleccionaron dos: un producto derivado de mi estancia académica en la ciudad de Buenos Aires, con información sobre algunas instituciones que ofrecen formación relacionada con la Maestría en Terapia Familiar, así como la carta descriptiva del taller “Promoviendo relaciones de buen trato en las familias”, impartido en la Facultad de Psicología de la UNAM.

La sección sobre el Programa de intervención comunitaria, contiene los datos de referencia de una propuesta de taller dirigida a padres y madres de familia, sobre los temas de comunicación y disciplina.

Asimismo, se reportan brevemente los trabajos presentados en algunos de los eventos académicos en los que participé durante la residencia: el 2° Congreso de Alumnos de Posgrado de la UNAM y el XIII Congreso de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), en los que se presentó la investigación de tipo cuantitativo antes señalada.

En el apartado final de este capítulo se comenta sobre las consideraciones éticas surgidas durante la práctica profesional de la Maestría.

En el capítulo cuatro se hace una reflexión final de la formación, incluyendo las habilidades y competencias adquiridas útiles en el ejercicio de la profesión, las implicaciones de éstas a nivel personal y profesional y, en general, de la experiencia completa de haber cursado la Maestría en Terapia Familiar en la UNAM.

Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que inciden los casos presentados

1.1 Características del campo psicosocial

Las intervenciones psicológicas, como las del ámbito de la terapia sistémica, han de realizarse tomando en cuenta el contexto. Las vidas de los individuos que acuden a terapia se encuentran enmarcadas en una situación económica, política, cultural, etc., que definen de alguna manera las problemáticas presentadas por las familias, a considerar en el tratamiento que se les brinda. Asimismo, para hablar de familias, es necesario tener un panorama general alrededor de este concepto y su situación en nuestro país.

La familia es un grupo primario de convivencia, seguridad, protección y afecto de los seres humanos; en él se provee de un espacio para el desarrollo y mantenimiento de sus miembros en los niveles social, psicológico y biológico, y cuya estructura rige el funcionamiento de los individuos que la conforman (IMP, 1984; Mayen *et al.*, 2009; Minuchin y Fishman, 1984). Es una construcción social de carácter histórico, que se define como una institución en la cual sus arreglos dependen no sólo de sus relaciones internas o estructura, sino también del contexto social de donde emergen y se desarrollan dichas relaciones (Mayen *et al.*, 2009)².

Giri (2003) considera que hay que hacer una distinción entre *hogar* y *familia*, ya que en la mayoría de las encuestas se toma como unidad de medición el primer concepto, que implica la cohabitación y el compartir un presupuesto alimentario, a partir de lo cual, se identifica a la persona que es reconocida por sus integrantes como jefe o jefa de hogar, y en torno a esa persona se exploran las relaciones de

² A lo largo de este texto, aún cuando se mencione la palabra "familia", se hace referencia a *las familias*, dada la diversidad de configuraciones en las distintas sociedades.

parentesco, para de esa forma distinguir a la/s familias que conforman dicho hogar.

Por su parte, cuando se habla de *familia*, se refiere a una construcción histórico-social que incluye una *dimensión material* del mantenimiento cotidiano entre un conjunto de individuos y una *dimensión simbólica*, relacionada con el sentido que su adscripción adquiere para sus integrantes. Los significados y valores de éstos van construyendo lo que sería el “ideal familiar” de cada momento histórico, con ciertas reglas que determinan lo permitido y lo reprobado en una familia, dentro de una sociedad (Giri, 2003).

En el presente trabajo, se considera que la idea de familia no tiene que ver únicamente con la coresidencia de un grupo de individuos, compartir alimentos o el fin de la procreación; las situaciones sociales e históricas derivan una multiplicidad de formas de familia que exceden estas dimensiones y que dan lugar a una multiplicidad de tipologías varias.

Algunas tipologías de esta diversidad de hogares son (Giri, 2003):

- Unipersonales (una sola persona)
- Multipersonales (dos o más personas)
- Hogares no familiares u hogares sin núcleo conyugal (sin pareja conyugal ni relación padre-madre/hijo-hija) conformado por el jefe/a más otros miembros parientes o no parientes

En cuanto al tipo de familias, se pueden clasificar en:

- Nucleares biparentales o “completas”: una pareja sola o pareja con hijos/as solteros/as
- Monoparentales: conformada por madre o padre con hijos/as solteros/as
- Ampliadas: incluyen además de la familia nuclear completa o monoparental a otros miembros parientes o no parientes.

- Complejas, reconstituidas, recompuestas o nuevas familias (que resultan de divorcio o separación y constitución de nuevos vínculos), con primera unión o posterior, e hijos/as e hijastros/as.
- Familias secundarias: aquellas que se agregan a un hogar en que ya existe otro núcleo familiar (hijos/as con su propia descendencia que retornan al hogar paterno-materno, u otros parientes o no parientes que se agregan, por haber perdido su propia vivienda, empleo, etc., en el marco de una crisis

Las familias no se reducen sólo al ámbito de lo privado, sino que se inscriben también a un marco social que las va definiendo, organizando y transformando. Estas situaciones constituyen variables que influyen sobre las familias en nuestro país (Giri, 2003; Mayen *et al.*, 2010; Valdivia, 2008):

- La urbanización y la industrialización-
- Las crisis económicas, el desempleo
- La aparición y fortalecimiento de nuevos movimientos sociales (como lo fue en su momento la liberación femenina, por ejemplo)
- Cambios en el rol de las mujeres, en particular su presencia en el espacio público³ y no sólo en el privado (doble jornada)⁴
- Aportación de las mujeres al ingreso familiar
- Reducción en la tasa de mortalidad, que ha llevado a un envejecimiento de la población con mayores necesidades de cuidado;
- Disminución de la fecundidad y del tiempo que las mujeres dedican a la crianza de los hijos/as (también debido a su incursión en trabajos desempeñados en el espacio público)
- Incremento de las uniones libres o consensuales

³ Se entenderá por espacio privado al interior de las casas y público, fuera de ellas

⁴ Doble jornada se refiere a la experiencia de las mujeres de combinar sistemáticamente el trabajo en el hogar con el trabajo para el mercado" (Vega, 2001; como se citó en Fernández, s/a).

- Violencia (física, emocional, económica, etc.), especialmente contra mujeres y niñas
- Avances tecnológicos
- Migraciones
- Prevalencia de los estereotipos de género
- Desequilibrio en las relaciones de poder
- Hogares con parejas del mismo sexo
- Retardo de la edad para casarse
- Posibilidades de fertilización asistida
- Segundas y terceras nupcias, etc.

En nuestro país, del 2000 al 2005, el incremento de jefaturas femeninas urbanas fue de un 2.5%, con un total de 24.3% de los hogares y, en el ámbito rural, un incremento del 1.7% con un total del 18.5% de esos hogares. En el DF se presenta el mayor porcentaje, con un total del 28.9% en 2005, frente a Nuevo León donde 18% del total de hogares tiene jefatura femenina, entidad con el porcentaje más bajo (Mayen *et al.*, 2010).

Por ello, ante estas situaciones, no se puede hablar de “la familia” o “la realidad única de la familia” (Mayen *et al.*, 2010). La idea tradicional de familia o familia nuclear (matrimonio de padre y madre e hijos, heterosexual y monogámica), como un modelo único, se va relativamente debilitando, atravesando por una “crisis”, que se puede entender como transformaciones internas, adaptativas y creativas de las familias, frente a las transformaciones económicas, sociales y demográficas del mundo exterior, así como un debilitamiento de una estructura social patriarcal⁵ y el surgimiento de valores centrados en el reconocimiento de los derechos humanos fundamentales (Giri, 2003). Las familias se han ido transformando en su organización, dinámica, ciclo y composición.

⁵ En una sociedad se entiende por estructura patriarcal aquella sociedad con una hegemonía claramente masculina, en la que es el hombre quien tiene el poder y dominio en la comunidad (Postigo, 2001).

Así, a partir de diversos factores históricos y social-estructurales, es necesario complejizar las categorías que definen los hogares. Por ejemplo, la separación de casa y trabajo en las sociedades urbanas e industrializadas trae consigo que, si bien un grupo humano puede dormir bajo el mismo techo, no siempre comparten todo o parte del presupuesto alimentario ni comen juntos(as) todas las comidas o cohabitan y, sin embargo, estos grupos humanos -en tanto estas situaciones no les desmiembre- siguen considerándose a sí mismos(as) como familia (Giri, 2003).

1.2 Principales problemas que presentan las familias

Con el panorama revisado en el punto anterior, se puede tener el contexto general de las familias que acudieron a atención terapéutica a los diferentes centros⁶ externos y pertenecientes a la UNAM, como parte del programa de la residencia en Terapia Familiar. De las problemáticas presentadas por las familias atendidas, algunas más “novedosas” en virtud de las transformaciones de las familias, se pueden citar:

- Dificultades en la comunicación dentro de la pareja y entre padre/madre e hijos/as
- Infidelidad
- Violencia en la pareja (emocional, económica, sexual, física)
- Dudas sobre el estilo de paternaje y establecimiento de límites con los hijos/as
- Dificultades a partir de ser hogares con jefatura femenina
- Confusión para delimitar responsabilidades y cumplir tareas por parte de los varones dentro del espacio privado
- Dificultades familiares a raíz de haber hija parental
- Conflictos de las hijas de la pareja previa con la nueva pareja de la madre/ padre
- Separación de la pareja

⁶ Mencionados en la Introducción y justificación

- Familia multiproblemática (desempleo, delincuencia de los hijos, adicción, autismo del hijo, hogar uniparental, vulnerabilidad social, hacinamiento, dificultades para establecer límites, violencia familiar)
- Afrontamiento ante embarazo adolescente no planeado
- Dificultades para establecer límites entre el sistema individual y subsistema filial/parental
- Consecuencias ante el suicidio de un miembro de la familia
- Dificultades para delimitar las responsabilidades de la madre biológica concernientes a la crianza ante la presencia de una madre sustituta
- Presencia de secretos familiares vs. privacidad (Imber-Black, 1999)
- Dificultades en la relación madre e hija/padre e hija

Para el abordaje de las problemáticas antes citadas, se utilizó como marco teórico el uso de algún modelo terapéutico revisado en la formación en Terapia familiar. En el presente reporte se abordarán dos casos, en los cuales las problemáticas se relacionaban con la presencia de un secreto familiar sobre la madre biológica de un niño que fue adoptado por su madre-abuela biológica, así como con las dificultades en la relación entre madre e hija, analizados –como se mencionó anteriormente- desde el Modelo de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987) y el Modelo de Terapia centrada en los problemas, respectivamente ⁷.

⁷ Mayor información teórica sobre dichas problemáticas, se revisará posteriormente en el apartado sobre los casos reportados (Capítulo 3).

1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

En este apartado se revisarán brevemente algunos antecedentes sobre la terapia familiar sistémica y posmoderna, las cuales han sido utilizadas para abordar algunas de las problemáticas que presentan las familias.

1.3.1. Antecedentes de la terapia sistémica

Un evento importante de los orígenes del pensamiento sistémico aplicado a la terapia familiar, fueron las conferencias Macy en 1942 (Thomas y De Gracia, 2008), en las cuales se discutió acerca de temas relevantes en esta materia.

Algunos de los planteamientos propuestos en dichas conferencias incluían considerar la aplicación de la cibernética para entender los sistemas humanos y sus interacciones, clasificando los diferentes comportamientos como máquinas con un comportamiento intencional intrínseco ; también se retomó la noción de retroalimentación de la ingeniería, en la cual se parte de que la acción producida forma parte de la acción siguiente, permitiendo cambiar la relación establecida entre el estímulo y la respuesta. Si se observara desde el exterior esta interacción, se vería que un objeto aparentemente es capaz de realizar una acción con una determinada finalidad, lo que le permite ajustar su comportamiento a partir de sus propios errores; esto es llamado *causalidad circular* (Thomas y De Gracia, 2008).

Asimismo, se planteó cómo la comunicación puede entenderse en distintos niveles de tipo lógico o niveles de abstracción. Estos conceptos fueron desarrollados en el año de 1952 por el antropólogo Gregory Bateson, quien organizó un proyecto con la finalidad de investigar el tema de la comunicación y los llamados tipos lógicos, en conjunto con Jay Haley, John Weakland y Don Jackson. La investigación realizada especialmente sobre la comunicación esquizofrénica y la llamada teoría del doble vínculo en familias esquizofrénicas, constituyeron los cimientos para el desarrollo de varias

aproximaciones en Terapia familiar. Igualmente, se basaron en la metáfora de las familias como un sistema (Mackinnon, 1983; Thomas y De Gracia, 2008).

Jackson fue el primero en presentar el concepto de homeostasis familiar durante dicho proyecto. Durante los años siguientes, continuaron las ideas de Bateson relacionadas con la Cibernética y la Teoría General de Sistemas (TGS) aplicadas a la comprensión clínica de los procesos familiares, prefiriendo un enfoque de conducta observable por sobre la perspectiva intrapsíquica.

El pensamiento sistémico introducido por Bateson es un tipo de pensamiento global y complejo, basado en la observación sobre los fenómenos. La Teoría General de los Sistemas (TGS) fue descrita por vez primera en 1973 por el biólogo austríaco Ludwing von Bertalanffy, la cual se trasladó también a las ciencias sociales. Un sistema es el “conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1995, p. 117); por lo tanto, la TGS pretende estudiar la composición ordenada de los elementos de un todo unificado y conocer cómo son las interrelaciones e interdependencia de esos elementos (Bermúdez y Brik, 2010).

El pensamiento sistémico permite tener un foco amplio que cuestiona la realidad objetiva y única del pensamiento tradicional, permitiendo poner el foco sobre las relaciones.

Don Jackson en 1959 se separó del grupo y fundó el *Mental Research Institute* (MRI) en Palo Alto, en conjunto con Weakland, Fry, Virginia Satir y Haley, trayendo este último las ideas de Milton Erickson, psiquiatra e hipnotizador, quien concebía los problemas como resultado de los fracasos o persistencia de las personas en tomar acciones equivocadas ante las dificultades de la vida (Mackinnon, 1983).

En 1966, Fisch, Watzlawick y Weakland formaron el Centro de Terapia breve del MRI con el fin de investigar el fenómeno del cambio. Sin embargo, Haley salió del MRI en el mismo año para unirse a Minuchin en Filadelfia, donde trabajaron los siguientes diez años

desarrollando lo que sería la terapia familiar estructural (Mackinnon, 1983).

Para 1974, Haley formó su propio programa, el Instituto Washington de Terapia Familiar, retomando ideas del Modelo de Terapia Breve, la perspectiva estructuralista de las jerarquías y coaliciones, al cual más adelante Cloé Madanes contribuyó (Mackinnon, 1983).

Por su parte, en Milán, Italia, Mara Selvini-Palazzoli, comenzó a investigar los enfoques para el tratamiento de familias con miembros con anorexia. Para investigar y buscar mayor efectividad en el tratamiento, formó un equipo con otros analistas como Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Primeramente se basaron en los hallazgos sobre la comunicación humana desarrollados en América, volviendo más adelante a los planteamientos originales de Bateson. Posteriormente, las mujeres y hombres del grupo se separaron, las primeras trabajando sobre la llamada “prescripción invariable” aplicada a todas las familias, y los segundos, poniendo énfasis en el proceso de la entrevista en sí (Mackinnon, 1983)⁸.

Además de las aportaciones desde el terreno de la biología con la TGS al desarrollo de la terapia familiar, también fueron de interés ideas del campo de la cibernética. En 1948, Norbert Wiener y Arturo Rosenbluth acuñaron el término “cibernética” para denominar el estudio de los mecanismos de *feedback* (retroalimentación) en las computadoras. Ellos planteaban que las máquinas dirigidas hacia un objetivo emplean información de sus propias actividades con el fin de adaptar, o corregir su dirección o actividad de acuerdo a la convergencia, con un estado específico final deseado (Bermúdez y Brik, 2010).

Los conceptos provenientes de la cibernética aplicados a la terapia familiar son: *retroalimentación*, *homeostasis* y *morfogénesis*. La retroalimentación o *feedback* es el efecto de la acción de un miembro de un sistema sobre otro, que se convierte en información, la cual este último empleará para determinar su siguiente acción a realizar por su

⁸ Mayor información en el punto 2.1.1.

parte (Boscolo *et al.*, 1987). El *feedback* negativo es el mecanismo que regula en los sistemas desviaciones de las pautas habituales, manteniendo su modo usual de funcionar; el *feedback* positivo es el mecanismo que favorece la posibilidad de cambio, un desafío al modo de funcionamiento del sistema, provocando un desequilibrio para lograr un nuevo equilibrio según las necesidades de ese momento (Bermúdez y Brik, 2010).

La homeostasis, por su parte, es un estado constante que mantiene un sistema por medio del mecanismo de *feedback* negativo, en oposición a la morfogénesis, que es el proceso por el cual se rompe el equilibrio de un sistema, provocando el cambio por medio del *feedback* positivo (Bermúdez y Brik, 2010).

En el campo de la cibernética hay dos líneas de estudio de los sistemas: la cibernética de primer orden o de los sistemas observados, y la cibernética de segundo orden o de los sistemas observantes. La cibernética de primer orden plantea una separación entre quien observa; lo observado se considera como una cosa en sí misma, estableciendo una relación jerárquica (Bermúdez y Brik, 2010). En terapia, se trata de producir cambios en las reglas y la estructura del sistema, desde una perspectiva más “objetiva” (Biscotti, s/a).

En la cibernética de segundo orden -introducida por Heinz Von Foerster en 1982-, se establece que existe una implicación entre quien observa y lo observado, co-construyendo una nueva “realidad” en una relación de colaboración. Las explicaciones son circulares y los cambios están enfocados en el ámbito relacional. El foco de interés es quien observa que, con sus prejuicios, teorías y sensibilidad, construye y describe dicha “realidad” observada (Biscotti, s/a).

Estas dos posturas, primera y segunda cibernética, determinan diferentes maneras de pensar y, por tanto, de actuar en el trabajo terapéutico. Con este lente, se puede intentar clasificar los modelos terapéuticos en terapia familiar (Tabla 1).

Los modelos de la primera cibernética también pueden considerarse de la época de la “modernidad”. Éste es un período en el

cual se piensa en una realidad terminada y objetiva, en donde la existencia de las *cosas-en-sí*, implica un mundo compuesto de esencias o “especies naturales”. La perspectiva moderna se basa en la idea de que existe una realidad única separada del observador, susceptible de ser conocida objetivamente (Gergen, 1991), tal como se describió anteriormente en la cibernética de primer orden.

1.3.2. La posmodernidad

En el movimiento posmoderno, se hace un desplazamiento de la tradición de guiarse por “verdades únicas”, para aceptar la pluralidad de culturas y discursos, dando voz a “narrativas pequeñas” (locales, culturales, étnicas, religiosas e ideológicas) por sobre una “gran narrativa” (Sánchez y Gutiérrez, 2000). El lenguaje tiene un papel central en el posmodernismo, ya que el conocimiento está construido socialmente a través de éste, el cual, más que representar la realidad, la constituye (Tarragona, 2006).

Para Anderson (1999), el posmodernismo constituye una “sombra” bajo la que caben varias corrientes de pensamiento distintas y, a su vez, interrelacionadas, que son cambiantes y están en construcción.

En este contexto, se ubica a la terapia familiar dentro de un proceso de evolución con respecto a los modelos de los decenios de 1970 a 1989; el posmodernismo revoluciona los conceptos de las teorías estructural y estratégica, basadas en la Cibernética de Primer Orden, hacia una participación más activa en la conversación y más colaborativa entre terapeuta y cliente, donde el primero aceptará la realidad familiar y sus historias sin tratar de modificarla, sino resignificarla; donde las soluciones se encuentren mediante la conversación, en lugar de que sean prescritas o dirigidas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Representantes de las técnicas de aproximaciones postmodernas en terapia familiar son Michael White y David Epston, en Australia y Nueva Zelanda, quienes desarrollaron la terapia narrativa; Harry Goolishian y Harlene Anderson, en Texas, la aproximación colaborativa; Lynn Hoffman, en Massachusetts, el construccionismo social; Tom Andersen, en Noruega, el equipo de reflexión. Asimismo, dentro la corriente posmoderna se puede incluir a la Terapia Centrada en Soluciones de Steve de Shazer y Kim-Berg, y los trabajos de autores como Peggy Penn, Lois Shawver y Jaakko Seikkula (Limón 2005; Tarragona, 2006).

Tabla 1
Modelos terapéuticos de terapia familiar enmarcados en la cibernética de primer y segundo orden⁹

Cibernética de primer orden	Cibernética de segundo orden
<ul style="list-style-type: none">• Terapia breve del MRI• Enfoque estructural• Enfoque estratégico• Escuela de Milán	<ul style="list-style-type: none">• Constructivismo• Construccionismo social• Terapia narrativa• Terapia con equipo reflexivo• Aproximación colaborativa• Terapia Centrada en Soluciones (TCS)

Actualmente se conocen más de 350 formas de hacer terapia, entre las cuales se encuentra la terapia familiar (Burgaleta, Yaniz y Fernández, 1999; como se citó en Schade, Beyebach, Torres, y González, 2009). Pero, como se ha revisado en los párrafos anteriores, dentro de la terapia familiar hay diversas modalidades de actuación terapéutica distintos entre sí, dado que ésta ha sido desarrollado por grupos diversos que trabajan en diferentes contextos y con diferentes propósitos (Couto, Prati, Falcãoy Koller, 2008).

Las “terapias familiares” difieren en sus fundamentos teóricos y premisas, en sus técnicas; en el contexto terapéutico, en el concepto de problema y de cambio, en la relación terapeuta-paciente, en la periodicidad y la duración de las sesiones, etc. Sin embargo, es

⁹ Adaptado de Bermúdez y Brik, 2010; Limón, 2005; Tarragona, 2006.

probable que la mayoría de estas diversas modalidades de intervención con familias coincida en que la forma de intervenir ayuda a lograr cambios beneficiosos para quien consulta (Beyebach, Rodríguez-Sánchez, Arribas de Miguel, Hernández, Martín y Rodríguez-Morejón, 1997; Burgaleta, Yaniz y Fernández, 1999; como se citó en Schade *et al.*, 2009), como en el caso de enfermedades físicas, duelos (Yurss, 2001), esquizofrenia (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1995), anorexia y bulimia (por ejemplo Selvini Palazzoli, Cirillo y Sorrentino, 1998), autismo (por ejemplo Rodríguez, 1995), problemáticas con adolescentes (por ejemplo Micucci, 2005; Selekman, 1996), relaciones entre madre e hijas (Walters, 1991), manejo de secretos familiares (por ejemplo Imber-Black, 1999), entre otras problemáticas que presentan las familias que acuden a consulta.

Capítulo 2. Marco teórico

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

2.1.1. Modelo de Milán

2.1.1.1. Introducción y antecedentes del modelo

El modelo de Milán surge en los años 60's inicialmente con Mara Selvini-Palazzoli, con formación psiquiátrica y psicoanalítica, quien conforma en Italia un grupo junto con Giuliana Prata, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin, para la investigación y tratamiento de familias con niños/as con diagnóstico de psicosis y jóvenes con anorexia (Boscolo, *et al.*, 1987; Keeney y Ross, 1993; Reséndiz, 2012).

El grupo fue fuertemente influido por los trabajos acerca del tratamiento con familias en el *Mental Research Institute* en Estados Unidos, realizados bajo la inspiración de las ideas del antropólogo Gregory Bateson; a partir de ello, las intervenciones del grupo estuvieron enfocadas a los aspectos de la comunicación. Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata fundaron en Milán el *Centro per il Studio della Famiglia* en Milán, con Watzlawick como asesor durante sus comienzos (Boscolo *et al.*, 1987).

2.1.1.2. Exponentes principales y sus aportaciones

Para 1980 el grupo se encontraba dividido: por un lado, Selvini-Palazzoli y Prata se ocuparon de la creación de un modelo de génesis familiar de las psicopatologías y la aplicación de la “prescripción invariable”, una intervención utilizada con todas las familias. Por su parte, Boscolo y Cecchin, se centraron en la creación de un modo de hacer terapia, independientemente de cada tipología, poniendo mayor

énfasis en el proceso de la entrevista en sí; la atención se movió hacia el/la terapeuta (sistemas observantes), dando lugar al desarrollo del llamado Modelo de Milán (Bertrando y Toffanetti, 2004; Mackinnon, 1983), del cual se revisarán algunos conceptos.

2.1.1.3. Principios básicos

En el Modelo de Milán, la terapia se transforma en una terapia que conlleva una teoría general (la teoría sistémica *batesoniana*, enriquecida con elementos constructivistas) y una teoría de la técnica, que incluye tres principales conceptos: hipotetización, neutralidad y circularidad, tres principios considerados beneficiosos para la coordinación efectiva de las sesiones terapéuticas (Bertrando y Toffanetti, 2004; Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

Hipótesis

Las hipótesis son suposiciones fundamentadas en un razonamiento, que pueden servir como punto de partida para una investigación, cuyo valor funcional no tiene que ver con la veracidad o falsedad de la misma, sino con la plausibilidad o utilidad que ésta pueda tener para dirigir la búsqueda de información y como guía para la intervención terapéutica, ya que las hipótesis tienen un carácter organizativo.

En el trabajo del grupo de Milán con familias con miembros psicóticos, desde el que se establece la importancia del descubrimiento del “juego familiar” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1993), se transita a la creación de hipótesis, que es simplemente una explicación coherente que reúne a todos los miembros del sistema observado en un patrón plausible (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Desde el modelo de Milán, las hipótesis formuladas deben ser sistémicas; es decir, incluyendo a todos los componentes de la familia y proporcionando una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980).

Valeria Uguzzio (1985) plantea que las hipótesis sistémicas utilizadas por el grupo de Milán son definidas como esquemas explicativos producidos por el/la terapeuta, intentando responder al “¿por qué?” de la conducta sintomática, ofreciendo motivos para las conductas disfuncionales, de tal forma que involucran mínimo a tres o más miembros del sistema. Sin embargo, las hipótesis se refieren a razones más que a causas, ya que las razones implican la participación activa o una intencionalidad por parte de la persona, mientras que desde la “causa” de un síntoma, el/la paciente es una víctima pasiva de una fuerza fuera de su control.

Es fundamental ir modificando nuestras hipótesis de ser necesario, enriqueciéndolas con puntos de vista alternativos (por ejemplo, con el equipo terapéutico), para evitar aferrarse a una hipótesis “verdadera” que introducirá rigidez al proceso y cerrará el diálogo. Para lograr esto, la terapeuta puede valerse del principio de circularidad (Uguzzio, 1985).

Circularidad

Se refiere a la habilidad de la terapeuta para dirigir sus intervenciones, con base en las retroalimentaciones que da la familia en respuesta a la información que se le pide acerca de las relaciones, las diferencias y los cambios (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980). La terapeuta hace una intervención o movimiento y observa el efecto, a la par que observa qué efecto tiene en sí mismo/a.

La circularidad se funda en la idea de que las personas se conectan entre sí a lo largo del tiempo, según pautas particulares a las que identificamos como “familias” (Boscolo *et al.*, 1987). De esta manera, es posible pensar en que los miembros de la familia se interinfluyen entre sí, mientras que la terapeuta puede influir en éstos, a su vez que ella está siendo influida por la familia.

La circularidad le permitirá a la terapeuta contrastar hipótesis, ideas, impresiones y emociones con las respuestas de los miembros de la familia, lo que le facilitará cambiar de posición tantas veces sea

necesario para lograr encontrar un entendimiento compartido de lo que sucede en la sesión (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Neutralidad

En 1987, Boscolo y sus colaboradores se referían a la neutralidad como una “compañera de ruta” del interrogatorio circular y la elaboración de hipótesis. Se la expone mejor por sus resultados: si preguntásemos a cualquier miembro de una familia... de parte de quién está el terapeuta,... concordarían en que no está de parte de nadie” (Boscolo *et al.*, 1987, p. 126).

En este sentido, la circularidad tenía que ver con el efecto que las conductas de la terapeuta al llevar una sesión, ejercían sobre la familia con relación a la alianza terapéutica, que en una “suma algebraica” debía ser igual a cero (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980). Asimismo, al mantener esta neutralidad, la terapeuta se aleja de la consideración de los juicios o rótulos como hechos en una familia; la neutralidad actúa en oposición a la moralidad y permite evitar activamente la aceptación de cualquier posición dada como más correcta que otra (Boscolo *et al.*, 1987; Cecchin, 1987). Más adelante, Cecchin replanteó la neutralidad no como una ausencia de toma de posición, sino como un estado de curiosidad (Bertrando y Toffanetti, 2004).

La neutralidad, aunque principio para la conducción de la sesión, también podría considerarse como una postura terapéutica.

Conceptos relativos al proceso terapéutico

Existen otros elementos relativos al proceso terapéutico que desde el enfoque de Milán, también son consideraciones fundamentales:

Tiempo

Es una abstracción derivada de nuestra experiencia de secuencia y cambio por un lado y, por otro, de la presencia estable de los objetos en

proceso de cambio. El tiempo puede ser concebido de manera diferente por diferentes personas, por diferentes grupos de personas o incluso por la misma persona en diferentes momentos (Boscolo y Bertrando, 1992). Así, considerado como parte de la meta de las intervenciones terapéuticas, está relacionado con el hecho de poder favorecer la armonía y posibilidad de la evolución; movilizar o dar continuidad a un tiempo detenido en un proceso personal o familiar; promover la noción de futuro; contextualizar a los individuos, familias, sistemas sociales en una perspectiva temporal; favorecer la armonía entre los tiempos individuales, sociales, culturales; etc. (Boscolo y Bertrando, 1992).

Incluir el factor tiempo en la observación auxilia en la comprensión del síntoma como una especie de solución ingeniosa a las dificultades a las que se enfrentaba la familia en un momento determinado (Hoffman, 1992), considerando que el presente es el único marco para la acción (Boscolo y Bertrando, 1992).

Sistema significativo

Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1989) afirman que el sistema significativo o significativo incluye todas aquellas unidades (personas o instituciones) que se activan en el intento de aliviar los problemas cuya solución se solicita a los profesionales. Aquí se incorpora la figura de la terapeuta, así como un centro, la familia, la persona o institución que la ha derivado y a veces también se incluyen otros sistemas que participan en el tratamiento, como las escuelas o los tribunales. No sólo incluye a las personas, sino también a las ideas y los significados conectados con los problemas presentados como son vistos y descritos por quien observa y al observador mismo, cuyas descripciones están condicionadas por sus prejuicios y teorías (Boscolo y Bertrando, 2000).

Así, se concibe a la familia y al terapeuta como integrados en un contexto más general (profesionales, institución, cultura, etc.) que les influye constantemente, y se toma todo el campo como unidad de tratamiento (Hoffman, 1992).

Otros conceptos relacionados con la evolución de los anteriormente descritos, tienen que ver con la persona de la terapeuta en sí, y que constituyen formas de mirar a las familias. Algunos de éstos son:

Posición del/la terapeuta

Cecchin reelabora la idea de neutralidad, a partir de la cual propone la de curiosidad y, posteriormente, la de irreverencia y la de los prejuicios como terapeuta (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Curiosidad

Cecchin (1987) menciona que la circularidad, junto con la hipotetización, son técnicas alimentadas por la curiosidad, la cual lleva a explorar e inventar puntos de vista y movimientos alternativos en el proceso terapéutico, distanciándose de tomar una posición particular.

Esta curiosidad aumenta la posibilidad de tener múltiples "historias" aplicables para describir una interacción. Así, la atención sobre un patrón de interacción genera una especie de curiosidad acerca de cómo se ajustan entre sí las descripciones de los miembros de la familia, sin que se seleccione la "mejor descripción", sino que se busca descubrir de qué modo las descripciones se ajustan entre sí, ante una lógica ni buena ni mala, sino operativa. Es así como se reformula la neutralidad no como una ausencia de toma de posición, sino como un estado de curiosidad.

Si se es curioso, se puede ser capaz de cuestionar las premisas propias y de la familia y no dar información por entendida a priori, lo que elimina la posibilidad de preguntar y tratar de entender junto con la familia, lo cual puede generar aburrimiento o síntomas somáticos en la terapeuta, cuando se ha perdido dicha curiosidad (Cecchin, 1987).

Irreverencia

Se refiere a una postura mental, desde la cual el/la terapeuta pueda ser flexible y adaptable para mantener una "falta de respeto sana" hacia toda idea que restrinja su creatividad y capacidad de maniobra y limite

sus opciones. Antes bien, adoptar la postura de irreverencia significa poder luchar contra las “verdades” reificadas; sistemas de creencias, patrones y relatos que restringen a la familia o la certidumbre propia y de la familia. La irreverencia no excluye la posibilidad de tomar una acción, por ejemplo, de tener una hipótesis como terapeuta, sino que implica más bien “jugar con ella”, explorarla y hacerse responsable de sus elecciones (Cecchin, Lane y Ray, 1998).

Prejuicios

Se refieren a las fantasías, ideas, verdades aceptadas, presentimientos, preconceptos, nociones, hipótesis, modelos, teorías, sentimientos personales, estados de ánimo y convicciones ocultas; es decir, cada pensamiento preexistente que contribuya a la formación de un punto de vista de las percepciones y las acciones en un encuentro con otras personas. Los prejuicios son inevitables y, por tanto, en la relación terapéutica estarán presentes los de la terapeuta y los de la familia. Como terapeutas sistémicos, es importante poder conocerlos y ser capaces entonces de dudar sobre nuestras propias ideas, evitar ser demasiado entusiastas con ellas, y tratar de entender los prejuicios de la familia, sin imponer los propios (Cecchin, Lane y Wendel, 1997).

Respeto

Es una posición del terapeuta, en la que se va en contra del método tradicional, que clasifica a las personas de acuerdo a un diagnóstico. Es aquello que permite incluir y tratar al otro(a) como similar, tratando a las personas como fin y no como medio (Canova, 2005).

Posiciones múltiples del saber de la terapeuta

Según Umberta Telffener¹⁰, existen posiciones (palabra descrita por David Campbell) múltiples del saber como terapeutas, a partir de lo

¹⁰ Telffener, U. (2012, septiembre). *La posición plural del saber en el proceso terapéutico*. Ponencia presentada en el Seminario “Terapia Sexual Sistémica: el abordaje relacional de la sexualidad y la

que sabemos (o no); es decir, lo que conocemos, lo que fuimos tomando de los libros y de nuestra experiencia. Se puede hablar entonces de cuatro posiciones:

- a) Saber de saber: es la capacidad de reflexionar sobre las categorías y sobre los lentes que utilizamos. Implica explicitar desde dónde estoy observando lo que observo, por lo tanto, lleva a ser cautelosos y a hacerse responsables de lo que sabemos.
- b) Saber de no saber: es la capacidad para hacernos preguntas, para cuestionar las enseñanzas que hemos tenido, pensar que pueden existir otras alternativas, impresionarnos, en lugar de irse de inmediato a la epistemología dominante. Es la consciencia de nuestra ignorancia, que puede invitarnos a renunciar a la idea de conocer el sistema, trabajar con las aristas que emergen sin pretender controlar o conocer el mundo del otro/a.
- c) No saber de saber: es la posibilidad de no controlar cada una de nuestros movimientos, confiando en nuestra intuición y en lo que emerge de nosotros; es la posibilidad de improvisar y de “danzar” con los/as otros/as.
- d) No saber de no saber: es la ceguera presente en cada situación, el lugar que no podemos lograr ver, no nos damos cuenta por estar demasiado cerca o lejos de nosotros, zonas que no queremos ver o a donde no queremos ir, por lo que ni siquiera nos imaginamos, ya que elude completamente a nuestro ámbito, hasta que alguien que viene de fuera nos informa (por ejemplo, el equipo observador).

Se trata así de tener la posibilidad de elegir entre estas diferentes posiciones del saber, evitando dar por comprendido el conocimiento, antes bien, recurriendo a la curiosidad, a la humildad. Depende de nuestros aprendizajes previos que unas cosas las consideremos o no. No sólo es no saber una respuesta, sino la posibilidad de poner dudas

de cómo fue formulada una pregunta; no significa no saber nada, sino arriesgarse, comenzar en cada ocasión desde el inicio.

Conceptos relativos a las familias

Hipótesis

En este caso, son las explicaciones que las personas tienen con respecto a su propio comportamiento, las cuales pueden explorarse a través de las preguntas explicativas (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985).

Creencias familiares

De acuerdo con Valeria Uguzzio (1985), las creencias familiares son explicaciones, interpretaciones, atribuciones de significado e intencionalidad que los miembros de la familia tienen respecto a su conducta y la de otros miembros, ante la situación patológica en la familia, ante todos los problemas derivados de ésta y los referentes a la terapia.

Premisas familiares

Las premisas o mitos familiares son creencias estructuradas que la familia mantiene de forma inconsciente. Conllevan a una visión compartida de la realidad por parte de los integrantes de la familia, y dictan relaciones, es decir, cómo se debe actuar (Boscolo *et al.*, 1987; Reséndiz, 2012).

La premisa es una idea básica que mantiene a la familia andando. A partir de ésta, se puede establecer una hipótesis. Lo importante es descubrir la premisa que opera en el nivel más superior, así se tendrán más formas para provocar el cambio. Lo primordial es pensar al nivel de la premisa básica de la familia. También es importante tener claras la premisas del/la terapeuta, que desde lo sistémico, es la epistemología circular; la terapeuta crea tensión entre su premisa y la de la familia,

pudiendo lograr que la familia tenga que cambiar la suya (Boscolo *et al.*, 1985).

2.1.1.4. Técnicas.

Connotación positiva

En la obra *Paradoja y contraparadoja* (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1975), se describe la connotación positiva, que consistía en presentar al síntoma como motivado por razones “altruistas” por parte del paciente identificado y por los demás miembros del sistema, incluyendo a todos los miembros de la familia, con el objetivo de respetar su necesidad de proteger su equilibrio y reducir el riesgo de incrementar su resistencia al cambio.

La evolución posterior del concepto modificó la idea de que el síntoma era algo “bueno” o que la familia necesitaba, entendiéndolo más bien como una “connotación lógica”, en la que se reconoce lo significativo, comprensible e indispensable de su contexto en un momento determinado. Fue cuestionada en su uso como parte de la intervención final, al considerar que el interrogatorio circular podría ser suficiente para impulsar movimientos en la familia (Boscolo *et al.*, 1987).

Preguntas circulares

Las preguntas circulares constituyen un elemento terapéutico en sí mismo, configurándose como la intervención más importante de los terapeutas sistémicos de Milán (Bertrando y Toffanetti, 2004). Las preguntas circulares invitan a un miembro de la familia a *metacomunicar*¹¹ sobre la relación de otros miembros; promueven las diferencias, nuevas conexiones de ideas, significados y comportamientos que pueden no sólo orientan a la terapeuta, sino que

¹¹ Basándonos en las ideas de Bateson, metacomunicar se refiere a la comunicación ocurrida en un nivel superior de abstracción al denotativo o descriptivo; incluye mensajes implícitos o explícitos en los que el tema del discurso es la *relación* entre los hablantes (Cortés, 2003).

pueden actuar sobre la familia, modificando las premisas de sus miembros.

Existen diferentes tipos de preguntas circulares, algunas de las cuales son (Palazzoli *et al.*, 1980): 1) Preguntas triádicas, en las que se pide a una persona que comente la relación que existe entre otros dos miembros de la familia; 2) Sobre diferencias de comportamiento: más que sobre una cualidad intrínseca de las personas; 3) Sobre cambio en el comportamiento, antes o después de un evento específico; 4) Sobre circunstancias hipotéticas; 5) Graduación de los miembros de la familia con respecto a un comportamiento o a una interacción específica. También son importantes las preguntas hipotéticas y a futuro.

2.1.1.5. Consideraciones o reflexiones generales

Con respecto a la evolución del enfoque, aunque los asociados de Milán fueron influidos indirectamente por el trabajo de Erickson a través de su contacto con el MRI, la medida de esta influencia fue significativamente menor, regresando directamente al trabajo de Bateson y el trabajo inicial de Haley, e incluso retomando la tradición psicoanalítica de neutralidad y no directividad (Mackinnon, 1983).

Sobre el texto medular *Hypothesizing, Circularity and Neutrality* (Selvini *et al.*, 1980), desde su escritura hasta entonces, los asociados de Milán se han percatado cada vez más de que las preguntas mayormente efectivas son las hipotéticas y las referentes a soluciones futuras. Además, anteriormente la mayoría de las preguntas eran del tipo en el que se pide a la persona que describa las relaciones entre otras dos o tres personas (relativas a la fenomenología y comportamiento); sin embargo, más recientemente preguntan lo que la gente *piensa* acerca del comportamiento (preguntas explicativas) o hipótesis que la gente tiene respecto de su propio comportamiento (Boscolo *et al.*, 1985).

Asimismo, aunque los asociados de Milán siguen con algunos de los lineamientos de la antigua escuela, han incorporado la perspectiva del tiempo y otras técnicas que no pertenecen al antiguo modelo;

consideran que lo importante de tomar lo que es útil de cada modelo, facilita la flexibilidad del/la terapeuta y le enriquecen. Han encontrado que los tiempos son subjetivos: el tiempo de la familia, el de la cultura, el de las instituciones, el del individuo, y que esta diversidad requiere de una coordinación, para no caer en las patologías (Rodríguez, 2004).

Siguiendo con la idea del tiempo, otro cambio es la duración de la terapia que está acorde con el modelo con el que se trabaja. En este caso, partiendo de que cada familia y persona tienen su propio tiempo, proponen que la terapia no se delimitara para un periodo determinado, como lo hizo el primer equipo de Milán; de hecho, lo que proponen es que desde la primera sesión se pongan en marcha posibles cambios no vinculados a ningún programa ni a pasos establecidos de antemano, por lo que cada sesión es la primera (Boscolo y Cecchin, 1996; como se citó en Rodríguez, 2004).

2.1.2. Modelo de Terapia Breve del *Mental Research Institute* (MRI)

2.1.2.1. Antecedentes del modelo, exponentes principales y sus aportaciones

En 1959, Don Jackson dejó el proyecto de investigación coordinado por Bateson (ver 1.3) y fundó el MRI, en el que se continuaron utilizando los conocimientos generados durante dicho proyecto de investigación (Mackinnon, 1983). Más adelante, en 1962, Haley se unió al MRI aportando su interés por las ideas de Milton Erickson (Mackinnon, 1983).

Para 1966, Fisch, Watzlawick y Weakland formaron el Centro de Terapia breve del MRI, en conjunto con Arthur Bodin. El proyecto se inició con tres objetivos: solucionar de manera rápida y eficiente los problemas de las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio que pudiera ser comprendido y aplicado por otros, y estudiar los cambios de los sistemas familiares (Espinosa, 2004).

Para lograrlo, investigaron el fenómeno del cambio, proponiendo dos tipos diferentes: uno que ocurre dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema en sí mismo (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2007), los cuales serían conocidos como cambio tipo 1 y tipo 2, respectivamente.

El equipo investigaba la forma en que, a través de la terapia, fuera posible efectuarse un cambio en un máximo de 10 sesiones de una hora, proponiendo intervenciones poco convencionales e innovadoras - comparadas con los métodos tradicionales- que actualmente continúan aplicándose (Mackinnon, 1983).

2.1.2.2. Principios básicos

A continuación se citarán algunos elementos teóricos que ayudan a explicar la perspectiva de trabajo del MRI.

Sistema conceptual del modelo (Espinosa, 2004, pp. 120-121)

- No busca causas históricas
- Considera que toda conducta normal o problemática, sea cual fuere su relación con el pasado o con los factores de la personalidad individual, está configurada y conservada (o cambiada) de manera continua por los esfuerzos que tiene lugar en el sistema de interacción social del individuo que presenta tal conducta. Por tanto, el mantenimiento de un problema se debe a conductas actuales y, para eliminarlas o transformarlas, se deben alterar los patrones de interacción familiar
- Los problemas ocurren por un mal manejo de las dificultades cotidianas o por una mala adaptación a transiciones en el ciclo de la vida
- Una dificultad mal manejada es un intento de solución
- Se interesa por la definición precisa de intervenciones que tienen como objetivo bloquear o interrumpir los circuitos que perpetúan el problema
- No busca la patología, además de que no es normativa, con estándares de normalidad o funcionalidad; la meta es el objetivo de cambio del paciente
- No es una terapia de crecimiento o que busque la verdad; antes bien, busca redefinir las “verdades” o las diferentes formas de ver la realidad
- No se consideran las ganancias secundarias
- Se acepta todo lo que el paciente ofrece, incluso la “resistencia”
- Se trabaja con un solo problema por tratamiento y se jerarquizan los problemas secundarios;

- Se buscan pequeños cambios, que producirán otros cambios
- Se trabaja con clientes (miembros del sistema más preocupados y dispuestos para hacer algo) y no con “pacientes”

Concepción del problema

Como se ha mencionado, no existe un interés por entender el origen de los problemas, sólo por entender el modo en que las personas mantienen sus problemas con sus intentos bienintencionados, pero desafortunados, por superarlos. Se considera que una dificultad se convierte en un problema (patológico) cuando se esfuerzan en aplicar más de la misma solución ineficaz reiteradamente (Fisch, Weakland y Segal, 2010; Ochoa de Alda, 1995). La secuencia está regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución, al mismo tiempo que aquél es mantenido por ellos.

El síntoma, entonces, se origina en un cambio en la vida del paciente y/o de su familia, al que los autores denominan “dificultad”, que requiere de un nuevo tipo de respuesta (Watzlawick, 1989; Watzlawick, Weakland y Fisch, 2007).

Concepción de la familia

Se puede trabajar con todo el sistema familiar o con partes; el/la paciente real es quien reporta el problema; sin embargo, se analiza quién está motivado al cambio, ya que a mayor motivación, mayor probabilidad de éxito. Se puede ver a la familia completa, con fines de esclarecimiento, pero no necesariamente se trabaja con todos los miembros (Espinosa, 2004; Ochoa de Alda, 1995).

Cambio

Watzlawick, Weakland y Fisch (2007), se basaron en dos teorías abstractas y generales, pertenecientes al campo de la lógica matemática: 1) la teoría de los grupos, y 2) de la teoría de los tipos lógicos.

La teoría de grupos surgió durante la primera parte del siglo XIX, desarrollada por el matemático francés Évariste Galois. De acuerdo con la teoría, se demuestra cómo cambios particulares no ocasionan diferencia en un grupo de elementos.

La teoría de los tipos lógicos habla de que cualquier cosa que comprenda o abarque a *todos* los miembros de una colección, no debe ser un miembro de la misma, por lo que el cambio implica siempre un nivel inmediatamente superior, lo cual supone una variación, discontinuidad o transformación que conduce fuera de un sistema.

Por lo tanto, con base en ambas teorías, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio:

- 1) *Cambio tipo 1*: el que ocurre dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado (sin cambio)
- 2) *Cambio tipo 2*: es el *cambio del cambio*, cuya aparición cambia el sistema mismo, a través de un salto lógico

Es fácil observar esta distinción a nivel teórico, no así a nivel práctico. El objetivo terapéutico es alcanzar un cambio ₂, en relación a la clase de solución intentada; es decir, crear una nueva clase de intentos de solución, al contrario del cambio tipo 1, que comprende cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas o tipo lógico, que sólo contribuyen al mantenimiento del síntoma.

Estrategias y establecimiento de objetivos terapéuticos

Las estrategias se apoyan en una hábil utilización de la postura del/la paciente y de familiares ante (Ochoa de Alda, 1995):

- El problema
- La terapia
- La terapeuta

Los/as clientes definen las metas concretas a conseguir con el tratamiento, de forma que el trabajo terapéutico se oriente a su consecución, lo cual permitirá que ambas partes sepan cuándo finalizar la terapia y exista referencia de su eficacia.

Así, las estrategias que sigue la terapeuta (Ochoa de Alda, 1995; Sánchez y Gutiérrez, 2000) son:

1. Definición operativa de objetivos en términos de conducta;
2. Elección de un cambio mínimo definido en conductas concretas, posterior a una planificación que facilite el inicio de un efecto de “irradiación”;
3. Elegir la estrategia efectiva que se aparte en 180° del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta entonces, haciendo algo diferente, incluso opuesto a lo que se venía haciendo;
4. Utilización de la postura del/la paciente, incluyendo lenguaje, sistema de valores, actitud ante el problema, terapia y terapeuta, para persuadirle de que se lleve a cabo la intervención propuesta, lo cual facilitará la aceptación de las sugerencias

2.1.2.3. Técnicas

Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas (Fisch, Weakland y Segal, 2010):

- a) Intervenciones generales: tienen un ámbito de aplicación mucho mayor que las intervenciones principales. Pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y son tan amplias como

para usarse en una extensa gama de dificultades, e incluso son suficientes para solucionar por sí mismas el problema de la persona.

Estas intervenciones son las siguientes (Fisch, Weakland y Segal, 2010; Ochoa de Alda, 1995):

1. *No apresurarse*: consiste en sugerir no apresurarse en la solución del problema. Es útil con personas cuya solución intentada es esforzarse mucho por superar el problema, ya que si reducen su esfuerzo, el síntoma remitirá; o con personas pasivas que urgen al terapeuta para que lleve a cabo una acción curativa, por lo que se les pide que vayan más despacio.
2. *Los peligros de una mejoría*: se puede considerar ampliación de la anterior y se usa con algunas clases de “resistencia”: cuando la persona no ha realizado la tarea prescrita en la sesión anterior y en síntomas como la ansiedad. Si la postura es de oposición a la terapeuta, la intervención funciona acelerando el cambio. Por otro lado, si la persona comprueba que la mejoría no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligada a exigirse rendir más.
3. *Un cambio de dirección*: Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado, o se comienza a discutir con el/la cliente, la terapeuta cambia de dirección (postura, directriz, estrategia), argumentando que se ha dado cuenta de que ha seguido un camino equivocado, lo cual ha consultado con una persona experta que le ha recomendado variar el rumbo de la terapia.
4. *Cómo empeorar un problema*: en lugar de sugerir una acción para mejorar, se ofrece ésta para que las cosas

empeoren. Es útil cuando la persona se ha “resistido” a anteriores sugerencias o no desea probar algo nuevo. Educadamente se enumera todo lo que han hecho las/os pacientes para “solucionar” el problema, subrayando el papel activo de la persona en la persistencia del síntoma, esperando asuman una expectativa de control interno del mismo.

b) Intervenciones principales: las intervenciones principales se utilizan después de haber *recogido datos suficientes* y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Estas intervenciones se definen con base en una tipología de los intentos de solución efectuados por las personas (Fisch, Weakland y Segal, 2010):

1) *El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo:* el/la paciente presenta una dolencia relativa a sí mismo/a, no a otra persona. Pertenecen a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico, con un rendimiento fluctuante. Las personas se esfuerzan por asegurar un rendimiento normal o efectivo. Es probable conseguir la solución cuando el/la paciente renuncia a sus intentos de solución y deja de esforzarse demasiado.

2) *El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo:* Estos/as pacientes se quejan por estados de terror o ansiedad (fobias), bloqueos en escritura o en otras áreas de la creatividad, el rendimiento o similares. Estos estados pueden surgir o mantenerse sin necesidad de la intervención de nadie más. La “solución” intentada es prepararse para ese temido acontecimiento, tratando de dominarlo con antelación. Se propone exponer a la persona a la tarea temida, al mismo tiempo

que se le impide que la acabe con éxito, evitando así se exijan dominarla.

3) *El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición:* los problemas relacionados con esta solución tienen que ver con un conflicto en una relación interpersonal sobre temas que necesitan una colaboración mutua. Es raro que se presenten las dos partes involucradas, más bien se presenta la persona que piensa que la otra amenaza o niega la legitimidad de su propia posición, usualmente sermoneándole a ésta. Se trata de que la persona solicitante se coloque en una actitud complementaria, sin seguir el juego simétrico.

4) *El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación:* aquí se busca conseguir espontaneidad mediante la premeditación: una parte desea que la otra persona hiciera algo que le pide y que, además, quiera hacerlo. Se propone entonces que A solicite directamente lo que desea a B, de quien se quiere obtener la espontaneidad.

5) *La confirmación de sospechas del acusador mediante la autodefensa:* En estos problemas, alguien sospecha que la otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado, por lo que A acusa a B, y ésta responde mediante la negación y la autodefensa, lo que confirma las sospechas de A. Aquí se propone que B acepte las acusaciones incluso hasta el absurdo.

La capacidad de maniobra de la terapeuta

Si bien ésta no constituye una técnica, es un elemento fundamental que el grupo del MRI considera para poner en práctica lo que la terapeuta juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento, teniendo la libertad de emprender acciones dotadas de un propósito, en la forma que la terapeuta considere más adecuada, a pesar de posibles “obstáculos” o inconvenientes presentados (Fisch, Weakland y Segal, 2010).

Los medios para aumentar la capacidad de maniobra son los siguientes:

- 1) *Oportunidad y ritmo:* la terapeuta decide retirarse de la postura asumida con un paciente o abandonar la estrategia inicial, en vez de aferrarse insistentemente a ella. Esto se recomienda cuando se encuentre con una resistencia significativa por parte del paciente, desde sus primeros indicios ya que, de insistir en una estrategia no funcional, se arriesgará a aumentar dicha resistencia o a una pérdida de credibilidad por parte del/la paciente. Lo anterior se logra explorando los valores, opiniones y prioridades de quien acude a terapia.
- 2) *El tiempo necesario:* es importante que no se le presione a la terapeuta para que actúe, sino que ha de tomar el tiempo necesario para pensar y planificar, lo cual implica también no ser influido por el apremio de los/as pacientes. A la larga, este tiempo invertido servirá para reducir el tiempo dedicado al tratamiento global
- 3) *Uso de lenguaje condicional:* se refiere a responder a las preguntas del/la paciente con afirmaciones condicionadas, sin comprometerse con una postura que condujera a desacuerdo o debate por parte de los/as pacientes. Las condiciones indican en una parte de la oración una sugerencia, y en otra parte, una tentativa que modifica la primer parte.
- 4) *El/la cliente debe concretar:* a diferencia del punto anterior, hay que ayudar para que la paciente asuma posturas comprometidas y bien definidas, ya que la información vaga puede plantear problemas en cualquier fase del tratamiento. Es decir, la capacidad de maniobra de la

terapeuta depende de la falta de capacidad de maniobra de la cliente.

- 5) *Actitud igualitaria*: es importante hacer que la terapeuta logre que el/la cliente le comunique información estratégica y que siga las sugerencias o tareas encomendadas. Para conseguirlo, han de evitarse posiciones de superioridad en la que se transmite con comentarios como que el/la paciente no ha conseguido aún la solución adecuada, que la colaboración requerida consiste en cumplir las órdenes recibidas o que dicha colaboración se realiza en beneficio de la terapeuta y no necesariamente en su propio beneficio.

2.1.2.4. Consideraciones o reflexiones generales

Desde 1959, el Instituto de Investigación Mental de Palo Alto, California, ha sido una de las principales fuentes de ideas en el campo de los estudios de interacción sistémica, aplicado a individuos, parejas y familias¹². Ha constituido un modelo innovador para el enfoque integral de la terapia breve, modelo que ha influido en posteriores enfoques de terapia breve en todo el mundo.

Continuando con la investigación aplicada y el desarrollo de la teoría, han ampliado el uso de los conceptos de interacción humano en comunidades, escuelas y empresas¹³. El MRI actualmente sigue trabajando la forma ortodoxa del modelo: definición del problema, establecimiento de la meta mínima e intervenciones (Espinosa, 2004).

La aplicación de la terapia breve puede resultar difícil debido a que se aparta de modelos tradiciones de normalidad y diagnóstico, patología o disfuncionalidad. Quienes la practican han de suspender su concepción tradicional para tratar casos clínicos, ya que la contradice.

¹² Fuente: <http://www.mri.org/index.html> social.

¹³ Ídem

El problema son las raíces epistemológicas, ya que la terapia breve no es lineal, sino ecológica, sistémica, relacional, circular o cibernética (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Quien trabaja con terapia breve trata de comprender el problema de los/as clientes desde una perspectiva que privilegia la interacción humana, apoyándose en la comunicación, sobre la base de que el lenguaje construye significados y está presente organizando la vida en la familia y en otros contextos (Espinosa, 2004).

2.2 Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados.

En esta sección se revisarán brevemente algunos de los temas presentes en los dos casos presentados (“*Tiffany: Extrañando a mamá*” y el de la familia Fresia “*¿Eres mi hermana o mi mami?*”) en este reporte profesional: la maternidad, la relación madre e hija adolescente, la madre adolescente y, en el caso de la familia Fresia, la adopción y la presencia de secretos familiares. Aquí se incluirá información histórica y teórica que se relacionará con los casos presentados.

2.2.1. Maternidad

La crianza no es una tarea tan simple; desde la perspectiva feminista, se ha afirmado que la maternidad no es natural, universal ni necesaria; antes bien, constituye una contradicción social (Badinter, 1980; Hays, 1998)

Las ideologías de la crianza infantil y la maternidad han variado histórica y culturalmente. Elizabeth Badinter (1980) investigó este fenómeno. Demostró que, antiguamente, los niños se consideraban un juguete caprichoso que debía ser criado por una nodriza. Las relaciones entre madre e hijo/a eran indiferentes, o se recomendaba normalmente la frialdad y desinterés, sobre todo por las muertes infantiles, que eran frecuentes, o por intereses económicos o conveniencias sociales.

En ese entonces se consideraba normal que las mujeres, aún disponiendo de medios para criar a sus hijos/as junto a ellas y quererles no lo hicieran, ya que era una ocupación indigna de ellas. Dicho amor no tenía un valor social ni moral, y sobre esas mujeres no caía ninguna amenaza ni culpa.

Fue hasta el último tercio del siglo XVII que hubo un cambio en la imagen de la madre, su función e importancia. Comenzaron las publicaciones aconsejando a las madres ocuparse personalmente de sus hijos/as, demandando que les dieran el pecho (lo que antes se consideraba vulgar), creando en la mujer la obligación de ser madre

ante todo, dando origen a un mito que, a la fecha, continúa vivo: el mito del instinto maternal, del amor espontáneo de las madres hacia sus hijos/as. Posteriormente, se convirtió en un valor natural y social, a favor de la especie y de la sociedad, obviamente, tolerando el descuido y desapego de los padres en el cuidado para con sus hijos/as, no así con las madres.

Este rol asignado a las mujeres – madres cuidadoras- fue confirmado cuando se ofreció a cambio ganar la ciudadanía, el derecho de las mujeres a ser respetadas por los hombres y de ser reconocidas, por lo cual, les tocaba una tarea necesaria y noble (ser madres), que el hombre no podía o no quería asumir. También se apeló a la importancia atribuida a la niñez para conformar la población de una nación y se promovió la idea de regresar a lo natural, a través de la lactancia.

Sobrevino la época de las pruebas de amor de las madres para con sus hijos/as: dar el pecho, abandonar la faja que permitía que las madres hicieran sus propias tareas; las caricias, los lienzos limpios, la preocupación y cuidado (día y noche) por la salud, con lo cual daban testimonio de amor por sus hijos/as.

Fue en esta época cuando apareció el crimen en las mujeres -sin expiación social- de la negligencia, de no querer a sus hijos/as; la buena madre es tierna, o no es madre (Badinter, 1980, p. 174).

Por esta razón, las mujeres desistieron en delegar la crianza en institutrices, para encargarse ellas mismas a un trabajo de tiempo completo, teniendo como consecuencia que, con estas obligaciones, ya no tuvieran ni tiempo ni interés en frecuentar la vida social. Así, la familia moderna se organizó en torno a la madre, la cual adquirió una importancia sin precedentes, reafirmada también por la idea de que su deber era formar a “buenos cristianos” a quienes, por naturaleza, nadie más podría educar.

La sociología y la religión promovían estas ideas, al igual que el ámbito psicoanalítico, considerando a la madre “como la “gran

responsable" de la felicidad de su hijo" (Badinter, 1980, p. 197), a la vez que fue calificada de egoísta, malvada y desequilibrada. La mujer desafiante de la ideología dominante no tenía otra alternativa que asumir su "anomalía".

Con todas estas ideas alrededor del rol de madre, la mujer no podía ser capaz de rehuirlo, sin acarrear sobre ella misma sanciones morales y culpa.

Sharon Hays (1998), por su parte, expone la existencia de contradicciones culturales en la maternidad. Tal como histórica y socialmente se instauró, las madres dedicadas a la crianza de sus hijos y comprometidas moralmente, atentas constantemente a las necesidades y deseos de sus hijos/as, en realidad tienen pocas cosas tangibles que ofrecerles a cambio.

La correcta "crianza infantil" exige no sólo grandes cantidades de dinero sino también habilidades profesionales, así como grandes cantidades de energía física, moral, mental y emocional, lo que se sobreexige a la mujer –no así al hombre– en su rol de madre. Sin embargo, es un modo de vivir difícil de llevar, lo cual provoca en las mujeres grandes conflictos.

El rol maternal puede tener un carácter sumamente variable de sentimientos, de acuerdo con la cultura, ambiciones y frustraciones de las mujeres que lo sustentan, sobre lo cual Badinter menciona (1980, pp. 309-310):

El amor maternal es sólo un sentimiento y, como tal, esencialmente contingente, aunque sea una conclusión cruel. Este sentimiento puede existir o no existir; puede darse y desaparecer. Todo depende de la madre, de su historia y de la Historia. No existe ninguna ley universal en este terreno que escape al determinismo natural. Al parecer, el amor maternal ha dejado de ser una exclusividad de las mujeres. Los padres nuevos actúan como madres, quieren a sus hijos lo mismo que ellas. Lo cual parecería probar que ya no hay una especificidad del amor maternal ni del paternal.

Al mismo tiempo, empero, en los sistemas de creencias de las personas y de las familias, aún prevalecen las premisas relacionadas con el rol maternal estereotipado construido socialmente, que se demanda seguir en las madres, y en las mujeres.

2.2.2. Relación madre-hija

¿Cómo influye el sistema de creencias en el vínculo madre-hija? Sobre la forma en cómo la madre va educando a las hijas, Marianne Walters (1991) menciona que la concepción de una mujer acerca de cómo ser progenitora de su hija, es un conocimiento basado no tanto en lo explícito, sino en lo que se va experimentando a lo largo de la vida, y en un aprendizaje inductivo e intuitivo regido, a su vez, por las normas sociales.

Madres e hijas comparten el mundo de lo cotidiano y lo familiar en el espacio privado; las une la función de la procreación, tarea que socialmente se asigna y espera de ellas. En el caso de las hijas, se espera que encuentren un compañero y después realicen los servicios familiares tal como sus madres lo hicieron: se supone que las madres cuiden de los/as niños/as. Y ambas, madre e hija, a su vez, esperan dicho cuidado una de la otra.

Las madres pueden adorar a sus hijos varones, pero dependen de sus hijas para satisfacer sus necesidades personales y familiares: “Si la madre es la piedra angular de la vida familiar, la relación madre-hija es el ladrillo y la argamasa¹⁴ que la mantienen firme” (Walters, 1991, p. 50).

Así, criar a una hija se vincula, sobre todo, con las relaciones interpersonales, con el cuidado de los otros, los apegos y las dependencias; con las tareas domésticas; con los logros privados. Criar a la hija para ser madre, implica enseñar a ser la guardiana de la

¹⁴ Grava

familia, la responsable de su bienestar emocional y la encargada de proteger a sus miembros de los peligros *psíquicos* del mundo exterior.

Walters (1991) coincide con Hays (1998) en un concepto: la contradicción, sobre la cual se construye la relación madre-hija. Es una relación poderosa por ser intensamente personal, pero vulnerable porque no tiene definición fuera del ámbito personal y familiar, especialmente dentro de un sistema de valores patriarcal, en el que existe el desprecio por lo familiar; un estatus social fundado en el logro económico, no en valores humanos; un poder basado en la jerarquía, más que en la correspondencia; un tipo de intimidad basada en la sexualidad y no necesariamente en el apego y con un significado de la autonomía como la separación de la familia, particularmente de la madre. Dentro de una sociedad patriarcal, no se validan las identidades que incluyen la familiaridad, la amabilidad y la intimidad (Walters, 1991).

Estos mensajes y sistemas de valores contradictorios son internalizados por madres e hijas, generándoles conflictos dentro y entre ellas.

Por ejemplo, la ausencia de una identidad que sea tanto expresiva como instrumental, ha generado en ocasiones una mayor tensión entre las generaciones y un rechazo por parte de sus hijas, hacia las mujeres/madres identificadas con la familia. Las madres que se perciben como carentes de poder en su vida, se sentirán amenazadas por los intentos de sus hijas de adquirir ese poder y, a su vez, pocas hijas se atreverían a proclamarse personas individualizadas y con autodeterminación, sin haber pasado por el ritual de liberarse de la sujeción de su madre. Pocas hijas que han logrado éxito o poder fuera de la familia, se lo adjudicarían a sus madres. Por otra parte, pueden existir en las madres remordimientos y la sensación de ser “menos que” sus hijas.

Otra contradicción es que, mientras que la madre es reificada, mitificada e idealizada, al mismo tiempo se la culpa de cualquier problema emocional que afecte a sus hijos/as: lo que hace por ellos/as nunca será bastante, o podría ser demasiado.

En el terreno del quehacer terapéutico, Walters (1991) habla de la ideología tradicional acerca de las madres; el reclamo y la inculcación hacia la madre puede ser muy explícito o encubierto, formando parte no sólo de la cultura social, sino de la profesión. Puede aparecer “inocentemente” en el discurso, en el humor, en lo que elegimos subrayar, en lo que valoramos, en nuestras actitudes, en el modo en que describimos las cosas, en nuestras metáforas y mensajes, en nuestra conducta en sesión o en a quién elegimos para impulsar al cambio.

Subraya que, como profesionales, a menos que luchemos en forma consciente por identificar y rechazar las ideas y actitudes culpígenas sobre las madres, quedarán internalizadas como parte de nuestras convicciones y conductas, de la misma forma que son internalizadas por las hijas.

La ideología tradicional sobre las madres en el espacio terapéutico también puede presentarse en el marco conceptual. En lo relacionado con el ámbito sistémico, Walters (1991) alude al concepto del doble vínculo en el que las madres comprometen a sus hijas al criarlas, y del cual es difícil escapar dentro de este sistema sexo/género: las madres deben jurar fidelidad, o bien abnegación o egoísmo; sustentan la ideología de la complacencia y la subordinación o se someten a la ambivalencia de la autoafirmación.

El conocimiento de una madre acerca de las expectativas y sanciones sociales que rigen la vida de las mujeres dentro de un mundo patriarcal, distorsiona sin duda muchos de los mensajes impartidos a su hija, educándola en esos dobles vínculos socialmente construidos: por un lado, desea que su hija sea capaz de definir sus propias

necesidades como adulta y ser independiente pero, al mismo tiempo, lo duda porque sabe que no es prudente que una hija sea demasiado autónoma.

Una madre desea que su hija sea franca, abierta y sincera, pero sabe que, como madre, tiene que recurrir a engaños leves y ser evitativa; quiere que su hija sea dueña de sí misma, pero que se permita tener otro dueño (su pareja) y se ocupe primero de otros, antes que de sí misma. Quiere que su hija tenga sus propias ideas, pero que se modere en expresarlas; que brinde cariño, pero con abnegación; que tenga un carácter firme, pero que sepa cómo esconder esa firmeza. Y sabe que su hija debe aprender a conquistar secretamente al hombre por el que desea ser conquistada.

En una sociedad patriarcal, finalmente, a las mujeres no se las concibe como individuos; se tiende a considerarlas y aludirlas en términos de su relación con algún hombre, mas no por el vínculo con otra mujer. A la vez que ingresan en el mundo del trabajo y la actividad pública, las mujeres continúan buscando definiciones e imágenes de un yo individual y autónomo, el cual no termina de construirse.

Otro doble vínculo alrededor de la relación madre-hija es la dicotomía entre "mujer" y "madre": la mujer no es mujer, sino que es madre, la que brinda alimentos y cuidados; no la otra, la sexual y autodeterminada. Las madres niegan su propia sexualidad y restringen la de sus hijas para prepararlas apropiadamente para la maternidad; si las capacitasen sexualmente, pondrían en peligro la maternidad de éstas.

Por tanto, los mensajes transmitidos por una madre a su hija acerca del sexo son heterogéneos. Le advierte contra la promiscuidad y, al mismo tiempo, la admira o la envidia en secreto por su capacidad de atraer a los hombres. Inclusive, si no experimentase como madre ansiedad alguna respecto de la sexualidad de la hija, sería indicador de

una inadecuada evaluación de la realidad por parte de la madre acerca de cómo “deberían” funcionar las cosas (Walters, 1991).

En el caso de las relaciones de madres con hijas adolescentes, Burin (2006) agrega que, desde la aparición de la menarca, existe un fuerte impacto en la madre, presentando una ambivalencia: por una parte, reafirma la idea de que ambas son mujeres; por otro, aparece la hostilidad al saber que ocurre un fenómeno –como su sexualidad toda- que ya no depende de ella, de la madre, con lo cual se presenta una crisis en el vínculo, a la par de las crisis de la adolescencia y de la mediana edad de la madre. Esta última se cuestiona: “Si no soy la madre, ¿quién soy?”, dentro de la representación patriarcal de las mujeres en tanto madres, como antes se ha mencionado.

En este cruce de crisis, tanto la madre como la hija adolescente ponen en juego sus relaciones de poder. Y ante la única opción presentada por la madre –la del rol materno-, la hija adolescente se rebelará, estableciéndose un “muro de cristal”, invisible e infranqueable. La adolescente, frente a ese muro, puede buscar en la maternidad o en el vínculo con un hombre, respuestas apresuradas sobre su feminidad que, lejos de resolver la lucha, agrandan el conflicto con su madre (Burin, 2006).

Para Walters (1991), todo ello constituye el ciclo disfuncional de luchas y conflictos entre madre e hija: la madre debe refrenar y prevenir a la hija respecto de su sexualidad y, al hacerlo, ella misma se sentirá reprimida en presentar su yo sexual. La hija se enojará por las restricciones impuestas por su madre y adoptará una actitud crítica frente a ella, todo esto reforzado por una cultura ambivalente acerca de la sexualidad femenina, en la cual la madre/mujer no se integran.

2.2.3. Maternidad y adolescencia

Continuando con el tema de la maternidad y la adolescencia, cuando una adolescente se embaraza, Deschamps (1979) también habla de la conflictiva en la relación entre madre e hija adolescente embarazada, y las vicisitudes ocurridas desde la noticia hasta el nacimiento y etapas posteriores, que serán revisadas en esta sección.

Hay una ruptura en la comunicación verbal de la hija con la madre y, de parte de la hija, un sentimiento de aversión hacia aquélla. Por ello, en medio de este clima, la revelación del embarazo a la familia es uno de los grandes problemas de la adolescente embarazada. Demora este momento tanto como le sea posible; existe el deseo de negar la preñez así como el temor a hablar con los padres por las reacciones violentas que podrían presentarse en virtud de su estado.

Tales temores son fundados. Es raro que la reacción sea de comprensión y de ayuda afectuosa. Es común, en cambio, que lo primero en que piensen los tutores no sea qué ocurre con su hija adolescente, sino qué va a ocurrirles a *ellos*; es decir, piensan en *su* vergüenza, dando lugar a reproches y juicios sobre ella, calificándola como “prostituta”. Así, la adolescente, encontrándose sola para asumir su conflicto, se ve cargada además con una gran culpabilidad.

Pasado ese primer momento y después de concebir y parir, con ese embarazo no deseado y mal recibido, se le demanda a la joven madre en su entorno y en la sociedad ejercer el rol “natural”: criar al niño(a), educarlo, satisfacer sus necesidades físicas, intelectuales, afectivas, etc.

Las personas adultas alrededor pueden experimentar angustia y temor al ver a una joven adolescente encargada de un hijo al que educar, lo cual les confiere también una pesada carga. Pueden temer que las responsabilidades sobrepasen las posibilidades materiales o afectivas de una madre adolescente que desea también “aprovechar su juventud”, ya muy marcada por el embarazo en sí, o temen que el resultado sea desastroso, que el/la niño/a esté en unas manos

demasiado incompetentes, que la situación familiar y la inmadurez de la madre le acarreen perturbaciones al desarrollo psicológico del bebé.

Ante esta ansiedad y la incertidumbre sobre la capacidad de la joven madre, algunas familias buscan “soluciones”, las más de las veces impuestas: ya sea recurrir al aborto, renunciar al hijo(a) en el momento del nacimiento o recurrir a un “consentimiento” de adopción.

Deschamps (1979) menciona que los/as hijos/as de madres adolescentes están más expuestos que otros/as al riesgo de disminuciones y trastornos en su desarrollo y de frecuentes hospitalizaciones. Pero los problemas más cruciales son de orden afectivo, no tanto físico.

La madre adolescente experimenta, en la mayoría de los casos, grandes dificultades para establecer con su hijo/a una relación estable y tranquilizadora que el niño necesita para su desarrollo.

Estas dificultades atañen a las expectativas de amor maternal que antes se describieron, y de las que las adolescentes no están exentas. Como madre, se espera que la adolescente ame a su hijo/a sin fallar; que se ocupe de él/ella adecuadamente, le provea de lo materialmente necesario, so pena de ser observada y enjuiciada, al mismo tiempo que hay una resistencia en admitir su incapacidad para hacer todo ello eficazmente. Se concluye fácilmente que no existe un vínculo adecuado con su hijo/a, si es que no existe una hostilidad abierta en su relación.

Sus gestos maternales son considerados bruscos, hechos sin ternura, por esa mezcla de cariño y agresividad en el trato, esa mezcla ambigua que hace que quienes observan afirmen que la adolescente no quiere a su hijo/a y que no ha sabido establecer ningún lazo afectivo, pasando por alto las dificultades reales de las adolescentes, su vulnerabilidad, las circunstancias desfavorables que han marcado la gestación y el nacimiento.

Las personas alrededor pueden olvidar también que algunas adolescentes no han conocido en su propia infancia muestras de ternura y que experimentan grandes dificultades en dar lo que ellas mismas no han recibido jamás.

Las adolescentes son “*primeramente adolescentes*”, quienes pueden desear encontrarse con su grupo de amistades o algún chico, dejando tal vez olvidado al niño/a. Adicionalmente, experimentan las variaciones del humor, conductas extremistas, la negativa a seguir los consejos que se le dan, las escapadas lejanas con el niño/a o la negativa a pasearle o cuidarle; es decir, son madres que siguen siendo adolescentes, con los problemas e intereses propios de su edad, pero que son juzgadas sin considerarlo. Pocas adolescentes toman el rol materno porque, de hecho, ya son jóvenes y no adolescentes en transición hacia la vida adulta.

Entonces, difícilmente puede mostrarse afecto hacia alguien cuando ellas mismas se sienten abrumadas por las tareas materiales y porque, a veces, el/la niño/a al que se debe amar es, al mismo tiempo, la causa de muchas dificultades.

En estas circunstancias, el/la niño/a reaccionará muy probablemente en forma negativa ante lo que percibe como falta de estabilidad y de seguridad. Estará expuesto/a, más que otros niños, a trastornos del comportamiento o de la personalidad. “Todos los posibles conflictos que pueden darse cotidianamente entre la madre y el niño, son ampliados: la madre no soporta al niño, sus lloros, sus manifestaciones digestivas, su presencia constantemente limitadora” (Deschamps, 1979, p. 141).

2.2.4. La adopción ante el embarazo adolescente

Como antes se mencionaba, una “solución” frecuentemente tomada y en general considerada como buena, es recurrir a la crianza del niño por parte de su abuela; sin embargo, ésta resuelve ciertas dificultades, pero acrecienta algunas y origina otras nuevas. Por una parte, permite que la joven madre pueda reemprender su actividad escolar o profesional y esté menos abrumada por las cargas maternas impuestas; asimismo, el/la niño/a puede sentirse en un ambiente estable con su abuela; sin embargo, al mismo tiempo, ésta no dejará de hacer valer su superioridad u oportunidad de “desquite” ante su hija (Deschamps, 1979).

Así, esta situación puede ser fuente de muchos conflictos. La abuela toma al niño/a de su hija bajo su protección, reencontrando su propio “papel maternal”, en tanto mujer, por el que había sido valorada. Pero la motivación frecuente es la “recuperación” de la hija indisciplinada, la victoria sobre el atrevimiento de la hija a ser independiente. La abuela utiliza el arma de la culpabilidad sobre la hija rebelde. Paradójicamente, aún siendo madre, la hija vuelve a ser, más que nunca, niña.

También ocurre que la abuela puede preservar la reputación de su hija –y la suya propia– presentando al niño como suyo, condenando a la verdadera madre a no ser más que la hermana mayor, con ese nivel de autoridad.

En otros casos, los abuelos se sienten culpables de los errores de educación que creen haber cometido con su hija, por lo que (a veces inconscientemente), quieren repararlos criando al hijo/a de ésta.

Pero causas de conflicto son muchas. La abuela se siente con frecuencia dividida entre el deseo de tomar de nuevo a su hija conjuntamente con el/la niño/a bajo su autoridad y la decepción de ser ya abuela. Por parte de la joven madre, ésta puede aceptar, incluso con cierto alivio, que se le ahorre una carga que le daba miedo asumir, y al

saber que no puede ser la madre de su hijo/a, se conforma, al no ver otra salida posible para ambos. Soportará pasivamente el acaparamiento del niño/a por parte de la abuela “dominadora” y aceptará esta nueva dependencia, después de haber visto los resultados de actuar como hija independiente.

En cuanto a la educación, los padres (abuelos) “lo saben todo”. La nueva madre puede experimentar celos de aquélla a cuyos cuidados se ha confiado su hijo/a. Pueden originarse conflictos y desacuerdos sobre las decisiones que deban tomarse, y la madre adolescente se sentirá fácilmente excluida de su función maternal.

Existe una contradicción cuando se dice de una adolescente que es demasiado joven e inexperta para ocuparse de su hijo/a, cuando también se opina que, ante todo, es madre y debe cumplir con sus obligaciones maternas. Por una parte, se presupone que la joven madre ha de “reparar” su falta y soportar las consecuencias de su conducta, a manera de lección; por otra parte, se la relega a la categoría de niña, para velar por su futuro escolar y social, con lo cual se corre el riesgo de hacer imposible la vinculación madre-hijo y desembocar más tarde en graves dificultades.

2.2.5. El secreto familiar de la adopción

Retomando la “solución” de la adopción ante un embarazo adolescente, en la que el niño/a crece con la idea de que sus progenitores son otros (como sus abuelos), puede plantearse la pregunta: ¿cuándo y cómo informar la “verdad”?

Giberti y colaboradoras (1994) sostienen que no hay claves exactas para dar la información; puede brindarse en el momento en que se siente en “sintonía” con el niño. Mencionan la importancia de evitar dar detalles sobre su madre adolescente, que se embarazó sin saber, para decirlos en un momento en el que se considere pertinente. Más bien hay

que hacerlo cuando se necesita aliviar la tensión familiar que resulta a consecuencia de custodiar un secreto, y cuando se trata de esclarecer lo “raro” que pueda sentir el niño/a con sus padres, lo cual se rompe cuando se comparte lo que antes fue silenciado.

Quienes adoptaron hablan de dicha situación cuando sienten que pueden hacerlo (no cuando los/as profesionales lo deciden), siguiendo sus propios modelos, en ocasiones, indicadores de sus propias problemáticas. A veces lleva tiempo tomar esa decisión, y es común que aparezcan interrogantes sobre si es oportuno contar, si es conveniente que el niño/a conozca la verdad, si ello traerá beneficios o perjuicios, o sobre a quiénes contar. Y es importante que quienes adoptan sepan que el niño/a atravesará por ciertas angustias, desconcierto o momentos difíciles, no se sabe en qué momento exacto, pero hay que prepararse.

Lo que sí es conflictivo es la mentira, recurrir a ella por tratar de evitar esas emociones: “no hablemos de lo que duele” (Giberti *et al.*, 1994: 67). Existe la idea de que descubrir lo oculto podría destruir el vínculo. Pero, aunque no se nombre, existe un saber inconsciente, una comunicación silenciosa, tal como afirmarían los axiomas de la comunicación humana: es imposible no comunicar (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1995).

No expresar directamente, puede producir síntomas o efectos, dificultades escolares, problemas de conducta, etc., ya que lo sospechado sigue produciendo dudas, confusiones; desorganización de la vida, los sentimientos y la inteligencia y, al final, no se silencia del todo lo que se desea; antes que proteger, se deja en abandono y soledad. Terminan dándose mensajes confusos a los/as niños/as, entrando en “dobles vínculos” dentro de la relación.

Al respecto, comenta Imber-Black (1998): “podemos guardar secretos para proteger a las personas que amamos, para luego encontrarnos atrapados en un pantano donde se confunden la

protección y el engaño que erosiona las mismas relaciones que esperábamos preservar” (p. 32).

Finalmente, en el tema de la adopción, están envueltos los secretos familiares. Los secretos han existido en todos los tiempos, pero las familias enfrentan dilemas particulares sobre lo secreto, la privacidad, el silencio y la sinceridad, ya que vivimos en una cultura cuyos mensajes sobre lo secreto son confusos. Se dice que han desaparecido los estigmas ligados a situaciones sociales “difíciles o vergonzosas” como el embarazo adolescente y la adopción, lo que permitiría hablar libremente del tema en cuestión; no obstante, la experiencia terapéutica con familias le ha llevado a la posición “depende de la situación” (Imber-Black, 1998, p. 17), respetando y dando la bienvenida a la complejidad que conllevan los secretos.

En el tema de la adopción, no es tan importante “El Relato”, sino el acompañamiento, la posibilidad de soportar los momentos de crisis (Giberti *et al.*, 1994). Los/as adoptantes se lamentan de no poseer toda la información necesaria, de no saber cómo brindarla o temen no satisfacer al niño/a con sus respuestas. Pero el intercambio de emociones y sensaciones, expresar incluso las propias inseguridades, permite también a los/as hijos/as disminuir el nivel de autoexigencia y tolerar las angustias e incertidumbre, además de que constatan que hay un “otro” confiable que escucha. Los/as adoptantes pueden encontrarse con relatos novedosos, creativos y no siempre tan angustiosos como temen. La labor terapéutica ayudará también acompañando a poner lo que no puede decirse con palabras.

Capítulo 3. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

3. 1. Habilidades clínicas terapéuticas

3.1.1 Casos Atendidos

Como parte de la formación en Terapia Familiar, se brinda atención a individuos, parejas y familias desde algún modelo del enfoque sistémico. Dicha atención se otorga bajo supervisión y en compañía de un equipo terapéutico, en diferentes sedes adscritas al programa de la Maestría. En mi caso participé como terapeuta, coterapeuta y como equipo terapéutico en dichas sedes, con excepción del Instituto Psiquiátrico Infantil, Instituto Nacional de Rehabilitación y San Lorenzo; en su caso, traté de brindar una atención con perspectiva de género (Anexo 1).

el niño acudía les condicionó que buscaran tratamiento psicológico. Posteriormente, también comentó la necesidad de que se le orientara con respecto a revelar a su hijo Uriel, que en realidad ella no era su madre biológica, sino que lo era su “hermana” Carina, motivo en torno al cual se realizó el presente reporte.

- **Fuente de referencia:** Montserrat acudió al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Julián Mac Gregor" por conocimiento propio.
- **Tiempo en lista de espera:** 3 meses
- **Terapeutas:** Selene Flores y Lizet Artemiza Virgen.
- **Supervisora:** Dra. Noemí Díaz.
- **Equipo terapéutico:** Ana Laura Romero, Aurora Quiroz, Yolanda Huerta, Oswaldo Herrera, Omar Alonso y Eugenia Zamora.

- **Descripción de las sesiones**

- Sesión 1

Acudió a sesión la señora Montserrat en compañía del pequeño Uriel. El pequeño usa aparatos ortopédicos y ejercita su brazo durante la sesión; la madre explica que nació con una lesión en la médula. Ha sido tratado en el Instituto Nacional de Rehabilitación desde muy pequeño.

Se hizo el encuadre terapéutico y se explicó la forma de trabajo, para abordar el motivo de consulta, ante lo cual la madre inicialmente sólo comentó: “la problemática familiar es muy complicada, ha habido muchos conflictos”.

Mencionó que habían diagnosticado a su hijo Uriel con TDAH. La madre consideró que el pequeño no necesitaba medicamento, por lo que lo llevó a una segunda evaluación. Comentó que ahora el niño ya va a la escuela y ha mejorado muchísimo; ella acude a talleres para padres para establecer límites y ahora la situación es más manejable. Se ha estimulado mucho al niño y considera que su desarrollo es normal. Refiere que es viuda desde hace 3 años y que su problema ahora es básicamente con los hijos.

Durante la primer parte de la sesión, Montserrat dijo que no podía hablar mucho, señalando a Uriel con la mirada, por lo que se acordó con la supervisora que parte del equipo terapéutico cuidara a Uriel y permitir que Montserrat pudiera hablar abiertamente. Ocurrido esto, Montserrat reveló: “Uriel no es hijo mío, sino hijo de mi hija, Carina”, quien se embarazó a los 15 años. Comentó que Carina era una chica muy rebelde, acudía constantemente a fiestas y tenía varias parejas sexuales, y que estuvo asistiendo a Neuróticos Anónimos. La describe como manipuladora, gritona y agresiva; en dos ocasiones Montserrat la corrió de la casa. Posteriormente Carina comenzó a asistir a un grupo religioso de nombre “Benditas las Mujeres”, el cual le ha ayudado a serenar su ritmo de vida. Es en este lugar donde le hablan a Carina sobre el tema de los secretos de la familia y, a partir de ello, le surge a Carina la inquietud de revelar a Uriel que ella es su mamá (esto desde enero del año en curso).

Montserrat refirió que no está de acuerdo con esta revelación, no le parece justo, ya que ella es quien ha cuidado de Uriel, lo ha llevado a rehabilitación, “he dejado mi vida por él”. En este sentido es que requiere el apoyo en el espacio terapéutico, pues duda de si es correcto lo que desea hacer su hija: “prefiero que quede como una buena hija y no como una mala madre”.

Por otra parte, Montserrat comentó que su esposo se suicidó colgándose en su casa, lo cual atribuye a que tenía cáncer; ella tuvo que descolgarlo. Posterior a este acontecimiento, ella cayó en depresión.

Mencionó que sus hijos actualmente viven con ella, con la condición de que estudien. Considera que existe odio entre Alexis –su hijo mayor– y Carina desde que esta última se embarazó: “Alexis dice que es una loquita, no la baja de prostituta”. Por su parte, Carina acusa a su hermano de que consume marihuana. Montserrat hace referencia a que su hijo estuvo recluso por una acusación relacionada con las drogas; él mismo se pagó su proceso legal.

Para concluir la entrevista inicial, se le comentó a Montserrat que existían problemáticas múltiples y que sería conveniente jerarquizar para

tomar una dirección en terapia, ante lo cual Montserrat comentó que preferiría abordar la situación de Uriel, aunque también aceptó que la pérdida de su esposo no ha terminado de elaborarla. Asimismo, se le mencionó que se le estaría brindando la atención desde el área de Terapia familiar, ante lo cual estuvo de acuerdo. Se le citó nuevamente de manera individual y se le pidió que reflexionara sobre las ventajas y desventajas de hacer la revelación a Uriel.

Post-sesión

Se comentó la necesidad de continuar explorando con Montserrat los temores asociados a la revelación del secreto familiar. Se mencionó la necesidad de enfatizar la diferencia entre madre biológica y madre de crianza.

○ Sesión 2

Junto con el equipo terapéutico se decidió que una co-terapeuta trabajara con Montserrat y otra con Uriel, atendiendo al comentario de la primera sesión, de que no iba a poder hablar mucho delante del niño.

Montserrat contó que un hermano suyo de Chetumal fue de visita a casa: “Es la única persona que ha estado en casa”. Al respecto del cuidado hacia Uriel, él le menciona que esa responsabilidad que le han delegado, es de Carina. Montserrat está en desacuerdo con esto, ya que Carina es obsesiva, se enoja, aunque acepta que ahora está más tranquila. Sin embargo, se ha dado cuenta que Carina utiliza al niño como excusa para faltar a su escuela, pues ha encontrado los justificantes.

Se le preguntó a Montserrat sobre cómo fue que se tomó la decisión de hacerse cargo de Uriel. Contó que en esa época (alrededor de sus 15 años) Carina estaba muy rebelde, y entonces a los 6 meses le descubrió que estaba embarazado. El hermano y el padre insistían a Carina que les dijera quién era el padre, cosa que no reveló y que le provocó mucho enojo a Carina, ante lo cual Montserrat les dijo que la dejaran tranquila. Cuando nació el niño detectaron que había tenido un infarto cerebral durante el embarazo, lo que le provocó la hemiparesia a Uriel. Según

explica Montserrat, Carina dice que no quiere al bebé. El padre de Carina finalmente es quien decidió que lo registren como su propio hijo, especialmente porque Carina no tendría acceso al servicio médico de otra manera.

Carina al principio llegó a cuidarlo, Montserrat le obligó a que lo amamantara, y a los 8 meses de edad Uriel entró al CENDI. Actualmente Carina no se hace cargo de él; por ejemplo, para hacer los ejercicios de rehabilitación de Uriel, Carina pone pretextos, de que no tiene tiempo.

Montserrat comentó con respecto a la revelación que no encuentra ventajas, ya que Carina no se haría cargo del niño. Piensa que la ventaja de continuar como hasta ahora es que Uriel estaría bien cuidado, pero que ella estaría dejando de lado su vida. En cambio, Montserrat dice que Carina quiere a Uriel, pero considera que “le estorba, prefiere su propia comodidad”.

La supervisora en la sesión aclaró la diferencia entre el cuidado del niño y la revelación de la maternidad de Carina a Uriel, validando el cuidado amoroso que Montserrat ha tenido con Uriel. Cuando se exploraron sus temores alrededor de la revelación, Montserrat mencionó que se siente muy confundida de hacer algo que lastime al niño, de que éste se impacte de que su mamá no lo quiso; teme al comportamiento de Uriel, ya que en ocasiones el niño dice que va a fumar, a tomar alcohol; además, ha mostrado agresividad.

Asimismo, teme que Carina se lo diga al niño de forma impulsiva, como una agresión a Montserrat. Se le informa que, más allá de “cuándo” revelar el secreto, lo más importante es el “cómo” hacerlo, y que es conveniente decirlo en un ambiente cuidado, y no de una manera abrupta. Se le mencionó que aunque no se ha dicho “el secreto”, es algo que está en el ambiente, y que tal vez la agresión de Uriel es una manifestación de esto. Se le deja de tarea que revise algún libro del tema de la adopción.

En la sesión trabajada con Uriel se estableció como objetivo previo explorar los vínculos afectivos con los miembros de su familia a través de técnicas proyectivas.

Durante la sesión se identificaron las limitaciones que presenta Uriel a nivel motriz, tanto gruesa como fina, lo cual se asocia al padecimiento por el cual se encuentra en rehabilitación; evitó hacer actividades de motricidad fina y prefirió jugar con coches.

Aunque no hubo posibilidad de realizar el juego proyectivo con Uriel, en la conversación externó que en casa vivía con Alexis, su hermano, con su mamá y con Carina, y al preguntarle quien era Carina respondió tajantemente “es Carina, sólo Carina”, aspecto que da cuenta del vínculo con su madre biológica.

Post-sesión:

Se señaló como importante continuar trabajando en el proceso de revelación, de tal manera que no fuera utilizado como un acto de “revancha” de Carina. Se acordó que, aunque Montserrat llevara a Uriel, una persona del equipo terapéutico permaneciera con el niño, y las co-terapeutas con Montserrat para que ambas cuenten con la misma información.

○ *Sesión 3*

Montserrat comentó que Uriel se encontraba castigado, ya que se había comportado “muy grosero”; esto lo explica a que, debido a cuestiones de salud del niño, Carina ha tenido que cuidar de él y ha estado conviviendo con ella por más tiempo, por lo que la relación ha sido de mucha tensión, y ubica que ambos han estado muy irritables.

Atribuye que Carina se encuentra molesta porque el cuidado de Uriel la ha limitado en realizar sus actividades personales, lo que a su vez le origina enojo hacia el niño, por lo que se propician peleas con él y, en consecuencia, constantes discusiones entre ella y Montserrat. Relató un episodio en que salieron los tres durante la semana, en el que Carina se exaltó y jaló al niño; Montserrat puso un límite, pero Carina le discutió: “es que me quitas autoridad”, de manera que estos sucesos hacen pensar a Montserrat “qué le va a esperar a Uriel al lado de Carina”.

Montserrat comentó que esta dinámica genera mucha tensión en Uriel, lo que asocia con su mal comportamiento, ya sea con gritos, golpes

o lanzamiento de objetos, situación que a ella le afecta mucho. Mostró unos libros que consiguió para informarse y saber cómo abrir el secreto ante el pequeño Uriel.

Post-sesión:

Se comentó que un posible punto de conflicto es que no está claro el papel de Carina, pues no es ni madre ni hermana, lo que genera una incongruencia respecto a las jerarquías y los roles dentro de la familia, ya que Montserrat siente que Carina no tiene derechos respecto a Uriel, pero sí tiene responsabilidades.

Se detectó que el secreto está perdiendo fuerza porque Montserrat ya ha comenzado a transmitir el mensaje a Uriel de forma amorosa y a través de diferentes recursos (como la analogía con caricaturas); sin embargo, aún tiene temor de las consecuencias que, de hacerlo, se pudieran derivar.

○ *Sesión 4*

Montserrat narró con enojo sobre el poco interés y compromiso que muestra Carina respecto al cuidado de Uriel, a partir de que Montserrat le había informado a Carina que tendría que asistir al Centro Comunitario a terapia –por invitación previa- y aunque en un inicio le había dicho que sí, posteriormente le dijo que no podría.

De igual forma, Montserrat destacó que ante cualquier intercambio verbal con Carina, se desata una riña caracterizada por gritos y permanentes reclamos de Carina a Montserrat sobre que nunca la escucha, no le pone atención y no tiene tiempo para ella: “toda la vida es una discusión” dice Montserrat, razón por la cual se retira para evitar los conflictos, ya que Carina la agrede y le grita. Montserrat identifica que ante esta dinámica entre ellas, el pequeño Uriel se altera y regularmente interviene para defender a Carina de manera reactiva.

Al ahondar respecto a su relación con Carina, Montserrat señaló que desde muy jovencita Carina con su conducta demandaba mucha atención por parte de los padres. Montserrat explica el comportamiento de

Carina como de “origen orgánico”, pues a los dos años se cayó de un tapanco y se golpeó la zona frontal, que Montserrat asocia a la “parte de los sentimientos”. Aunque posteriormente supieron que no tuvo ninguna repercusión aparente, para Montserrat esto explica la exacerbación del comportamiento irascible de Carina, incluso las conductas que tuvo durante la adolescencia como la falta de interés en la escuela y la “promiscuidad”.

Montserrat mencionó que en alguna ocasión acudieron a terapia familiar en el INR, espacio en el que ella y Carina llegaron a gritarse mucho y decirse cosas muy fuertes.

Post-sesión:

Se enfatizó la idea de aclarar aspectos concernientes con las explicaciones que tiene Montserrat respecto a Carina y su comportamiento, así como la relación que guarda con ella.

○ *Sesión 5*

Montserrat externó su preocupación por el comportamiento de Uriel, la “imitación” con gestos de conductas negativas como fumar o tomar, por lo que expresó abiertamente su interés en que el niño reciba atención en el área de terapia infantil. Se le comentó que su atención en el mismo Centro para Uriel, estaba sujeta a la lista de espera, y que se continuaría trabajando con la familia mientras tanto. Comentó que Uriel ha manifestado mal comportamiento en la escuela y no obedece las indicaciones que le proporcionan, sumado a que insulta a sus compañeros y maestra, y recientemente desperdicia la comida en la escuela.

Comentó que ha habido cambios en el comportamiento de Carina, pero se identificó que estos se debían sobre todo a que el contacto entre ellas ha sido menos frecuente, ya que Carina pasa mucho más tiempo como su pareja que en casa.

Asimismo, expuso con agobio que Carina considera la posibilidad de mudarse con su pareja y llevarse consigo a Uriel, aspecto que a Montserrat le causa mucha indecisión e inseguridad, porque siente que no puede confiar la responsabilidad del cuidado de Uriel a Carina máxime por su condición física. Dice que no puede dejar ir a Uriel, pues en este momento necesita de muchos cuidados para que su calidad de vida sea mejor en el futuro pero, al mismo tiempo, siente enojo porque la responsabilidad de Uriel no debería de asumirla ella.

La supervisora en sesión resaltó la preocupación que siente porque no cree en el cambio de Carina y la ambivalencia ante el dilema en el que se encuentra, hacerse cargo de Uriel sin que Carina se involucre, aunque el agotamiento sea grande o, por otro lado, dejar que Carina se haga responsable completamente del niño, con el riesgo de que no lo cumpla. Se le validó decir que se encuentra agotada y que lo que quiere es ser abuela, que tan válidos son los derechos de Uriel como los de ella.

Post-sesión:

Se enfatizó el dilema en el que se encuentra ahora Montserrat, que también podría relacionarse con su periodo de vida; asimismo, integrantes del equipo expresaron que probablemente la dificultad de las terapeutas para poder identificar enseguida este dilema, se asociaba a la diferencia generacional de éstas con respecto a Montserrat.

○ Sesión 6

En esta sesión Uriel estuvo presente, ya que no quiso estar con ninguno de los miembros del equipo, sino permanecer con Montserrat. Permaneció en el espacio terapéutico, aunque no quiso jugar ni hablar con las terapeutas. Montserrat no tuvo explicación para la conducta del niño. Cabe mencionar que esta sesión fue la primera después de que se suspendieron por vacaciones.

Montserrat mencionó que las cosas iban “más o menos”; habló de los problemas que había tenido con su hijo Alexis, quien no quiere apoyar en las tareas de casa. Por este motivo decidió dividir el espacio físico y modificar la casa donde habitan; quitó las escaleras, de tal manera que

hubieran espacios “independientes” para su hijo, Carina y ella; también dividió los gastos de la luz. Sin embargo, aclaró que su hijo no cuenta con cocina ni refrigerador, por lo que de momento está ocupando las cosas de Montserrat. Al mismo tiempo, no quisiera ser egoísta con sus hijos.

Sus expectativas acerca de sus hijos a futuro son que les ve viviendo ya con pareja, o solos. Reiteró que se siente muy cansada, ha tomado vitaminas; Uriel le dijo incluso que no quiere que se muera. Habló de la pareja actual de Carina, a quien considera “buen chico”; éste le ayuda a ella a veces incluso más que su propio hijo Alexis, por ejemplo, a cargar cosas.

Después de la pausa, el equipo terapéutico le señaló que, por un lado, dice que quiere que se vayan sus hijos y, por otro lado, les retiene, ya que aunque modifica físicamente la casa para estar separados, se encuentran en el mismo terreno. Asimismo, se le planteó la metáfora de unas cuerdas con las que va jalando a sus hijos, al trabajo, a Uriel, haciendo un gran esfuerzo sujetándoles. Aceptó que le es difícil soltar; le dio la razón al equipo en su percepción. Para ella lo importante es que sus hijos pudieran darse cuenta de eso.

Posterior a la sesión se le preguntó a Uriel quién era Carina, ante lo cual contestó que era su mamá; se le preguntó cuántas mamás tenía, y respondió que dos: mamá Montserrat y mamá Carina.

Post-sesión:

Se señaló que el cierre había sido largo, y que tal vez pudo haberse concluido después de la metáfora.

○ Sesión 7

Nuevamente el pequeño se mostró preocupado por estar al lado de Montserrat, por lo que permaneció en el consultorio.

Se comentó a Montserrat lo que Uriel había expresado una sesión antes sobre sus “mamás”. Montserrat confirmó que era porque ya había revelado a Uriel el secreto, lo cual le había quitado un gran peso de encima y la hacía sentirse liberada. Mencionó que le había sido de gran utilidad recibir la orientación sobre el tema en el espacio terapéutico.

Por influencia de la pareja de Carina, mencionó que ésta se había hecho responsable de Uriel en mayor proporción, pese a que Montserrat se encontraba desesperanzada respecto a Carina; sin embargo, aceptó que este cambio le representa menor presión.

Se metacomunicó a Montserrat que pese a los cambios aparentemente favorables, se le notaba una expresión como de tristeza. Pese a que fuimos insistentes en ese tema, de manera verbal decía sentirse “bien” pero su lenguaje analógico evidenciaba todo lo contrario. Nuevamente Montserrat expresó su preocupación por dejar a Uriel al cuidado de alguien responsable cuando ella falte, comentario que había estado haciendo sesiones antes. Ante el cuestionamiento de un miedo particular o una enfermedad, sólo contestó señalando “uno nunca sabe qué es lo que pueda pasar”. La supervisora en la sesión le externó abiertamente su preocupación por su decaimiento, ante lo cual Montserrat, acompañado de gran llanto, señaló que su tristeza era porque su papá se encontraba muy enfermo, consumiéndose, lo que le causaba mucho dolor y al mismo cansancio tanto físico como emocional, también por problemas con su familia de origen sobre quién se hacía cargo del padre.

Se validó su dolor y se reconoció su fortaleza pero, al mismo tiempo, se evidenció la necesidad de contar con un espacio para hablar de este dolor, ya que la mayor parte de lo abordado en las sesiones era sobre el cuidado de los demás. La supervisora estuvo dialogando con Uriel durante el llanto de Montserrat, lo que le permitió al niño saber la razón de su tristeza.

Post-sesión:

La supervisora enfatizó que probablemente la apertura de Montserrat con ella con respecto a lo que le dolía tenía que ver con su dificultad para confiar en otras personas, especialmente jóvenes, de quienes Montserrat ha recibido poco apoyo, entendimiento y acercamiento.

○ Sesión 8

Mandaron llamar a Montserrat de la escuela del niño para ponerle un ultimátum, de que si no lo llevaba a terapia, no le aceptarían más en la escuela. A partir de esta situación, Montserrat se comunicó por teléfono para plantear esta situación e insistir en que nosotras atendiéramos a Uriel. Montserrat decidió sacar a Uriel de esa escuela y regresarlo a su anterior escuela (de la cual Montserrat lo había sacado, para ahorrar preguntas de las mamás de los compañeritos de Uriel cuando le revelara que Carina era su mamá). Aunque Carina le acompañó a la escuela para sacar a Uriel, fue Montserrat quien habló con las maestras. Saliendo de la escuela hubo un enfrentamiento entre Uriel y Carina; el niño le jaló el cabello a esta última, "era como si hubiera estado con dos niños", aseveró Montserrat.

Se exploró nuevamente el tema de las responsabilidades que ya había estado tomando Carina y qué había influido para que se diera este cambio, ante lo cual dijo que era el grupo de cristianos y la pareja de Carina. Sin embargo, Montserrat continua con la idea de que Carina no era responsable -idea reiterada en la sesión- como para que se hiciera cargo de Uriel, y que si Carina quería irse y hacer su vida, que lo hiciera.

El equipo terapéutico envió el mensaje sobre la descalificación en la familia: cómo Carina descalifica a Montserrat como madre, a la vez que Montserrat descalifica a aquélla como tal.

Post-sesión:

Aunque no se le dijo, se reconsideró la hipótesis de que el gran enojo de Carina tuviera relación con un posible abuso sexual sufrido probablemente por parte del padre, lo que hubiera llevado a que su padre se hiciera cargo económicamente de Uriel con un fideicomiso y estuviera relacionado con el suicidio.

○ Sesión 9

El papá de Montserrat había fallecido una semana previa a la sesión. Para el momento en el que la atendimos, señaló que se sentía tranquila porque había estado con él y le brindó las atenciones y el cariño que necesitó, aunque también reflejaba la tristeza que sentía. En el velorio recordó las cosas que le habían agradado, como conversar con algunas tías con las que no tenía contacto desde la muerte de su madre, primera ocasión en el proceso en que la mencionaba. Ante la tranquilidad respecto a la muerte de su padre, se le preguntó si había algo que tuviéramos que conversar que le fuera útil, a lo cual respondió que no.

Se habló entonces sobre la cooperación y la responsabilidad que Carina había mostrado ante esta situación que enfrentaba la familia; Montserrat destacó que fue porque le había indicado que se quedaría al cuidado de Uriel, ante lo cual se connotó la posibilidad para dar la indicación a Carina y no darle la oportunidad a retraerse de su obligación, pese a ello, como en las sesiones anteriores, este comentario fue desplazado con las quejas del comportamiento de su hija.

Para finalizar, la supervisora destacó que con la muerte de su papá se habían removido recuerdos y sentimientos respecto a la muerte de su mamá y el suicidio de su esposo, aspecto que se podrían retomar en otro momento.

Post-sesión:

La supervisora enfatizó la idea de que una muerte puede despertar recuerdos y sentimientos sobre otras situaciones relacionadas con el mismo tema. Asimismo, comentó que temía nos sintiéramos “arrebataadas” de la consultante, debido a sus intervenciones directamente en las sesiones, por lo que dejó abierta la posibilidad de que decidiéramos al respecto, tener su apoyo o no, ante lo que reiteramos que continuara.

○ Sesión 10

En la pre-sesión la supervisora comentó que había ya un terapeuta atendiendo a Uriel en el área infantil. Éste le informó que el niño podría tener rasgos psicóticos debido a la dificultad que presentaba para diferenciar la fantasía de la realidad. El equipo comentó sobre la diferencia de enfoques, y que desde una mirada sistémica una dinámica como en la que se encuentra Uriel, en donde impera la confusión y los dobles mensajes, muchos niños evidenciarían un comportamiento similar, aunado a que por su corta edad aún prevalece la fantasía.

Desde la necesidad de las terapeutas, se indagó con Montserrat la utilidad de continuar con el proceso terapéutico, si consideraba que su demanda inicial de atención a Uriel y la revelación del secreto al niño se había satisfecho, o si quedaban algunos otros temas que estuvieran pendientes. Mencionó que venir a terapia le había servido mucho, especialmente por la posibilidad de poder hablar sin sentirse juzgada, y que incluso a Carina tampoco se le había juzgado. Sin embargo, dijo que su “pendiente” tenía que ver con Uriel, ya que nuevamente le mandaron llamar de la escuela para hacerle evaluaciones. La psicóloga le mencionó que Uriel tenía ese comportamiento por la falta de claridad en los roles de la familia.

Por otra parte, mencionó un episodio en el que dejó a Uriel con Carina y ésta le pegó; Montserrat le indicó a Carina de que no debía golpear al niño, ante lo cual Carina le reclamó que era Montserrat quien no le ponía límites al niño.

Otro tema pendiente era el suicidio de su esposo, parte de las muchas cosas que decidió dejar “enterradas” en su vida. Se indagó acerca de la enfermedad de su esposo, el suicidio y el comportamiento que el padre tenía hacia Carina. Se le enfatizó que una de los secretos que han causado confusión es quién podría ser el padre de Uriel, tema ante el cual Carina “se volvió una tumba”, según señaló Montserrat. Ella misma se planteó la posibilidad de que su esposo pudiera ser el papá de Uriel, y aunque Carina lo negó, Montserrat aún tenía la duda. Se le preguntó si le interesaba conocer más acerca de este último aspecto e

incluso se habló de la posibilidad de hacer una prueba de ADN y, aunque mostró curiosidad, al mismo tiempo mostró temor de no saber qué haría con esa información, ante lo que se le ofreció el apoyo si lo necesitara.

Post-sesión:

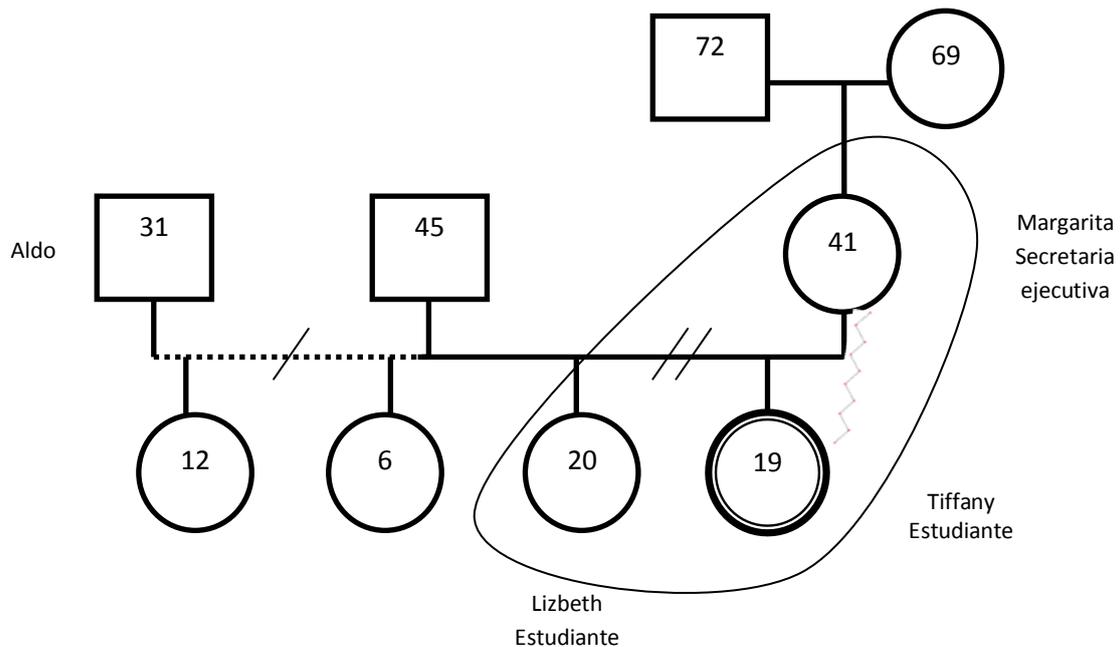
La supervisora comentó la necesidad de aprovechar la apertura mostrada por Montserrat para explorar poco a poco acerca de la muerte de su esposo, lo que permitió evaluar la hipótesis del incesto. También se consideró importante continuar en contacto con el terapeuta de Uriel, para dar seguimiento a sus evaluaciones.

Nota: Cabe mencionar que Montserrat continuó la terapia con la coterapeuta Selene Flores, estableciéndose nuevos objetivos terapéuticos después de haber concluido esta etapa de del proceso terapéutico. Dicha conclusión de mi parte obedeció a mi viaje para cursar la estancia académica en Buenos Aires.

3.1.2.2. Tiffany: *Extrañando a mamá.*

Datos generales:

- **Nombre:** Tiffany
- **Número de sesiones reportadas:** 10
- **Genograma:**



- **Motivo de consulta:** en la sesión inicial la paciente comentó: “Ya no confío en mi mamá. Desde hace como un año ya ha habido muchos problemas”

- **Datos antecedentes del problema:**

Tiffany explicó que se sentía engañada por su madre, desde hace más de un año. Mencionó que desde que su mamá tenía una relación de pareja, disponen de poco tiempo juntas; su mamá les miente y evita informarles (a sus hijas) en dónde está, aspecto que a Tiffany le causa mucho enojo, por lo que hay discusiones con su mamá; además experimenta soledad porque considera que era muy apegada en la relación con su madre.

- **Fuente de referencia:** Tiffany acudió al Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” por sí misma, a partir de que su hermana le recomendó el lugar.
- **Terapeutas:** Selene Flores y Lizet Artemiza Virgen.
- **Supervisora:** Mtra. Miriam Zavala
- **Equipo terapéutico:** Ana Laura Romero, Aurora Quiroz, Yolanda Huerta, Oswaldo Herrera, Omar Alonso y Eugenia Zamora.

- **Descripción de las sesiones**

- Sesión 1

En esta sesión se hizo la presentación de las terapeutas y se realizó el encuadre, explicando a la paciente cuál sería la forma de trabajo, la función del equipo terapéutico y la dinámica que seguiríamos, así como la periodicidad de las sesiones y el lapso de tiempo aproximado, de la terapia, desde un esquema de terapia breve.

Mencionó como motivo por el que acudía a terapia la desconfianza hacia su madre. Al indagar más al respecto detalló que desde hace más de un año, su mamá tenía que salir de viaje por su trabajo; llegaba y se volvía a ir, siguiendo esta dinámica durante mucho tiempo. Pero después se enteró que su mamá no se iba de viaje, sino que se iba con la persona con quien andaba –Aldo-, lo cual le ha provocado mucho enojo, pues hubiera preferido que le dijera la verdad a ella y su hermana.

Mencionó que un día fue a buscarla a su trabajo, pero se la encontró en la calle y, en lugar de ir Tiffany a la escuela, fue a reclamarle a su mamá. Ésta le dijo que no se enojara, que ella quería a su novio –Aldo- pero que quería pasar sus últimos días con él, porque supuestamente a su mamá en uno de los viajes le dijeron que podía tener cáncer de estómago. Por esa posibilidad Tiffany se sintió mal por haberle reclamado, porque tal vez podría morir, lo cual contó a su hermana y entonces decidió no decirle nada a su mamá.

Posteriormente su mamá le dijo que entonces iba a terminar con Aldo, pero nunca terminó con él, pues se seguían viendo. Se supone que cada

quince días su mamá se iba de viaje, aunque ella y Lizbeth –su hermana– pensaban que no lo hacía y se iba con “esa persona”, ya que su madre ni siquiera se había hecho estudios para saber si tenía cáncer, lo que a Tiffany le parece mal, que haya jugado con sus sentimientos al utilizar lo de la supuesta enfermedad, que nadie más en la familia conoce.

Tiffany ubicó que desde que tiene esa relación su mamá, la convivencia entre ellas cambió, ya que antes de que tuviera esa relación salían con ella y su hermana los fines de semana o se quedaban en casa, y no se enojaban. No obstante, desde que su madre ha tenido pareja, las salidas al trabajo son más temprano y durante los fines de semana también se ausenta. Esta situación le ha provocado mucho coraje, aunado a que experimenta soledad porque era muy apegada en la relación con su madre. Insistió en que si quiere estar con esa persona está bien, pero que no les mienta su madre a ella y su hermana. Antes Tiffany creía todo lo que le decía su mamá.

Mencionó que su mamá le lleva a Aldo diez años de edad, y piensa que su madre se siente orgullosa de andar con una persona más joven. Aldo siempre le dice a su madre que ella se va a quedar sola tarde o temprano, ya que cuando crezcan sus hijas la van a abandonar, que mejor se vaya a vivir con él, lo cual ha provocado que su madre se haga muy dependiente de él. Mostró su descontento en cuanto a la persona que actualmente es pareja de su madre, pues ella la considera una mala persona que no quiere a su mamá.

Tiffany explicó que una de las demandas recurrentes hacia su madre es que ésta le diga en dónde está cuando se ausenta de casa.

Al indagar respecto a la pauta de interacción familiar, la paciente señaló que las discusiones son exclusivamente en relación al tema de Aldo (la pareja de su mamá); en ese momento Tiffany hace reclamos y su mamá responde de manera alterada, por lo que inician una discusión que concluye cuando su hermana mayor interviene, posteriormente la convivencia es “normal”, es decir, continúa de manera pacífica.

En un momento de la sesión Tiffany planteó la importancia de que su mamá también acudiera a terapia y pudiera ser terapia familiar. De

primera instancia lo consideramos y, después de escuchar las sugerencias de la supervisora en la intersesión, le comentamos que de momento estaríamos trabajando con ella, y que era una opción que no descartábamos.

Directiva

Se le indicó a Tiffany que planeara un fin de semana en el cual incluyera actividades que realizara de manera individual sin la compañía de su madre, y que en ese fin de semana fuera observadora de sí misma e identificara si su percepción del problema cambiaba.

Reflexiones post-sesión

Al concluir la primera entrevista se destacó la importancia y conveniencia de clarificar el problema antes de explorar las pautas de interacción, de manera contraria se corre el riesgo de indagar respecto a pautas que distan del problema, lo que distrae la atención del objetivo y torna la sesión ambigua y prolongada.

En algún momento, las terapeutas “compraron” la demanda de la paciente (considerar que la madre acudiera a las sesiones para hacerle notar lo erróneo de su conducta al tener esa pareja y ocultarle información a Tiffany). En este sentido, es importante estar alertas para no actuar conductas isomórficas con la paciente. Por otro lado, es importante utilizar la postura de la paciente y descartarla de primera instancia para no generar posteriores “resistencias”.

Sesión 2

La paciente llegó tardíamente a sesión. Se inició revisando la tarea dictada la sesión anterior; refirió que logró realizarla exitosamente y la llevó por escrito. Acerca del fin de semana mencionó haberla “pasado bien”, ya que vio a amigos que no veía desde hacía tiempo, al igual que a unas tías; asimismo, pudo hacer una actividad sola –correr en el parque–, momento en el que pudo reflexionar acerca de la relación con su madre y

darse cuenta de que se ha estado preocupando en demasía por su mamá, dejando de lado actividades personales como salir con sus amigos.

Se indagó si a partir de la realización de dicha tarea había cambiado la percepción del problema, ante lo cual comentó: “He pensado que soy la mamá de mi mamá, así no deberían ser las cosas” (refiriéndose a la forma en que ella se ha relacionado con su madre), “yo no debería preocuparme tanto, estar preguntándole a mi mamá, sino sólo quedarme con lo que ella me diga”, reflexión sobre la cual versó el resto de la sesión. La percepción de ser la mamá de su mamá la confirmó su hermana Lizbeth, quien le corroboró que sí observaba en ella dicha actitud (de hecho, Lizbeth también tiene conductas de “madre” con su hermana).

También mencionó que le sería difícil cambiar lo anterior (quedarse sólo con lo que le dijera su mamá), dado que siente dolor y enojo, aspecto que ha originado reclamos hacia su mamá. Mencionó que el enojo regularmente aparecía en lunes y martes; el miércoles era un día en el que pueden estar bien, y al acercarse el fin de semana, el enojo y las peleas se agudizan, debido a que es justo los fines de semana cuando la madre de Tiffany sale de casa y, según afirma la paciente, se va con su pareja.

A partir de sus reflexiones y el diálogo, Tiffany pudo ubicar la necesidad de mejorar el vínculo con su madre, relacionándose de manera “respetuosa” es decir, respetando su individualidad, así como su tiempo y las cosas que aquélla quiera compartirle. Asimismo, propuso que una alternativa sería hablar con su madre sobre sus reflexiones y conclusiones y su deseo de cambio, de que las cosas fueran distintas, a partir de lo cual se le mencionó que, finalmente, hablar era una solución desgastada y que sería algo que antes ya había intentado hacer, por lo que sería mejor actuar.

Posterior a esta reflexión, mencionó que un día previo a la sesión terapéutica tuvo un encuentro con su madre de forma cariñosa y sin reñir, en el que Tiffany le contó a acerca de su fin de semana y actividades que realizó.

Se le hizo notar que pareciera ser que conoce bien en qué consiste ser madre, y la importancia entonces de explorar en qué consistiría ser hija, ante lo que Tiffany no tuvo respuesta.

Directivas

Se le pidió a Tiffany elaborar un plan de actividades a realizar, en tanto no inicia labores académicas, ya que se encuentra esperando los resultados de ingreso a la universidad. Asimismo, se le indicó hacer una encuesta con otras hijas sobre en qué consiste ser hija.

Reflexiones post-sesión

Cuando encontramos que la paciente ha realizado efectivamente una directiva fuera de la sesión, es importante dar tiempo a la exploración y el reforzamiento, en este caso “ampliar la diferencia” y engrandecer la tarea, de forma que sea aún más útil en la sesión. Asimismo es importante acompañar a la paciente en los logros a partir de su tarea, con el apoyo del lenguaje verbal y analógico, que en esta sesión hizo falta.

Ubicamos que es más útil emplear un lenguaje coloquial, especialmente con una chica de 19 años.

Considerando el modelo de terapia breve, es necesario orientarse durante la sesión a la revisión de los cambios, más que a regresar e insistir nuevamente en el problema por el que llegó la paciente.

También nos dimos cuenta que es necesario mostrar apertura y flexibilidad ante la postura identificada en la paciente, ya que puede ocurrir que se “subestime” su participación en el proceso de cambio desde

una postura determinada. En el caso particular de Tiffany, se había ubicado en una posición de “demandante”, aunque en realidad resultó “compradora”, lo cual se evidenció con el cumplimiento de las directivas que la involucraban directamente.

Sesión 3

En la fase previa a la sesión terapéutica, la supervisora indicó la relevancia de explorar si la interacción de la madre con Lizbeth (hermana) es igual que la de Tiffany con su madre, con el objetivo de promover en Tiffany reflexiones respecto a su relación, teniendo como premisa que las interacciones regulan la vida de las personas.

Se inició con la revisión de las tareas. En la primera tarea –plan de actividades- la paciente refirió que tiene la opción de trabajar con su mamá, ante lo cual las terapeutas preguntaron qué otras alternativas había –dado el riesgo de regresar a la pauta problemática al estar interactuando con su madre- y recalcando la pregunta de cuál opción sería mejor para ella en el futuro.

En la segunda tarea –encuesta sobre lo que hace una hija- la paciente mencionó que encontró respuestas desde tratar de entender a su mamá (aspecto que refuerza la pauta problemática), hasta salir más con las amigas. Cuando se le preguntó qué cosas tomaría de lo que dicen sus amigas, refirió que éstas le dicen que sea más egoísta, más independiente. Se indagó entonces qué significaba para ella ser egoísta, a lo que mencionó que consistiría en sólo preocuparse por ella. Sin embargo, a esta impresión se le dio una connotación positiva, introduciéndose la información de que “cuando yo pongo atención a mis cosas, puedo poner atención a las cosas de otras personas”.

Con el objetivo de profundizar la connotación anterior, la supervisora entró a la sesión resaltando que el egoísmo puede ser visto en el extremo de un continuo (en el otro extremo se encuentra una fusión

–“muégano”); así, dependiendo de las circunstancias, podemos oscilar entre esos dos extremos, por lo que es posible posicionarse en el egoísmo o en el extremo contrario. Cuando se le preguntó cómo esta información tenía sentido para Tiffany, respondió que ella tenía que estar bien consigo misma para estar bien con los demás.

Acerca de la interacción de la madre con Lizbeth, la paciente describió a su hermana como muy responsable y obediente, por lo que no había conflicto en su relación. Antes de finalizar la sesión se le preguntó si las sesiones terapéuticas le habían estado siendo de utilidad; la respuesta fue afirmativa.

Directiva

Como sugerencia del equipo terapéutico, se le recomendaron a Tiffany unas lecturas relacionadas con su problemática (*De la autoestima al egoísmo* y *El camino de la autodependencia* de Jorge Bucay), para revisar hasta dónde se podría ser “egoísta” en la relación con su madre.

Reflexiones post-sesión

La supervisora resaltó el valor de introducir la idea de que Tiffany se puede mover de posición (respecto al egoísmo), de que puede elegir qué hacer y qué no hacer. Asimismo, sembrar la idea de que el egoísmo no es tan negativo en ciertas circunstancias, aspecto que eventualmente podría generar independencia y autonomía en Tiffany con relación a su madre.

Sesión 4

En la fase previa a la sesión terapéutica, se puntualizaron diversas líneas a abordar durante la sesión y se vertieron algunas dudas del equipo, una de las preguntas fue respecto a la escuela, pues al parecer a un miembro del equipo no le quedó clara la situación de la paciente sobre su ingreso a la Universidad. También se destacó la idea de que situarnos

en el extremo del egoísmo o de la dependencia en una relación no es saludable, continuando con la idea sembrada en la sesión anterior.

También se mencionó la posibilidad de señalar los avances que la paciente ha tenido a lo largo del proceso terapéutico para establecer una diferencia respecto a cómo miraba el mundo y cómo lo hacía ahora.

Al comienzo de la sesión se le preguntó a la paciente cómo habían transcurrido sus vacaciones, ante lo cual respondió que en general bien, sin embargo dos días después de la cita previa salieron los resultados de ingreso a la universidad y éstos no fueron favorables, por lo que se entristeció y decepcionó, aunado a que su mamá al encontrarse de viaje olvidó preguntarle por los resultados, aspecto que la hizo sentir enojada, pues consideró que no fue importante para su mamá.

Al retorno de su mamá, ésta le pidió perdón a Tiffany por no haber estado atenta a esa situación; que comprendía que se sintiera triste y al mismo tiempo le transmitió que era uno de los tropiezos que tendría que enfrentar en la vida y le propuso que buscara otras opciones sin cerrarse a una opción frustrada, por lo que la siguiente semana se enfocarían en buscar diversas opciones educativas. Aquí se destacó el acercamiento de la mamá y las palabras que le transmitió respecto a los retos y metas que de la vida. Además, señaló que esta situación las unió.

Adicionalmente comentó que había compartido con su mamá y hermana poco menos de una semana en un viaje a Cuernavaca, el cual le complació. A su regreso, Tiffany se fue a una reunión con unos amigos quienes le insistieron para que los acompañara a un viaje a Valle de Bravo, al cual Tiffany tenía muchas ganas de ir. Al pedirle permiso a su mamá, ésta se lo negó, pese a ello se fue y al día siguiente su mamá la localizó advirtiéndole que no tenía el permiso y hablarían a su llegada. Al ser cuestionada respecto a qué fue lo que la motivó a irse y cómo se sintió, expresó que tenía muchas ganas de acompañar a sus amigos y con el exhorto de éstos determinó irse. Además, aunque su mamá era importante, ahora ella lo era más, así como ocuparse de las cosas que dejó de hacer por cuidar a su mamá.

De esta manera se retomó la idea sembrada en la sesión anterior del egoísmo y el “muégano”, destacando que en estas vacaciones pudo oscilar entre los dos extremos, por lo que en la medida en que pudiera oscilar en las posturas, le ayudaría a alcanzar la meta que fue definida por ella como “volver a su vida de antes... en volver a preocuparse por ella misma”.

Al marcar la diferencia en cuanto a su posición inicial y la sesión actual, comentó que veía las cosas diferentes, que ahora podía platicar con su mamá sin pelear y sin experimentar rencores, resaltando que ubicaba que el mayor cambio era que la preocupación por su mamá ya no era la prioridad y esto representaba un “alivio” para ella, porque ahora no se sentía responsable por su mamá.

Directiva

El mensaje transmitido tanto por las terapeutas como por el equipo es que siguiera siendo hija y haciendo las cosas que hacen las hijas.

Reflexiones post-sesión

La supervisora destacó el sesgo que resultaba de hacer una pre-sesión en la que se proponían múltiples líneas de trabajo, lo que introdujo una sensación de “compromiso” por parte de las terapeutas de cumplir con las directivas. Sin embargo, al momento de hacer un lado las notas de dichas ideas, tuvimos una sensación de liberación y la posibilidad de estar de una manera más fluida durante la sesión.

Sesión 5

Tiffany mencionó que sus abuelos maternos se irían a vivir a su casa, debido a que su abuela sufrió una caída. Esto conllevó cambios en la dinámica de sus horarios como en la hora de la comida, lo que originó en Tiffany cambios de humor.

Ante estos cambios ha sentido enojo, ya que se había acostumbrado a estar ella sola en casa, además que ahora su abuelita le manda y están yendo de visita sus tíos: “Me siento como niña chiquita, mi abuelito quiso acompañarme al súper... me pide que le marque a mi abuela por teléfono para saber dónde está”.

Se indagó qué haría si su mamá regresara con Aldo, ante lo cual contestó que su mamá hacía lo que quería, y que si regresara con Aldo, Tiffany se enojaría. Como soluciones ante esta situación mencionó: “haría mis cosas, me preocuparía por la escuela, iría a visitar a mis amigos, intentaría que no me diera cuenta de la relación”.

En este punto de la sesión apareció el problema que tenía con Aldo, que no le gustaba que las excluyera a ella y a su hermana.

Como metáfora, se le mencionó que era importante ejercitar el músculo del respeto con su mamá, así como la aceptación de sus decisiones, lo que, en consecuencia, conllevaría a una mayor atención a sí misma.

Directivas:

Continuar practicando el ser hija también con sus abuelos.

Reflexiones post-sesión

Se recordó la importancia de no apresurarse y dar pasos pequeños, pequeños cambios.

Se intentaría utilizar la presencia de los abuelos a favor del proceso terapéutico.

Sesión 6

Tiffany acudió puntualmente a sesión. Se hizo la revisión de la tarea, la cual consistió en que pudiera desempeñar su rol de hija en la familia, incluso también con sus abuelos. Al respecto, reflexionó que en algunas cosas puede estar con ellos acompañándoles, ya que están solos y ella

les entendía en ese sentido. En los permisos, le explicó especialmente a su abuela que la sociedad ya es diferente, que ella –Tiffany- podía salir más.

Posteriormente, se retomó el tema de la relación con su mamá, sobre cómo iban las cosas, a lo que mencionó: “Supe que mi mamá estaba con Aldo, me enojé al instante”. Nuevamente apareció la pauta identificada anteriormente, en la cual la madre se vincula con Aldo, y Tiffany le pide explicaciones actuando como “la mamá de su mamá”, intentando protegerla de la presencia y el daño de Aldo.

Se realizaron intervenciones entonces para conocer cómo percibía Tiffany a su madre. Al respecto, Tiffany mencionó que no le gustaba que su mamá se comportara como “ilusionada”, de que las cosas iban a estar bien con Aldo.

Al indagarse de qué manera se construyó la imagen de su mamá como “ilusionada”, narró que fue a partir de que el papá de Tiffany llegó a golpear a su mamá; que la relación terminó mal y que su mamá llegó a estar muy grave a consecuencia de esa relación. Declaró que si su mamá se fuera a vivir con Aldo, creía que le pasaría lo mismo que ya había vivido antes con su papá; mencionó que creía existía un 90% de probabilidades de que su mamá viviera una situación similar con Aldo, una relación en la que hubieran golpes. La relación de su mamá y papá, la describió como similar a la que ahora su mamá tiene con Aldo: en ambas experiencias hubo violencia psicológica, pero la primera relación, además, se distinguió por la presencia de violencia física.

En este punto, ingresó la supervisora a la sesión para validar la gran preocupación que había estado mostrando Tiffany por su mamá, cuando habló de la violencia ejercida por su padre en contra de su madre. Para finalizar le preguntó si ella viera a su mamá más segura, eso haría que dejara de preocuparse tanto por ella, lo cual confirmó. También se le preguntó si pedir explicaciones como una solución para proteger a su mamá ha funcionado, cosa que reflexionó y contestó que, finalmente, no ha resultado así.

Reflexiones Post-sesión

Se aclararon dos conclusiones fundamentales a las que ha llegado la paciente: “parece ser que mi mamá no ha sabido cuidarse ella misma” y “lo que yo he hecho para ayudarla no ha servido”.

Validar la preocupación de Tiffany a partir del relato de la violencia ejercida por su madre ayudó a disminuir algún sentimiento de inadecuación de su parte, ya que dicha preocupación tiene fundamento. Fue útil también a todo el equipo terapéutico esa información para comprender el origen de la pauta y hacer un cambio de dirección.

Sesión 7

Previo a la sesión se comentó que un objetivo en ese día sería cuestionar el sistema de creencias de la paciente, respecto a que su mamá necesitaba de su ayuda y protección. Con el equipo terapéutico se hipotetizó el escenario de que la mamá de Tiffany reanudara su relación con Aldo, descuidando Tiffany su vida para volver a proteger a su mamá y ser de nuevo la mamá de su mamá, lo que evidenciaría que sólo habría ocurrido un cambio tipo 1 y no un cambio tipo 2. La supervisora subrayó la importancia de trabajar sobre su mapa del mundo, para evitar esto, preguntando: “¿cómo te explicas que tu mamá pudo salir de la relación violenta con tu papá?”

También se esbozaron algunas preguntas clave para formularlas en sesión, en caso de ser oportuno y lograr el objetivo: “Si pudieras ver a tu mamá más fuerte, tomando decisiones más determinantes, ¿sería más fácil que tú no regresaras a preocuparte por ella?”, “Eso sería parte de lo que te engancha para comportarte así?”, “¿Ha funcionado que tú te “pegues” a ella para que resuelva sus problemas?”, “¿Tú dirías que tu mamá terminó con Aldo porque tú estabas ahí para protegerla?”

El objetivo de dichas preguntas era que la paciente se diera cuenta de que si su mamá era más fuerte, o de que si regresaba con Aldo o no, no dependía de ella.

En la sesión, las terapeutas formulamos algunas de las preguntas propuestas en la pre-sesión, ante lo que Tiffany respondió: “Fue a través del apoyo de sus hermanos que salió de aquella relación; se puso a trabajar, no quería una vida así para nosotros; pero siento que no lo superó del todo. Siento que su familia la presionó para que dejara la relación”, sugiriendo que no lo había hecho por sí misma.

Intentando hacer un reencuadramiento, se introdujo la idea de que si la mamá ya había vivido una relación de violencia, y pudo salir de ahí, entonces podría ser una mujer fuerte y decidida, con los recursos y la capacidad para salir de una situación amenazante como la que tal vez estaba viviendo ahora con Aldo.

Tiffany refirió que su mamá mencionó que ya no quería una vida así, y decidió entonces que nadie podía maltratarla tanto, y por ello terminó la relación; otro recurso fue el apoyo que sus abuelitos le dieron a su madre para hacerlo.

Nuevamente las terapeutas preguntamos sobre la eficacia de las soluciones intentadas (pedirle explicaciones a la mamá, preocuparse por ella, protegerla). Tiffany comentó que no había sido eficaz intentar proteger a su mamá; se le cuestionó entonces si valía la pena seguir haciendo lo mismo, ante lo cual respondió que no.

En la última parte de la sesión se usó una metáfora de una película: cada quien es protagonista de su propia vida, ella sólo puede contar el guion de su película y Tiffany sólo es actriz de reparto en la historia de su mamá. Se le dejó la pregunta para reflexionar en casa: “¿Qué opciones tienes dado que sólo puedes estar en tu película? ¿Te gustaría ser actriz secundaria en la historia de tu mamá o quieres ser actriz protagónica de tu propia historia?”.

Reflexiones post-sesión

Observamos que fue más difícil introducir dos tipos de información: cuando se pretendió explorar los recursos de su madre y las explicaciones acerca de por qué su madre terminó y salió de la relación

con su padre. Esto confirmó que Tiffany aún tenía la percepción de una madre que requiere protección.

Reflexionamos que era fundamental enfatizar en las soluciones fallidas intentadas por Tiffany, para encontrar otras posibilidades. Sin embargo, pareció ser que de alguna manera “presionamos” a la paciente a contestar con nuestras preguntas, para que encontrara soluciones alternas. Es importante cuidar de no sobre-insistir en que la paciente dé una respuesta, la que como terapeutas queremos escuchar: que dejara de preocuparse por su mamá y ser la mamá de su mamá.

La supervisora recalcó la necesidad de no indagar en sesión, más de dos veces, sobre una misma pregunta; es decir, si es la segunda o tercera vez que se plantea y no funciona, es mejor dejarla para otra ocasión o replantearla en otros términos.

Sesión 8

Tiffany comentó que tuvo oportunidad de reflexionar que lo que ha hecho hasta este momento no ha servido de nada y aunque no le gustaría que le pasara algo a su mamá, era necesario no preocuparse tanto por ella y ocuparse más en su persona. En ese momento se resaltó la idea del respeto por las decisiones de las otras personas y, al mismo tiempo, se continuó validando la preocupación por su mamá.

Respecto a la metáfora con la que se cerró la última sesión, señaló que antes, en su película, la protagonista era su mamá, ya que su vida giraba en torno a ella, pero ahora había decidido ser la protagonista de su propia película y que su mamá sólo fuera una actriz secundaria, lo cual representaría dejar de ocuparse tanto de ella y respetar las decisiones de su mamá, aunque no le gusten.

Un aspecto que destacó en la sesión fue cuando Tiffany narró que al momento en que su mamá concluyó la relación con Aldo, les prometió a sus hijas que no volvería con él; respecto a ello, Tiffany señaló que en una plática que tuvo con su hermana Lizbeth, le propuso hablar con su mamá para que “rompiera el pacto”, con la intención de poner en práctica

los aprendizajes, el ser hija y no la mamá de su mamá, propuesta que evidenció la confianza que posee para ejercitar el “músculo del respeto” hacia su mamá, que ha habilitado.

Al final de la sesión Tiffany, externó reiteradamente su preocupación ante el cambio que se aproximaba, su ingreso a la Universidad y tener que mudarse con sus tíos, pues prevé que no tendrá amigos y va a extrañar a su familia, aunado a que se va a enfrentar a una dinámica diferente en otra casa, por lo que se le hizo notar que éste sería uno de los muchos cambios a los que se enfrentaría. También se exploraron las fortalezas con las que contaba para enfrentar situaciones novedosas y de cambio, de las que se resaltaron cualidades como la sociabilidad, la reflexión, el respeto y amor por los otros, pero, al mismo tiempo, su capacidad para identificar sus prioridades.

Sesión 9

Tiffany continuó hablando sobre el pacto establecido entre su mamá, su hermana y ella. Mencionó que, al plantear la ruptura de dicho pacto, su hermana no había estado completamente de acuerdo. Aún con esta situación, decidió decirle a su mamá, quien le preguntó si estaban de acuerdo ella y hermana, que prefería que ambas lo estuvieran y que Tiffany lo hiciera “de corazón”.

Se le reconoció este intento e idea de romper con ese pacto y los avances en general en el proceso terapéutico. Se le preguntó entonces qué había influido para que propusiera esto, ante lo cual contestó: “el hecho de haber pensado en ya no ser la mamá de mi mamá”. Se le hizo notar y ella misma confirmó en que en una primera o segunda sesión, difícilmente podría haber intentado plantear algo así con su mamá. Se recordó entonces el motivo de consulta y se indagó con ella si consideraba que dicho motivo y la expectativa de mejorar la relación con su mamá se había cumplido, a lo que consideró que efectivamente se había resuelto; sin embargo, también se retomó que en un inicio dijo que un problema era que su mamá le mentía.

A través de preguntas, se concretó que su mamá mentía únicamente en lo relacionado con Aldo. Se hizo la redefinición de que el hecho de ocultar información no convierte terminantemente a una persona en “mentirosa”.

Directiva:

Se indicó que buscara si habría alguna otra palabra en lugar de “mentirosa” para describir la situación y se dejó que reflexionara qué motivaba a que las personas oculten cierta información.

Reflexiones post-sesión

Se consideró un gran avance que Tiffany se atreviera a intentar romper el pacto, lo cual reflejaba una movilización en su mapa del mundo y representaba un avance en su proceso terapéutico.

Sesión 10

La sesión inició señalando que, derivado de las reflexiones hechas en la sesión anterior, hizo ver a su hermana que ellas dos habían estado actuando como si fueran los papás de su mamá, y su mamá actuaba como si fuera la niña, de manera que si ella (su mamá) no les decía la verdad, era porque la reacción que tendrían ellas (como “papás”) sería de enojo.

A partir de lo anterior, Tiffany identificó que el motivo de su mamá para mentir con respecto a Aldo tenía que ver con el deseo de preservar una buena relación con sus hijas y, al saber que hablar de su pareja causaría molestia en ellas, mejor lo evitaba. En esta parte de la sesión, la paciente aseguró que si su mamá hubiera visto que Aldo les había caído bien a ellas, su mamá no hubiera tenido la necesidad de mentirles. En este punto, se validó su “aversión” hacia Aldo, ya que se asociaba a una serie de indicadores que identifica en él (violencia).

Tiffany hizo una evaluación de que la forma de comunicarse con su mamá ahora era diferente, pues podía expresarle sus puntos de vista y

las razones o percepciones, por lo que su mamá también respondía diferente. No obstante, se destacó que es posible que su mamá oculte información nuevamente, por lo que se le cuestionó cuál será su posición sobre ello, ante lo cual respondió que sería de respeto, pese a que no entendiera y no aceptara lo que hace su mamá, resaltando que su mamá es responsable de su propia película.

Durante la sesión la paciente confirmó su deseo de romper el pacto, ya que había ubicado que no se sentía cómoda con él y aseguró que el reflejo de lo que hiciera cuando no existiera dicho pacto, sería el resultado de lo que pensaba ahora, manteniéndose de esta manera respetuosa y alejada de la relación de pareja que su mamá había decidido tener.

En este punto se realizó una evaluación del cumplimiento de los objetivos terapéuticos, si consideraba que se hubieran cubierto, a lo que mencionó que ya no sentía que fuera la mamá de su mamá, por lo que se le ofreció la opción de cerrar en ese día su proceso terapéutico y tener posteriormente una sesión de seguimiento, sin equipo terapéutico, o que nos viéramos una sesión más, ante lo cual consideró que terminaba ahora y tendría una sesión de seguimiento.

Reflexiones post-sesión

En este punto, Tiffany continuó con cambios a partir de las modificaciones en su sistema de creencias, probablemente a partir del cambio de dirección aplicada en la sesión 6.

En esta sesión ya no hubo una sensación de “forcejar” con la paciente para que abandonara la idea de ser la “mamá de su mamá”, sino que los cambios vinieron de la propia Tiffany.

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

3.1.3.1. Familia Fresia: *¿Eres mi hermana o mi mami?*

Análisis del sistema familiar¹⁵

Sistema significativo:

Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1989) afirman que el sistema significativo incluye todas aquellas unidades (personas o instituciones) que se activan en el intento de aliviar los problemas cuya solución se solicita a los profesionales. Aquí se encuentra la figura del/la terapeuta.

El sistema significativo incluye un centro, la familia, la persona o institución que ha derivado; a veces también se incluyen otros sistemas que participan en el tratamiento, como las escuelas o los tribunales. No sólo contempla a las personas, sino también a las ideas y los significados conectados con los problemas presentados como son vistos y descritos por quien observa y al observador mismo, cuyas descripciones están condicionadas por sus prejuicios y teorías (Boscolo y Bertrando, 2000).

Para el caso de esta familia, dentro del sistema significativo -con distintos grados de involucramiento- se encuentran:

- El Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, como institución;
- El equipo terapéutico, conformado por las coterapeutas, algunos miembros de la formación en Terapia Familiar y la supervisora del caso;
- La psicóloga de la escuela de Uriel;
- El terapeuta infantil de Uriel, con formación psicoanalítica;
- Grupo cristiano “Benditas las Mujeres”, al cual acude Carina;
- Daniel, Montserrat, Carina, Alexis y Hugo

¹⁵ Aunque en este caso las intervenciones no se realizaron en su totalidad desde el enfoque de Milán, el análisis se efectuó utilizando conceptos de esta perspectiva.

Historia familiar

La abuela es quien narra la historia de una familia en la que la hija menor, alrededor de sus quince años, tenía múltiples parejas y se dedicaba a acudir a fiestas. En medio de este “ritmo de vida”, se embarazó, a partir de lo cual se gesta no sólo un bebé, sino un poderoso secreto en la familia, ya que jamás se ha revelado quién es el padre del niño; se ha especulado acerca de un primo materno e incluso, la abuela llegó a pensar en la posibilidad de que hubiera sido su propio marido. Cuando nació, el abuelo hizo que registraran al niño como hijo de él y de la abuela, encargándose ésta de su cuidado; el niño ha llamado “mamá” a su abuela y, a su madre biológica, por su nombre: Carina.

Uriel nació con hemiparesia, razón por la cual ha necesitado rehabilitación desde pequeño. La abuela define a la hija como “mala madre”, e incapaz de hacerse responsable de los cuidados del niño, por lo que no está de acuerdo con que ella pensara en quedarse con él, aunque, al mismo tiempo, se siente cansada y preocupada por qué ocurrirá cuando ella muera. Ha existido un gran conflicto y rivalidad entre la madre biológica del niño y la abuela con relación a la disciplina del nieto. La abuela se refiere a su hija como una persona “neurótica”.

En la familia se dice que el padre era un hombre “extraño”, aislado y, algunas veces, agresivo verbalmente, quien se suicidó colgándose en su casa; su esposa explica este evento como consecuencia del diagnóstico de cáncer que le dieron.

Procesos familiares

Se entienden como procesos a los verdaderos momentos de negociación, oscilación, acomodamiento recíproco, coordinación, desestructuración y reestructuración, la mayoría de las veces implícitos entre sus miembros, asumiendo las familias formas diferentes en momentos diferentes de su historia (Reséndiz, 2012). Con base en esta definición, algunos procesos ubicados en esta familia son:

a) *Proceso de redefinición de la relación:* Cuando Uriel es registrado como hijo de Montserrat y su esposo, por decisión de éstos;

b) Proceso de revelación del secreto:

- Cuando Carina “amenaza” con revelar a Uriel que ella es su madre, situación que representó el algún momento un temor para Montserrat, de que fuera hecho de manera abrupta y pudiera ser utilizado como un instrumento de chantaje;
- Cuando Montserrat decide finalmente revelar a Uriel que su madre biológica es Carina, y no su hermana;

c) Proceso de establecimiento de la pluriparentalidad: Cuando Montserrat se hace responsable de la crianza de Uriel y cuando, posteriormente, Carina comienza a externar su inquietud por hacerse cargo de Uriel, a partir de que acude al grupo religioso “Benditas las mujeres”.

d) Proceso de salida e incorporación de integrantes al sistema familiar:

- El suicidio del abuelo;
- El embarazo de Carina;
- La presencia de la pareja actual de Carina, al que Montserrat considera como “un buen chico”, quien tiene un hijo también y motiva a Carina;
- El periodo posterior al cual Montserrat decide dividir su casa en tres partes: una para ella y Uriel; otra para Carina y otra para su hijo Alexis, para “obligarles a hacerse responsables”

e) Proceso de negociación de la parentalidad: Los momentos en que Montserrat acepta estar cansada de hacerse cargo de una responsabilidad que no le correspondía, cuidar de Uriel, y cuando siente que no está dispuesta a dejar al niño a cargo de Carina, dada su “irresponsabilidad”

f) Proceso de negociación de la relación madre- hija: Cuando Montserrat llega a aceptar que se siente más tranquila con Carina, que las cosas entre ellas están más tranquilas

g) Proceso de tránsito a nuevas etapas de vida: Con respecto al ciclo vital de la familia, Montserrat está cercana al tercio de la vida y se ha convertido en abuela. Asimismo, el reciente fallecimiento de su padre.

Creencias familiares

De acuerdo con Valeria Ugazzio (1985), las creencias familiares son explicaciones, interpretaciones, atribuciones de significado e intencionalidad, que los miembros de la familia tienen, respecto a su conducta y la de otros miembros; ante la situación patológica en la familia, ante todos los problemas derivados de ésta y los referentes a la terapia.

Algunas creencias de la familia Fresia podrían ser:

- La neurosis es una afección orgánica y la causante del “mal carácter” de Carina, causada por el golpe recibido en la cabeza cuando era pequeña, en la “zona de los sentimientos”; no está relacionada con situaciones de estrés familiar;
- El amor de madre no es algo que se aprenda; o se siente, o no;
- Una chica joven que sale a fiestas y tiene varias parejas, es una promiscua;
- Es necesario ocultar ciertas cosas ante la gente de la escuela, el trabajo, e incluso la familia, ya que es mejor que se mantengan sólo dentro de la familia nuclear (como la paternidad y maternidad de Uriel);
- Las situaciones incomprensibles o vergonzosas hay que “enterrarlas” (como el suicidio o un posible incesto);
- Hay verdades que se llevan a la tumba;
- Uriel pudo haber sido concebido con un primo materno de Carina, o con su propio padre;
- Las conductas agresivas de Uriel se originan únicamente por la violencia física y verbal de Carina hacia él. No se relaciona con los enfrentamientos entre Carina y Montserrat;
- Que Uriel viva bajo los cuidados de Carina, le generará daños en el desarrollo del niño (creencia de Montserrat);
- El deseo repentino de Carina por hacerse cargo de Uriel, puede explicarse porque ésta podría estar interesada en la herencia que el abuelo dejó a Uriel
- Una mujer con múltiples parejas, es una “prostituta”

Premisas

Las premisas son creencias estructuradas que la familia mantiene de forma inconsciente. Conllevan a una visión compartida de la realidad por parte de los integrantes de la familia, y dictan relaciones, es decir, cómo se debe actuar (Boscolo *et al.*, 1987; Reséndiz, 2012). La premisa es una idea básica que mantiene a la familia andando (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985). Algunas premisas de esta familia, y que podría presentar de manera inconsciente serían:

- Las “alteraciones de carácter” se explican con situaciones orgánicas; no existe relación alguna con el trato recibido por el padre o la madre (es decir, relacional), sino que se atribuye a una patología interna del individuo
- Existe un instinto maternal en las mujeres que es natural y, por tanto, también existe un amor maternal incondicional. Esta premisa provoca que Montserrat califique a Carina como “mala madre”, y que ella misma se sienta muy mal consigo misma cuando duda de querer seguir haciéndose cargo del nieto, lo que siente con su hijo o cuando la relación con su hija no va bien
- Las situaciones negativas no se hablan en la familia ni fuera de ella (“La ropa sucia se lava en casa”);
- La muerte puede llegar en cualquier momento, lo cual se relaciona con la constante alusión de Montserrat de que “faltará”;
- Es difícil confiar en las personas o en el cambio de las personas (por ejemplo, Montserrat no tiene amistades y a nadie comentó de la situación de Uriel);
- La vida de las mujeres gira fundamentalmente alrededor de los/as hijos/as, lo que las hace “buenas madres”

Niveles sistémicos y contextos (Individual, Familiar, Social y Cultural)

El contexto se refiere al espacio y tiempo en el que se encuentran el paciente, la familia o el terapeuta y el paciente. Comprende también los roles que tiene cada uno en un momento específico (Cecchin, 1987).

En esta familia se pueden describir algunos aspectos del contexto circundante:

- *Individual*: Montserrat es una mujer que trabaja en el ámbito académico, como profesora. No tiene amistades, es viuda. Tiene un nivel académico de licenciatura. De Carina, se sabe que es estudiante; está cursando actualmente carrera técnica. No tiene empleo remunerado, ya que vive de la herencia que su padre dejó a ella y a su hermano. Aunque vive en el mismo terreno que su madre y su hermano, tiene un departamento propio, que también es herencia. Uriel acude al kínder, en el que es evaluado por la psicóloga. Tiene un amigo imaginario llamado Juan y, de alguna manera, es hijo de “dos” mamás.
- *Familiar*: físicamente, Montserrat junto con Uriel y sus hijos Alexis y Carina, se encuentran viviendo en el mismo terreno, aunque últimamente con las modificaciones, ella se encuentra con Uriel en un solo espacio, y Alexis y Carina, se encuentran en otro. La familia se ubica, según las etapas del ciclo vital familiar, como una familia con hijos mayores de edad; Carina con la posibilidad de irse a vivir en pareja; Montserrat es abuela, cercana a los 60 años de edad.
- *Institucional*: en cuanto al proceso terapéutico, nos encontramos trabajando en un Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM, como práctica del programa de la Residencia en Terapia familiar, en el cual se cobra una tarifa mínima por el servicio, con una larga lista de espera para recibir la atención. La terapia se realiza en un consultorio con videocámara, con equipo terapéutico y supervisión, con una frecuencia bisemanal. Asimismo, la terapia que recibe Uriel por parte del terapeuta infantil con formación psicoanalítica (quien, por cierto, diagnosticó a Uriel con rasgos psicóticos). Trabajo con una co-terapeuta, con quien tengo buena relación.
- *Social, cultural*: la familia se ubica en una clase social media alta (según Montserrat). Es una familia radicada en el D.F. Nos

encontramos en una sociedad con roles tradicionales y estereotipos de género diferenciados para hombres y mujeres; una sociedad predominantemente católica.

Tiempos (Individuales, de los subsistemas, familiares, sociales y culturales)

De acuerdo con Luigi Boscolo y Paolo Bertrando (1992), un individuo, una pareja, una familia o una organización menor constituyen un sistema. Maturana y Varela (como se citó en Boscolo y Bertrando, 1992), señalan que cualquier sistema existe cuando se traza un mapa que es definido por un observador. Dado que es un sistema vivo, puede ser observado en términos de tiempo como un proceso de interconexión en constante cambio y en un continuo estado de flujo.

El tiempo es una abstracción derivada de nuestra experiencia de secuencia y cambio por un lado, y por otro, de la presencia estable de los objetos en proceso de cambio. El tiempo puede ser concebido de manera diferente por diferentes personas, por diferentes grupos de personas o incluso por la misma persona en diferentes momentos (Fraser, 1981, como se citó en Boscolo y Bertrando, 1992).

En este punto parece ser que la familia Fresia es una familia cristalizada en el pasado, ya que constantemente Montserrat trae a colación el período de los 15 años de Carina, en el cual se embarazó, así como el comportamiento de su hija en esa época, a partir del cual define el comportamiento presente y futuro de Carina como madre, minimizando los cambios que ésta pueda realizar en sus conductas, y el interés presente por hacerse cargo de Uriel. Paralelamente, Montserrat se ubica en el futuro con relación a su propia muerte, lo cual le lleva a vivir un presente desesperanzador y de constante preocupación por el bienestar de Uriel.

Hipótesis (Monádicas, diádicas y tríadicas):

Las hipótesis se definen como esquemas explicativos producidos por el/la terapeuta en un intento de responder al ¿por qué? de la conducta

sintomática. Ofrecen motivos para los síntomas y otras conductas disfuncionales alrededor de la sintomatología de tal forma que involucran tres o más miembros del sistema (Selvini Palazzoli, Boscolo Cecchin y Prata, 1980). Una hipótesis no se toma como verdadera o falsa, está sujeta a verificación, como el punto de partida para la investigación subsecuente.

Algunas de las hipótesis propuestas durante el proceso terapéutico fueron:

- La llamada “neurosis” de Carina manifestada con su madre, podría estar relacionada con el hecho de no sentirse escuchada por Montserrat, tanto en el pasado como en el presente;
- El hecho que Carina en su adolescencia prefiriera estar fuera de casa, podría vincularse por un lado, con el periodo de la adolescencia y, por otro, con una situación familiar “incómoda”, generada tal vez por las conductas “extrañas” y agresivas de su padre, por la desatención de la madre y/o por la mala relación con su hermano Alexis;
- Hay una indefinición relacional: El padre biológico de Uriel podría haber sido el primo, aunque también pudo ser su propio abuelo (abuelo-padre), así como su madre biológica ha fungido el papel de su “hermana”;
- Carina pudo haberse embarazado durante un momento en el que hubiese estado inconsciente (tal vez por ingerir alguna sustancia), desconocer quién es el padre de Uriel y, por ello, mantener el secreto de la identidad del mismo;
- El gran enojo de Carina tiene relación con una situación de incesto con su padre, lo que llevó a que éste decidiera registrar a Uriel como su hijo y hacerse cargo económicamente de él, con su fideicomiso. Ante el posible incesto mantenido como secreto ante el resto de la familia, el padre pudo haber cometido suicidio;

- Ante la constante idea sobre la muerte, Montserrat podría tener alguna enfermedad grave, que le llevara a pensar en dicho acontecimiento, lo que exacerba la preocupación acerca del bienestar de Uriel;
- La revelación del “secreto” de que Carina es madre biológica de Uriel, podría estar utilizándose como instrumento de poder de parte de Carina, para obligar a Montserrat a “dejar ir” a Uriel;
- Montserrat tiene una mayor apertura con la supervisora, probablemente debido a que se encuentran en el mismo rango de edad, a diferencia de las terapeutas, que podríamos representar a las personas jóvenes como los hijos de Montserrat, de quienes siente no ha recibido apoyo;
- Los puestos de Carina han sido ocupados: ella podría sentir que Uriel ocupó su lugar del “hijo” de la familia y que Montserrat, ha ocupado su lugar de madre;
- Uriel podría representar una forma de reivindicar la “mala maternidad” de Montserrat para con Carina

Intervenciones, preguntas, comentarios o elementos terapéuticos

Si bien como se ha mencionado, la intervención no se efectuó con el marco de Milán, sí se realizó recurriendo a elementos de la terapia estructural, centrada en los problemas y centrada en las soluciones principalmente, haciendo un uso abundante de tareas, mensaje final del equipo, esculturas y metáforas. En etapas finales es que se pudieron realizar algunas preguntas circulares.

A lo largo de todo el proceso, el sentido de algunas intervenciones fueron las siguientes:

- Aclarar la diferencia entre el cuidado del niño y la revelación de la maternidad de Carina a Uriel, validando el cuidado amoroso que Montserrat ha tenido con Uriel;

- Se le dejó a Montserrat la tarea de documentarse con respecto a la adopción, especialmente cómo revelar a un niño que es adoptado;
- Se evidenció la ambivalencia que vivía Montserrat: por un lado, la preocupación por el cuidado y el bienestar del niño y, por el otro, el enojo con Carina por no asumir la responsabilidad del niño, que ella ha tenido que asumir aunque no le correspondería; también se resaltó la preocupación que siente porque no cree en el cambio de Carina, ni mucho menos en la responsabilidad para con Uriel. No permitir que Carina se involucre, aunque el agotamiento sea grande;
- Se le dejó de tarea que Montserrat se preguntara hasta dónde estaba dispuesta a tomar la responsabilidad, y se reconoció que es válido decir que se encuentra agotada y que en vez de madre, puede ser abuela, ya que tan válidos son los derechos de Uriel como los de ella;
- Asimismo, se le planteó en la metáfora de unas cuerdas con las que va jalando a sus hijos, al trabajo, a Uriel, haciendo un gran esfuerzo sujetándoles;
- Se validó el dolor que experimenta y se reconoció su fortaleza, pero al mismo tiempo se evidenció la necesidad de que tenga un espacio dentro de la terapia que sea para ella, en donde pueda hablar de este dolor, ya que todo este tiempo lo que se había abordado en las sesiones era para el cuidado de los demás;
- En una sesión se dialogó con Montserrat sobre su tristeza delante de Uriel, con el fin de que él pudiera saber la razón de la tristeza de su mamá Montserrat, e incidir sobre los temores de su muerte que ella había estado manifestando;
- El equipo terapéutico envió el mensaje sobre la descalificación en la familia: cómo Carina descalifica a Montserrat como madre, y Montserrat también la

descalifica como tal, entrando en una escalada simétrica, para ver quién ha sido la “peor madre” (confirmado por la conducta de Uriel);

- Se habló de la importancia del establecimiento de acuerdos entre Montserrat y Carina sobre la disciplina;
- Se hicieron “ampliaciones” de la mejora de Carina en su relación con Montserrat;
- Se le comentó a Montserrat que Carina no era neurótica de nacimiento, y que su comportamiento podría tener relación con situaciones ocurridas en casa;
- Cuando Uriel estuvo presente en la sesión y se pudo platicar con él, se le hicieron algunas preguntas del tipo “¿Con quién juegas más, con tu mamá Montserrat o con tu mamá Carina? ¿Quién es la persona más feliz y la más triste en casa? ¿Qué hace que mamá Montserrat esté triste? ¿Cómo se siente Juan (refiriéndonos al amigo imaginario)? ¿Qué hace que Juan se sienta así?” A Montserrat llegamos a plantearle preguntas como: “¿Quién de la familia era más cercano a su esposo? ¿Cuál fue la reacción de su esposo sobre el embarazo de Carina? ¿Cómo era la relación de su esposo con Carina?”

Sistemas observantes

Aperturas

En el proceso con la familia Fresia, ubicamos algunas aperturas:

- Cuando Montserrat reconoce que está agotada ante una responsabilidad que no le correspondía (cuidado de Uriel), llega a considerar la posibilidad de que Carina la tome);
- Cuando se habla de que si le interesa saber a Montserrat quién es el padre de Uriel, es posible mencionar la posibilidad del incesto, haciendo que esto deje de ser un secreto;

- Montserrat comentó que en el velorio de su padre recordó que habían acontecido cosas que le habían agradado, como conversar con algunas tías con las que no tenía contacto desde que murió su madre, cuando ella tenía once años de edad, fue la primera vez que habló de su madre;
- Cuando Montserrat presenta a Carina a la supervisora, y se concierta una cita con Carina para que participe también en el proceso terapéutico;
- La intervención de la supervisora en las sesiones, permitiendo que Montserrat pueda hablar con mayor fluidez y apertura;

Circularidad

Se refiere a la habilidad del/la terapeuta para dirigir sus intervenciones, con base en las retroalimentaciones que da la familia en respuesta a la información que se le pide acerca de las relaciones, las diferencias y los cambios (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980). La circularidad se vincula con que el/la terapeuta hace una intervención o movimiento y observa el efecto, a la par que observa qué efecto tiene en sí mismo/a.

Considero éste un punto importante, ya que hemos tratado de estar haciendo preguntas e intervenciones con base en lo ocurrido en la sesión y a las respuestas verbales y no verbales de Montserrat. Sin embargo, en muchas ocasiones Montserrat ha mostrado respuestas “incongruentes” en estos niveles, ya que ha tendido a mencionar que se encuentra “bien”, aunque en el no verbal se le percibió decaída y triste. Como terapeutas, esto nos hizo sentirnos desalentadas con respecto a nuestro trabajo en algunas ocasiones. Ante esta situación con Montserrat, la supervisora decidió participar activamente en los momentos en que Montserrat parecía responder de esa manera.

Hasta el final de este proceso terapéutico, pareció haber mayor expresión por parte de Montserrat, así como por parte de Uriel en las ocasiones en las que intervenimos como terapeutas directamente con él,

prefiriendo incluso permanecer en el mismo espacio con Montserrat y nosotras, que con el equipo terapéutico.

El equipo terapéutico realizaba más aportaciones conforme pasaron las sesiones, a la par que tenían mayor conocimiento del caso. Por otro lado, la relación de la supervisora fue evolucionando, desde que entraba y hacía intervenciones en la sesión que facilitaban que Montserrat hablara; posteriormente, hubo la pregunta por su parte de si nos sentíamos cómodas con ello, para confirmarle posteriormente que lo hiciera cuando considerara fuese necesario.

Neutralidad

Con respecto a este concepto, en 1987, Boscolo y sus colaboradores la referían como una “compañera de ruta del interrogatorio circular y la elaboración de hipótesis. Se la expone mejor por sus resultados: si preguntásemos a cualquier miembro de una familia... de parte de quién está el terapeuta,... concordarían en que no está de parte de nadie” (p. 126).

En este sentido, la circularidad tenía que ver con el efecto que las conductas del/la terapeuta al llevar una sesión, ejercía sobre la familia, con relación a la alianza terapéutica, que en una “suma algebraica” debía ser igual a cero (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980). Asimismo, al mantener esta neutralidad, el/la terapeuta se aleja de la consideración de los juicios o rótulos como hechos de la familia; la neutralidad actúa en oposición a la moralidad y permite evitar activamente la aceptación de cualquier posición dada como más correcta que otra (Boscolo *et al.*, 1987; Cecchin, 1987). Más adelante, Cecchin replanteó la neutralidad no como una ausencia de toma de posición, sino como un estado de curiosidad.

Ubico que este aspecto se ha presentado en las sesiones, por ejemplo, cuando logramos platicar tanto con Montserrat como con Uriel, o en las ocasiones en que hemos empatizado con los sentimientos de Montserrat, dando un lugar “presente” a Carina. De hecho Montserrat

mencionó que se sentía cómoda en la terapia, ya que no hacíamos juicios de valor ni de ella, ni tampoco de Carina.

Probablemente hubiera sido interesante explorar situarnos en una “alianza” temporal también con otros miembros de la familia, por ejemplo, con el padre, con el hermano, con la pareja de Carina, incluso con las maestras de Uriel.

Prejuicios

Se refieren a las fantasías, ideas, verdades aceptadas, presentimientos, preconceptos, nociones, hipótesis, modelos, teorías, sentimientos personales, estados de ánimo y convicciones ocultas; es decir, cada pensamiento preexistente que contribuya a la formación de un punto de vista de las percepciones y las acciones en un encuentro con otras personas. Éstos son inevitables y, por tanto, en la relación terapéutica estos prejuicios y los de la familia estarán presentes. Como terapeutas sistémicos, es importante entonces poder conocerlos y ser capaces de dudar sobre nuestras propias ideas, para evitar ser demasiado entusiastas con ellas, y tratar de entender los prejuicios de la familia, sin imponer los propios (Cecchin, Lane y Wendel, 1997).

Con esta familia, identifico que algunos de mis prejuicios fueron:

- Desde un modelo estructural de familia, pensar que las responsabilidades estaban mal distribuidas, ya que la abuela pasó a ser la madre de Uriel, y su madre Carina, la hermana de éste;
- A partir del marco anterior, creer que la responsabilidad del cuidado de Uriel era “justo” de Carina;
- Pensar que ante la muerte de su padre, la tranquilidad de la cual habló Montserrat, se la había conferido el apoyo que ella le brindó en los últimos momentos, por lo que no hacía falta hablar más de ese tema si Montserrat así lo afirmaba;

- Al isomorfizarme con la creencia de que no se podía hablar con Uriel por ser un niño, y delegar la interacción con los miembros del equipo terapéutico en la hora de la sesión;
- Que una mujer con múltiples parejas no es una “prostituta”, como Montserrat lo mencionaba
- Que una persona puede aprender a cuidar a un hijo, ya que no existe el instinto maternal;
- Que las fantasías en un niño a la edad de Uriel, son normales y forman parte de su desarrollo psicológico;
- Creer en algún momento que no le estaba siendo de utilidad la terapia a Montserrat (por lo cual se lo preguntamos)

Posiciones múltiples del saber de la terapeuta

- A) Qué sabías que sabías (qué esquemas o mapas de entendimiento utilizados para entender el caso, reflexividad y conciencia): el marco teórico de la terapia *Gestalt* para el abordaje de los sentimientos; elementos de la perspectiva de género; nociones de los enfoques revisados durante la Maestría: estructural, estratégico, centrado en problemas, y aprendiendo algo de Narrativa, Soluciones y Milán.
- B) Qué sabías que no sabías (que te llevó a la curiosidad): el trabajo terapéutico con niños tan pequeños; la novedad de trabajar ya en la práctica con temas como el suicidio y los hijos adoptados y con una mujer en esa etapa de vida.
- C) Qué cosas no sabemos que no sabemos (que actuaste por colusión y resonancia): ubico en este punto la isomorfización con la incongruencia entre los mensajes analógicos y digitales de Montserrat, y que eso me llevara a no preguntar más en algunos momentos, y sentirme insegura del trabajo realizado como terapeutas.
- D) Qué cosas no sabemos que sabemos (que actuaste por intuición): ubico principalmente en la sesión en la que estuvo Uriel. Yo sabía que no sabía trabajar en terapia con niños y, al ver la

fluidez con el que dialogamos con el niño, me di cuenta que tenía algunas habilidades, lo cual me ayudó a disminuir el temor de trabajar con esta población.

3.1.3.2. Tiffany: *Extrañando a mamá*

Evaluación de la postura de la paciente

Según Fisch, Weakland y Segal (2010), los pacientes poseen sus propios valores, creencias y prioridades, que están fuertemente consolidados y determinan el modo en que actuarán o no actuarán. Mencionan que la postura representa una inclinación interna de los pacientes, la cual puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del/la terapeuta. Es también el valor con el cual el/la cliente se halla comprometido y se ha manifestado abiertamente.

En general, aunque los/as pacientes acudan a terapia, muchos de ellos poseen ya determinadas ideas con respecto a la naturaleza de su problema y su causa presumible, así como teorías de cómo podría resolverse.

Existen diferentes tipos de posturas (Fisch, Weakland y Segal, 2010) que en esta sección se vincularán con el caso de Tiffany:

- 1) *Postura ante el tratamiento*: según estos autores, las personas pueden definirse a sí mismas como pacientes, o definen a otra persona como tales. En el caso de Tiffany, aunque es ella quien acude a solicitar terapia, definiéndose a sí misma como paciente, sugiere desde la primer sesión que acuda su madre también, ya que es ella quien, a través de su conducta, ha provocado en Tiffany el malestar (la desconfianza) que refiere. También estos autores mencionan: “Si definen a otra persona como paciente, se presentarán a sí mismos como individuos compasivamente preocupados por alguien que está enfermo, o como víctimas de una persona malvada” (p. 115). En este caso, Tiffany pareciera ser que se sitúa como víctima de las conductas de su madre.

Fisch, Weakland y Segal (2010) señalan que si prematuramente se asume una postura definida, puede que ésta sea contraria a algún punto de vista del paciente, lo que se asocia a la reducción de la capacidad de maniobra por parte del terapeuta, lo cual pudo evitarse al dejar abierta la posibilidad de que su madre acudiera a terapia y al flexibilizar más adelante la postura de Tiffany desde la cual se consideró inicialmente.

Primeramente se identificó que uno de los intereses de Tiffany era que su mamá participara en el proceso terapéutico, por lo cual, de principio la consideramos desde una postura de “quejosa”, como la nombra Beyebach (2006). Desde esta postura, la cliente no participa en las tareas que implican “hacer”, sino “observar”, sin involucrarse directamente en realizar cosas para efectuar cambios. Sin embargo, desde la primera sesión, Tiffany se involucró en tareas de “hacer”, lo cual continuó haciendo a lo largo de todo el proceso, con lo cual se demostró que la postura que como equipo terapéutico definimos era equivocada.

Tiffany comentó en la segunda sesión de terapia, después de haberle dado la directiva de pensar un fin de semana haciendo actividades ella sola sin su madre: “He pensado que soy la mamá de mi mamá, así no deberían ser las cosas”.

Este comentario sorprendió al equipo terapéutico, en función a la forma en que planteó el problema en la sesión inicial como “quejosa”; sin embargo, a partir del movimiento realizado, se ubicó a la posición de “compradora”; es decir, aunque se le había considerado del tipo de personas quienes se quejan del problema, sin contemplar que deben poner de su parte para resolverlo, sin embargo, al llevar a cabo una acción, tuvo la oportunidad de comenzar a incluirse como parte del problema (Beyebach, 2006; Fisch, Weakland y Segal, 2010).

- 2) *Postura ante el problema*: “el cliente puede asumir una de estas dos posturas: o bien el problema es manifiestamente doloroso, por lo cual el cambio se vuelve urgente por necesidad, o bien el estado de cosas es indeseable pero no incómodo en exceso y no se necesita un cambio, o por lo menos, no con urgencia” (p. 115). Para Tiffany, el problema le representó mucha incomodidad y para ella era necesario ya un cambio en la situación, lo que la llevó a solicitar terapia.
- 3) *Postura ante la solución*: “cualquiera que sea el problema, y quienquiera que haya sido definido como paciente, las personas manifestarán una postura pesimista con respecto a la solución del problema, o manifestarán que el problema, aunque difícil, puede ser afrontado” (p. 115). Tiffany se ubicaría en esta última postura.
- 4) *Postura ante la terapia*: “los pacientes suelen asumir una de estas tres posturas: se convierten en receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta; a la inversa, toman a su cargo activamente el tratamiento, utilizando al terapeuta como caja de resonancia pasiva; o bien buscan ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíprocas entre ellos y el terapeuta” (p. 116). En el caso de Tiffany, probablemente se ubicó en la última postura ya que, aunque continuó dando sus propias explicaciones sobre el problema en torno a su madre, recibía la información e intervenciones por parte de las terapeutas.
- 5) *Postura ante la actividad de la paciente en el proceso terapéutico*: “los pacientes consideran que el proceso terapéutico requiere o bien unos debates y una intuición considerable (‘No entiendo por qué...’) o bien exige determinada acción por su parte (‘No sé qué hacer cuando...’). Esta última postura es seguida a menudo por otra según la cual se llegará a la solución del problema por una vía racional o a través del sentido común, mientras que en otros casos se señalará que el

problema se solucionará por medios mágicos o inesperados (p. 116). Tiffany podría ubicarse más en la última posición de estas dos, ya que ubicó como ineficaz las soluciones intentadas y, al no saber cómo confiar en su madre, es que busca apoyo terapéutico.

6) *Postura ante el valor personal*: “Por ejemplo, algunos pacientes se ven a sí mismos como algo extraordinario, que se eleva por encima de las circunstancias corrientes; por lo tanto, se sienten motivados por un desafío... Otros, en cambio, temen destacar y se echarían a temblar ante un desafío... Algunos individuos señalan que se consideran a sí mismos responsables o serviciales, y se sentirán motivados por tareas que impliquen sacrificio personal, siempre que sean constructivas, mejor que por tareas del tipo ‘usted tiene que preocuparse de sí mismo’” (p. 116). Tiffany tal vez se ubicaría como alguien servicial, por lo que, en este sentido, tal vez las directrices debieron “venderse” como sacrificios realizados por su madre dada la gran preocupación mostrada por ella, más que orientarla de inmediato a tener actividades para sí misma, lo cual contribuyó en que no se abreviara el proceso terapéutico lo que, desde el modelo de terapia breve, es fundamental.

Establecimiento del problema de la cliente y soluciones intentadas

Watzlawick, Weakland y Fisch (2007) mencionan que en determinadas circunstancias, pueden surgir problemas como resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente, una dificultad común y corriente de la vida cotidiana. Sin embargo, la situación se agrava cuando la solución contribuye en gran medida a aumentar el problema y se convierte eventualmente en el mayor de los males, por lo que concluyen “Sin la solución no existiría el problema” (p. 53)... Por irónico que pueda parecer, la experiencia nos ha indicado una

y otra vez que en las “soluciones” ensayadas por la gente, existe algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o a la exacerbación del problema”. (p. 32)

Estos autores mencionan que existen fundamentalmente tres modos de enfocar mal las dificultades que las personas enfrentan:

1) Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: las personas saben que es necesario actuar, pero no emprenden tal acción.

2) Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente: se emprende una acción, cuando ésta no se debería emprender.

3) Se comete un error de tipificación lógica y se establece un “juego sin fin” cuando se intenta un cambio₁ en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior, o bien se intenta un cambio₂ cuando resultaría adecuado un cambio₁: la acción es emprendida en un nivel equivocado.

En la sesión inicial, la cual se centró en indagar acerca del motivo de consulta y la pauta de interacción entre Tiffany y su madre, la paciente detalló que dada la ausencia de su mamá y la prioridad que ésta le daba a su pareja, una de las demandas recurrentes que tenía Tiffany hacia su mamá es que le dijera en dónde estaba y cuándo se ausentaría de casa, lo que la llevaba a emitir frecuentes reclamos hacia ella.

De esta manera, se hizo claro que el descontento experimentado por Tiffany respecto a la relación de pareja de su madre la tornaba enojada y, en su afán de remediarlo, emitía dichos reclamos, aspecto que suscitaba conflictos entre ellas, lo que ocasionaba que Tiffany se sintiera más distanciada de su madre y, aparentemente, que ésta decidiera no decir a sus hijas en dónde estaba; de esta manera, la solución de Tiffany se convertía en su problema. Según los puntos vistos anteriormente introducidos, Tiffany entró en un “juego sin fin”,

cuando a través de los reclamos se mantiene únicamente en un cambio tipo 1.

En este sentido, pareciera que Tiffany aplicó el principio de “Más de lo mismo”, que Watzlawick, Weakland y Fisch (2007) aluden. Mencionan que para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: 1) Que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) Que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma “solución”. Es decir, que para que una conducta se considere un problema, ésta debe realizarse de modo repetido dentro del sistema de interacción del/la paciente. Los autores agregan:

El principio de más de lo mismo no produce sorprendentemente el cambio deseado, sino que por el contrario, la “solución” contribuye en gran medida a aumentar el problema y, de hecho, se convierte eventualmente en el mayor de los males... “Más de lo mismo” es su receta para obtener un cambio, y esta “solución” es el problema (p. 52-54)

Así, es claro que a más solución aplicada (demandar saber a dónde estaba su mamá y reclamarle que no le dijera “la verdad”), más se aumentaba el problema (no confiar en su madre porque sentía que le “mentía”, mientras que la madre continuaba “ocultando” información).

Esta situación también se hizo evidente cuando en la segunda sesión del proceso la paciente externó su intención de comentarle a su mamá sobre reflexiones a las cuales había llegado a raíz de la terapia y que en función de ello cambiaría.

Asimismo, según estos mismos autores, el tipo de solución aplicado por Tiffany sería el “intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición”, en la que “la solución ensayada asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fuesen superiores” (p. 160); es decir, demandar Tiffany que la madre le dijera “la verdad” cuando así se lo solicitaba, como si ella fuera la “madre de su madre” a la cual rendir explicaciones, posición que, posteriormente, Tiffany se percata

durante el proceso terapéutico y que sirvió para continuar encauzando el tratamiento.

Por otra parte, se identificó que las soluciones intentadas por Tiffany tenían que ver con el llamado “síndrome de utopía” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2007).

Estos autores resumen: “un utópico ve una solución donde no hay ninguna” (p. 71). Estas personas mantienen la creencia de que han encontrado (o pueden encontrar) la solución última y absoluta al problema que les aqueja.

El comportamiento resultante, al cual se puede designar como *el síndrome de utopía*, puede adoptar una de tres formas (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2007):

- 1) En la forma *introyectiva*, sus consecuencias son definibles más como psiquiátricas que como sociales, ya que son el resultado de un sentimiento profundo y doloroso de ineptitud personal para alcanzar el propio objetivo. Si este último es utópico, el mero hecho de plantearlo crea una situación en la que la inasequibilidad del objetivo no es atribuida a su índole utópica, sino que más bien se echa la culpa a la propia ineptitud.
- 2) En lugar de autoacusarse por ser incapaz de llevar a cabo un cambio utópico, el método elegido es un poco más inofensivo y está representado por una forma de *demora*. En cualquier caso, lo que importa es el “viaje, no la llegada”.
- 3) La tercera variante del síndrome de utopía es *proyectiva* (y en la modalidad que podría ubicarse a Tiffany), y su ingrediente básico es una actitud moralista rígida por parte de la persona, que está convencida de haber encontrado la verdad y, con tal convicción, asume la responsabilidad “misionera” de cambiar el mundo. Esto lo intenta primeramente mediante diversas

formas de persuasión y con la esperanza de que bastará que la verdad sea lo bastante evidente. Lo anterior se observa cuando Tiffany considera que Aldo es una “mala” persona, que a su madre no le hace bien estar en esa relación y, desde esta creencia, actúa para cambiar esta situación, creyendo en un momento que su madre ha de “obedecerla” y rendirle explicaciones si así se lo solicita, incluso recurriendo al enojo.

El problema del síndrome de utopía es que, a pesar de su índole utópica, o tal vez precisamente por ella, las soluciones propuestas son inadecuadas. Cuando la persona intenta ordenar su mundo de acuerdo con tales premisas y ve fracasar su intento, no examinará si la premisa contiene elementos absurdos, sino que lo achacará a factores exteriores o a su propia ineptitud (por ejemplo, cuando Tiffany mencionó que Aldo persuadía a su madre de que estuviera con él, ya que su madre ya era grande de edad y eventualmente, las hijas la dejarían sola, o que su madre mantenía esa relación porque le “enorgullecía” estar con alguien más joven que ella).

Lo que ocurre en consecuencia es que, al tratar de seguir tentativas utópicas de cambio sin éxito (como es lógico que suceda), es natural que se ensaye “más de lo mismo”, lo cual va constituyendo en realidad el problema lo cual, efectivamente, fue realizado por Tiffany.

Objetivos de la paciente al asistir a terapia y metas terapéuticas establecidas

Inicialmente Tiffany presentó como motivo de consulta: “Ya no confío en mi mamá. Desde hace como un año ya ha habido muchos problemas”. Por lo tanto, presentó como problema la desconfianza que sentía hacia su madre, ante lo cual creyó pertinente que acudiera su mamá también a terapia.

Al momento en que fue enfatizada la situación de que su madre no se encontraba presente en la terapia aún, se le preguntó cómo sería útil para ella misma el proceso terapéutico. En relación a esto mencionó que un objetivo era trabajar la comunicación con su madre y especialmente el manejo de sus reacciones emocionales, pues se describía como una persona impulsiva, de manera que al momento que le externaba su malestar a su mamá terminaban enojadas y Tiffany gritaba y decía cosas sin pensar.

Cuando se indagó más acerca de la pauta, se clarificó que dichas reacciones emocionales aparecían cuando Tiffany le exigía a su madre que le dijera dónde estaba, ya que a raíz de la relación mantenida con Aldo, su madre en lugar de decirle “la verdad” acerca de que salía o se encontraba con él, decía que salía por su trabajo.

En virtud de lo anterior, la meta terapéutica establecida fue que Tiffany dirigiera su atención hacia sí misma, más que en invertirla en “regañar” a su madre y tratar de obligarla a decir la verdad, dado que la “solución”, al aplicarla reiteradamente, había estado exacerbando el problema.

Capacidad de maniobra de la terapeuta

En esta sección se analizará de qué manera se sortearon las dificultades o no durante el proceso, a través de la capacidad de maniobra:

1. *Oportunidad y ritmo*: consiste en que la terapeuta decide retirarse de la postura asumida con un paciente o abandonar la estrategia inicial, en vez de aferrarse insistentemente a ella. Esto se recomienda cuando se encuentre con una resistencia significativa por parte del paciente. En el caso del trabajo con Tiffany, probablemente al haber agotado la explicación que tenía acerca de por qué su mamá no debía estar en la relación con Aldo y

sostener la postura como terapeutas de considerar a su madre como el “problema”, tal como Tiffany lo explicaba desde las etapas más tempranas de la terapia, se pudo abreviar el proceso terapéutico, antes que haber estado “lidiando” durante varias sesiones con la “resistencia” de Tiffany (regresar a la solución intentada de reclamar a su madre y sostener su explicación del problema).

2. *El tiempo necesario:* es importante que no se le presione a la terapeuta para que actúe, sino que ha de tomar el tiempo necesario para pensar y planificar, lo cual implica también no ser influido por el apremio de los/as pacientes. En este sentido, dedicar más de una sesión para conocer el mapa del mundo de Tiffany con mayor precisión y tener suficiente información para hacer una intervención, pudo haber sido de utilidad, antes de dar directrices que fueran en contra de la explicación de Tiffany.
3. *Uso de lenguaje condicional:* se refiere a responder a las preguntas del/la paciente con afirmaciones condicionadas, sin comprometerse con una postura que condujera a desacuerdo o debate por parte de los/as pacientes. En este sentido, en un primer momento las terapeutas manifestamos un “no” tanto a la sugerencia de Tiffany de convocar a su madre a participar en el proceso terapéutico, como de insistir en que, a su vez, ella no tratara de proteger tanto a su madre. En el primer caso, pudimos corregir utilizando el lenguaje condicional “Podríamos considerar más adelante invitar a tu mamá”, no así en el segundo caso, el cual pudimos haber incluido en alguna oración condicional, sin rechazar completamente que pedir explicaciones a su mamá podría ser útil de alguna manera, pero...
4. *El/la cliente debe concretar:* a diferencia del punto anterior, hay que ayudar para que la paciente asuma posturas comprometidas y bien definidas, ya que la información vaga puede plantear problemas en cualquier fase del tratamiento. Parece ser que

haber concretado con más precisión qué significaría mejorar la relación con su mamá (que se estableció como objetivo terapéutico) en términos de conductas, y no sólo centrarnos en que desaparecieran o disminuyeran los reclamos existentes, podría haber abreviado el proceso terapéutico.

5. *Actitud igualitaria*: han de evitarse posiciones de superioridad que se transmiten con comentarios como que el/la paciente no ha conseguido aún la solución adecuada, que la colaboración requerida consiste en cumplir las órdenes recibidas o que dicha colaboración se realiza en beneficio de la terapeuta y no necesariamente en su propio beneficio. En este caso tratamos de mantener esta actitud igualitaria a lo largo de la terapia.

Estrategias de “venta” utilizadas

A lo largo del proceso, se recurrió a diferentes estrategias ya sea para vender determinadas directivas, encauzar el curso de la terapia o manejar posibles “resistencias”:

- a. Cuando se le comentó a Tiffany que de momento no acudiera su madre a terapia, pero que era una posibilidad;
- b. Cuando la paciente realizó una encuesta sobre lo que hacían las hijas y que encontró que una opción era ser más “egoísta”, se introdujo la información de que el egoísmo era parte de un continuo en el que el otro extremo era el “muégano” en el que se podía oscilar;

Intervenciones utilizadas

De los tipos de intervenciones como se citó en Fisch, Weakland y Segal (2010) recurrimos en el proceso a las siguientes:

a) De las intervenciones generales:

a. *Un cambio de dirección:* Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado, o cuando la terapeuta comienza a discutir con el/la cliente, la terapeuta cambia de dirección (postura, directriz, estrategia), argumentando que se ha dado cuenta de que ha seguido un camino equivocado, lo cual ha consultado con una persona experta que le ha recomendado variar el rumbo de la terapia. Esto se aplicó con Tiffany en la sesión que ingresó la supervisora y validó la postura de preocupación que había estado mostrando Tiffany, en virtud de la violencia que había vivido su madre en la relación previa a la de Aldo

b) De las intervenciones principales, que están relacionadas con un tipo de intento de solución:

a. *El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición:* los problemas relacionados con esta solución tienen que ver con un conflicto en una relación interpersonal sobre temas que necesitan una colaboración mutua. Usualmente se presenta la persona que piensa que la otra amenaza o niega la legitimidad de su propia posición, y usualmente sermonea a ésta. Se trata de que la persona solicitante se coloque en una actitud complementaria, sin seguir el juego simétrico. En este caso, se intervino conminando a Tiffany a que, en lugar de actuar como la “madre de su madre” que le exigía explicaciones (posición de simetría), comenzara a actuar como hija (posición de complementariedad)

Terminación del tratamiento

Con relación a la meta terapéutica establecida de que Tiffany dirigiera su atención a sí misma, más que en invertirla en “regañar” a su madre y tratar de obligarla a decir la verdad, actuando como la madre de su madre, finalmente se llevó a cabo una reestructuración que le permitió a la paciente redefinir la relación con ella, pudiendo actuar como hija y percatándose de que su madre, finalmente, haría lo que “ella quisiera”.

Cambio presentado a partir del proceso terapéutico

Watzlawick, Weakland y Fisch (2007) hacen algunas afirmaciones sobre los tipos de cambio 1 y cambio 2:

- a) El cambio₂ es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del cambio 1 parece constituir una solución, debido a que dentro de la perspectiva del cambio 2, tal “solución” se revela como la causa del problema que se intenta resolver.
- b) Mientras que el cambio 1 parece basarse siempre en el sentido común (como la receta de “más de lo mismo”), el cambio 2 aparece habitualmente como extraño o inesperado; se trata de un elemento desconcertante o paradójico del proceso de cambio.
- c) Aplicar técnicas de cambio 2 a la “solución” significa que se aborda la situación en su “aquí y ahora”. Estas técnicas se aplican a los *efectos* y no a sus supuestas *causas*.
- d) La utilización de técnicas de cambio 2 libera la situación de la trampa engendradora de paradojas creada por la autorreflexividad de la solución intentada, y coloca a la situación sobre una base diferente.

En el caso de Tiffany, la meta terapéutica estuvo orientada a que ella dirigiera la atención a sí misma, más que dirigirla a su madre (hacer la

lista de qué hacer en su fin de semana ella sola; hacer la encuesta de qué hacen las hijas; leer los libros de Bucay), lo cual la alejaba del impulso básico de su “solución”, o la aplicación de “más de lo mismo”, es decir, pedir a su madre explicaciones ante las “mentiras” acerca de cuando salía con Aldo. Es importante mencionar que el cambio tipo 1 tuvo que ver con una “modificación” que la paciente propuso: en lugar de hablarle enojada y exigir explicaciones, podía intentar “hablar” con ella y contarle la preocupación que tenía sobre su madre, así como sus opiniones y reflexiones sobre el tema, cambio que no era factible desde la postulación de las premisas utópicas.

En las primeras sesiones, aunque las intervenciones tuvieron la orientación antes mencionada, dado que no agotamos las explicaciones dadas por Tiffany acerca de por qué su madre elegía “ocultar” información y de por qué ella insistía en “protegerla”, se demoró la posibilidad de presentarse un cambio de tipo 2, apareciendo en las sesiones el impulso de volver a las “soluciones” tomadas por de Tiffany, hasta que se realizó el cambio de dirección, validándose la preocupación y continuando el trabajo hacia el cambio tipo 2. Como antes se mencionó, tomarse el tiempo para reunir suficiente información acerca del problema y sus explicaciones, del mapa del mundo de la paciente y no sólo sobre la pauta de interacción y las soluciones intentadas, hubiese permitido abreviar la terapia, lo cual constituye justamente el objetivo de la terapia desde el modelo del MRI.

3.1.4. Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.

A partir de mi participación en las diversas sedes a las cuales asistí durante mi formación académica, puedo mencionar lo siguiente.

Considero una gran ventaja contar con un equipo terapéutico y supervisión, ya que constituye un orden lógico distinto en el cual se observa la "problemática" de las familias desde un ángulo diferente que la familia misma o, inclusive, que quienes fungen como terapeutas. Este comentario aplica desde ambos lados del "espejo".

Pienso que como terapeuta en observación, existe un grado de exposición, que en mi caso se tradujo en nerviosismo o desorientación sobre los casos en ciertas ocasiones; sin embargo, esta sensación disminuía al sentirme acompañada por mis supervisoras y por algunos/as compañeros/as de mi equipo. Al mismo tiempo, considero que es un privilegio estos espacios para mejorar como terapeutas a partir de la retroalimentación.

En el papel de observadora también me fue posible aprender al conocer distintos estilos como terapeuta y al escuchar también los comentarios emitidos por el personal docente quien estaba al frente del caso.

Me percaté de que la dinámica grupal influyó en la "libertad" y confianza para emitir comentarios a quien fungía como terapeuta, lo que tal vez repercutió en que algunos comentarios no fueran escuchados a beneficio de las familias, lo que considero primordial.

En el caso particular de la sede "Volcanes", al inicio me resultó extraño que el equipo terapéutico estuviera en la misma habitación que la familia y la terapeuta, en virtud de la infraestructura del centro (no existen espejos bidireccionales). Sin embargo, al paso del tiempo me di cuenta que representaba diferencias con respecto a las sedes en las que

sí había Cámara de Gesell: la observación en vivo y directo de la familia permitía conocer con más precisión el lenguaje no verbal de las/os consultantes y, en ocasiones, hacer intervenciones *in situ* por parte del equipo terapéutico.

La práctica del modelo estratégico como coterapeuta me llevó a reflexionar acerca del ejercicio del poder en el espacio terapéutico y la importancia de la promoción del equilibrio del mismo dentro del sistema terapéutico. Me parecería muy útil que el rol de supervisión incluyera estar observando estos desequilibrios como coterapeutas, para promover que quien tenga menos poder lo recupere y quien esté ejerciendo más, pueda replegarse un poco. Asimismo, poder utilizar el espacio de supervisión para metacomunicar estos desequilibrios, cómo se experimentan, lo que hacen sentir, y qué repercusiones tienen en el desempeño como terapeutas, y que no se convierta en un espacio que vete lo que la terapeuta siente al desempeñar su tarea; es decir, la supervisión la concibo como un espacio dialógico y no sólo directivo... de no ser así, ¿qué pasa con la persona del terapeuta?

En la práctica del Modelo de Milán¹⁶ dentro de la facultad de Psicología, observé que las compañeras que asistían al Instituto Nacional de Rehabilitación contaban con un mayor bagaje de conocimientos y técnicas sobre dicho modelo, así como un entendimiento de las lecturas más fácil, en comparación con el resto del grupo que no asistía, por lo cual, me hubiese gustado que en esta sede hubiera oportunidad de que acudiéramos todas las personas del grupo ya que, a diferencia de las demás sedes externas, en ésta se trabaja sobre un modelo específico, lo que afianza el conocimiento y habilidades prácticas acerca de éste.

¹⁶ Modelo de los Asociados de Milán

3. 2. Habilidades de investigación

3.2.1. Reporte de investigaciones

3.2.1.1 Metodología cuantitativa

El título de la investigación fue: “¿Quién trabaja dentro y fuera de casa? Creencias en roles tradicionales y satisfacción de pareja”

Introducción

La relación de pareja constituye una interacción compleja. Los miembros de la pareja requieren desarrollar pautas de convivencia durante el proceso de acomodación, las cuales son las demandas que regulan la relación (Minuchin, 1974). En dicho proceso de acomodación, la pareja define, de manera explícita o implícita, las reglas que dictan las funciones, los roles y jerarquías de cada miembro. La pareja se enfrenta a la tarea de generar un espacio para la subsistencia económica, afectiva y social, para lo cual es necesario realizar acciones enfocadas a dar soporte material y emocional a los miembros de la pareja, los hijos, los familiares enfermos o dependientes (Anderson, 2011). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió a este conjunto de acciones “responsabilidades familiares”, las cuales incluyen tres esferas: provisión de recursos materiales y económicos; cuidado de los hijos o dependientes y cuidado e higiene del espacio común (Anderson, 2011).

Comúnmente, la pareja requiere armonizar sus responsabilidades familiares con su vida laboral, así como distribuir ambas tareas entre los miembros, de manera que puedan obtener bienestar y funcionalidad. En la forma en que se efectúa tal distribución intervienen factores económicos, políticos, sociales y culturales (Samaniego y Ochoa, 2009). Entre ellos se encuentran los estereotipos de género, que son las creencias que aprenden las personas respecto de las actividades, los roles, los rasgos, las características o los atributos que caracterizan a las mujeres y a los hombres en una cultura determinada y distinguen a unos de otros (Inmujeres, 2007; Rocha y

Díaz-Loving, 2005). Los estereotipos de género constituyen las premisas o reglas operantes que rigen la relación de pareja (Papp, 1988) y, en función de ellos, se definen los roles dentro de la relación de pareja, incluyendo la distribución del tipo de responsabilidades y de los quehaceres dentro del hogar (Schwarzwald, Koslowsky e Izhak-Nir, 2008).

Los roles de género se han definido como el conjunto de funciones, tareas y responsabilidades que se generan como expectativas sociales, asignadas diferencialmente a mujeres y hombres, distribuidas a partir de atributos biológicos y cuyo incumplimiento es sancionado por el entorno (Cruz del Castillo y Díaz-Loving, 2010; Inmujeres, 2007). Históricamente, en las sociedades se ha efectuado una división del trabajo en la que se ha designado a las mujeres la crianza de los hijos y de las actividades domésticas en el “espacio privado”, en contraposición con los hombres, a quienes se encarga proveer económicamente a la familia y realizar actividades en el espacio fuera de casa, el espacio “público”. Esta distribución tradicional de los roles resulta inequitativa (Lamas, 2002).

Olson y Olson (2006) distinguen entre relaciones de pareja con roles de género tradicionales y aquéllas con roles equitativos. En el primer tipo de relación, la mujer tiene la mayor responsabilidad de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos, y el hombre tiene la responsabilidad en la toma de decisiones. En las relaciones equitativas ambos comparten los quehaceres domésticos, el cuidado de los niños y la toma de decisiones.

Se ha encontrado que la distribución de los roles de género se encuentra relacionada con la satisfacción de pareja (Cruz del Castillo y Díaz-Loving, 2010), constructo al que se considera un indicador de la calidad de la relación (Armenta, Díaz-Loving, Oropeza y Padilla, 2010) y al que se define como la evaluación del estado global de la relación conyugal o de la vida en pareja. La satisfacción de pareja tiene efectos sobre la resolución de conflictos, la toma de decisiones, el cuidado de hijos, la actividad laboral, el ingreso económico y la cooperación

(Ramírez, Illescas, Verde, Rodríguez y Ortega, 2010; Rivera y Díaz-Loving, 2002) y es afectada por factores socioeconómicos, de personalidad, relacionales, comunicacionales y de género (Iboro y Uduakabasi, 2011).

Se ha visto que en parejas con creencias asociadas a roles de género tradicionales, las mujeres reportaron menor satisfacción en la pareja pero menor conflicto, mientras que en parejas con creencias en equidad de roles manifestaron mayor satisfacción en la relación aunque mayor conflicto (Somech y Drach-Zahavy, 2007). Los hallazgos de Cruz del Castillo y Díaz-Loving (2010) mostraron que en México, los roles de género permanecían con características tradicionales, independientemente de que la mujer realizara un trabajo remunerado de tiempo completo. Las madres trabajadoras experimentaban una “doble jornada”, en la que se responsabilizan de las tareas de cuidado de dependientes y de las labores domésticas, adicionalmente a su labor remunerada, lo que impacta en la relación de pareja.

Uno de los propósitos del presente estudio fue conocer la manera en que se distribuyen las actividades domésticas y de cuidado de los hijos entre los miembros de la pareja, y qué tan satisfechos se sienten ellos y ellas con tal distribución. También se pretendió determinar el efecto de contar con una actividad remunerada y del porcentaje de contribución económica al gasto familiar sobre la ejecución de las labores en el hogar. Finalmente, se examinó la relación de estas variables con las creencias en los roles tradicionales de género y con la satisfacción de pareja, tanto para los hombres como para las mujeres.

Método

Participantes

En el presente estudio participaron 152 personas con edades entre los 20 y los 69 años ($M = 40.45$; $DE = 9.87$). Todos se encontraban viviendo en una relación de pareja, la cual databa desde 1 hasta 42

años ($M = 13.07$; $DE = 10.25$). Sus características socio demográficas se presentan en la tabla 2.

Tabla 2
Características demográficas de los/as participantes

Variable	Categorías	Porcentaje	
		Mujeres	Hombres
		61.2	38.8
Escolaridad	Primaria o secundaria	24.7	2.0
	Carrera téc. o preparatoria	17.2	2.1
	Licenciatura	41.9	9.0
	Posgrado	16.1	6.9
Ejecución de actividad remunerada	Sí	79.6	8.3
	No	20.4	1.7
Horas de trabajo semanal remunerado	< 40	27.0	8.6
	40	35.2	4.5
	> 40	37.8	6.9
Número de hijos	Sin hijos	24.7	5.4
	1 hijo	25.8	6.9
	2 hijos	26.9	2.0
	3 hijos	12.9	7.1
	4 o 5 hijos	9.7	8.6

Instrumentos

Además de un cuestionario sociodemográfico, los participantes respondieron el Cuestionario de Responsabilidades Familiares, la Escala de Creencias en los Roles Tradicionales de Género y la Escala de Satisfacción con las Relaciones de Pareja (Anexo 2 y 3).

El Cuestionario de Responsabilidades Familiares fue construido para la presente investigación con el propósito de indagar quién(es) ejecuta(n) las siguientes labores domésticas en casa: lavar la ropa, planchar, limpiar los pisos, limpiar los baños, cocinar, lavar los trastes, limpiar la cocina, comprar la despensa. Para quienes tienen hijos/as, el

cuestionario incluye preguntas sobre quién realiza las actividades de cuidado de los hijos: llevarlos a la escuela, apoyarlos en las tareas, cuidarlos en casa, efectuar actividades recreativas con ellos. El instrumento también cuestiona sobre la forma en que la persona desearía que se distribuyeran las actividades, es decir, idealmente, cómo les gustaría que ocurriera. Para su análisis, se asignan dos puntos cuando la persona entrevistada realiza cada una de las ocho actividades domésticas evaluadas, 1 cuando la efectúan conjuntamente ella y su pareja y 0 si no las hace ninguno de los dos.

Con la sumatoria de los puntajes se obtiene un índice de ejecución de labores domésticas, cuyos puntajes oscilan entre 0 (si no realiza ninguna actividad) y 16 (si las hace todas). Para los respondientes que tienen hijos se obtiene, además, un índice de ejecución de las cuatro actividades con los hijos, con valores que oscilan entre 0 (ninguna actividad) y 8 (las cuatro actividades). También se obtiene un índice de satisfacción con la ejecución de labores domésticas y, en su caso, uno de satisfacción con la ejecución de actividades del cuidado de los hijos, asignando a cada actividad un punto cuando lo ejecutado y lo deseado son lo mismo y 0 cuando son diferentes.

La Escala de Creencias en los Roles Tradicionales de Género se construyó a partir de la Escala de Estereotipos de Género de Rocha y Díaz-Loving (2005), la cual está conformada por 31 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos de acuerdo. Los autores reportan un índice de consistencia interna de 0.93 y cuatro dimensiones: ámbito familiar, contexto social, ámbito hogareño y ámbito interpersonal, que explican el 53% de la varianza total. Para conformar la Escala de Creencias en los Roles Tradicionales de Género se seleccionaron los reactivos cuyo contenido se refería a creencias en roles tradicionales en el hogar. Éstos fueron:

1. Ser hombre implica mayor responsabilidad que ser mujer.
2. Una mujer se realiza plenamente hasta que se convierte en madre.
3. Un buen esposo es el que provee económicamente a su familia.
4. Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente a su hogar y marido.
5. Es el hombre quien debe encargarse de proteger a la familia.
6. La mujer tiene habilidades innatas para el quehacer doméstico.
7. Los hijos obedecen cuando es el padre y no la madre quien regaña.
8. Los hijos son mejor educados por una madre que por un padre.
9. Aunque las mujeres trabajen fuera del hogar, el hombre es el sostén de la familia.
10. La mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los hijos enfermos.

Se utilizaron cuatro opciones de respuesta (Totalmente de acuerdo; de acuerdo; en desacuerdo; totalmente en desacuerdo). El análisis factorial exploratorio arrojó un factor, que explicó el 61.73% de la varianza. El índice de consistencia interna de la escala (α de Cronbach) fue de .877.

La Escala de Satisfacción con las Relaciones de Pareja se basó en a Escala de la Evaluación de Relación de Pareja (*Relationship Assesment Scale*, RAS), de Hendrick (1998). Es un instrumento unifactorial de siete reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert (de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo). Se reporta un índice de consistencia interna de 0.88. ¿Hay reportes de utilización de la escala en español? ¿Quién la tradujo? Para la Escala de Satisfacción con las Relaciones de Pareja se agregó un reactivo a los siete utilizados por Hendrick. Los reactivos fueron:

1. Amo a mi pareja
2. En general, me siento satisfecho/a con mi relación de pareja
3. Mi relación de pareja es buena comparada con otras
4. Mi pareja cubre mis necesidades
5. En mi relación de pareja hay muchos problemas (-)
6. Mi relación de pareja cumple con mis expectativas
7. Desearía no haber iniciado esta relación (-)
8. Me siento feliz en mi relación de pareja

Se emplearon cuatro opciones de respuesta. En el análisis factorial efectuado se obtuvo un factor, que explicó el 54.21% de la varianza total. El α de *Cronbach* obtenido fue de .874.

Procedimiento

Los instrumentos fueron piloteados a fin de obtener información respecto de la claridad lexical de los reactivos y de su contenido, así como de las instrucciones. La aplicación final se realizó de forma individual (118) y de forma grupal en los casos que se tuvo oportunidad de acceder a población cautiva (34). Una vez aplicados los instrumentos a la muestra, las respuestas fueron codificadas y procesadas con el paquete estadístico SPSS versión 19. Para la obtención de los índices psicométricos de la escala se realizó análisis de frecuencias, análisis factorial y análisis de confiabilidad con α de *Cronbach*.

Resultados

Tanto los hombres como las mujeres reportaron que la mayor parte de las actividades domésticas eran realizadas por las mujeres; sin embargo, en todos los casos, ellas y ellos dijeron hacer más que lo que dijo el sexo opuesto. El porcentaje promedio de mujeres que afirmaron que ellas se encargaban de las labores fue de 39.9%, en comparación con los hombres, quienes dijeron que el 31.6% de las mujeres lo hacía. El 10.5 % de las mujeres dijo que los hombres hacían las actividades en casa, pero 14.9% de ellos dijeron que ellos lo hacían. Casi la tercera

parte de los hombres (29.8%) afirmaron que ambos compartían la ejecución de las tareas, en comparación con lo que afirmó el 17.0% de las mujeres.

Más mujeres (21.8%) que hombres (14.5%) dijeron que la persona contratada para apoyar en las labores domésticas efectuaba las tareas. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se encontró en la limpieza de los baños, ya que 19.6% de los hombres afirmaron que lo hacían, mientras que 8.9% de ellas dijeron que ellos lo hacían. Las mujeres se encargaban más del lavado de la ropa y de cocinar, ambos de las compras y la persona de apoyo de la limpieza de pisos y baños. Lo que menos hacían los hombres era limpiar la cocina y cocinar.

En cuanto al cuidado de los hijos, hubo también diferencias entre lo que dijeron hacer unos y otras; ambos afirmaron hacer más de lo que dijo el sexo opuesto. Aún así, tanto las mujeres como los hombres atribuyeron la ejecución de las actividades de cuidado más a la mujer (38.5% y 31.9%, respectivamente) que al hombre (11.0% y 11.6%), pero el mayor porcentaje promedio correspondió a la realización conjunta (41.0% y 48.1%). Lo que más afirmaron hacer las mujeres fue apoyar a los hijos en las tareas y cuidarlos en casa, y los hombres dijeron llevar a cabo las actividades recreativas con ellos. Según las mujeres, la participación de las personas de apoyo en el cuidado de los hijos fue mínima (5.0%) y totalmente ausente para los hombres (0.0%).

Al comparar los índices de ejecución de labores domésticas, se encontró que las mujeres obtuvieron puntajes más altos ($M = 7.52$, $DE = 5.14$) que los hombres ($M = 4.16$, $DE = 3.47$), $t(150) = 3.83$, $p = .000$. Lo mismo ocurrió con el índice de ejecución de actividades del cuidado de los hijos (mujeres: $M = 4.07$, $DE = 2.54$; hombres: $M = 2.09$, $DE = 1.82$); $t(112) = 4.47$, $p = .000$). Además, ellas reportaron estar menos satisfechas con la ejecución de las mismas ($M = 4.23$, $DE = 2.63$), en comparación con los hombres ($M = 5.37$, $DE = 2.30$), $t(150)$, $p = .007$.

Para las mujeres, pero no para los hombres, la correlación del índice de ejecución de labores domésticas con el índice de cuidado de los hijos fue positiva y significativa ($r = .533$, $p = .000$). La correlación entre la

ejecución y la satisfacción con la realización de las tareas domésticas resultó negativa, tanto para las mujeres ($r = -.409$, $p = .000$) como para los hombres ($r = -.322$, $p = .013$).

Se observó que tener una actividad remunerada influyó en la ejecución de las labores domésticas¹⁷, ya que las mujeres que trabajaban fuera de casa reportaron puntajes de ejecución de tareas en el hogar mucho menores ($M = 6.52$, $DE = 4.56$) que quienes no lo hacían ($M = 11.42$, $DE = 5.53$), $t(91) = 3.98$, $p = .000$; además, obtuvieron puntajes mayores de satisfacción con su ejecución de labores domésticas ($M = 4.72$, $DE = 2.49$) que quienes no trabajaban fuera de casa, ($M = 2.37$, $DE = 2.36$) $t(91) = 3.69$, $p = .000$.

En relación con la contribución económica de hombres y mujeres para los gastos familiares, se encontró que los hombres dijeron contribuir en promedio con el 75.5% y las mujeres afirmaron aportar el 46.9%. Sin embargo, las mujeres señalaron que los hombres contribuyen con menos (67.4%) y los hombres que ellas aportaban menos (42.3%). Ambos afirmaron que les gustaría que su propia contribución fuera menor (67.4%, ellos y 41.9%, ellas).

Para las mujeres, a mayor porcentaje de contribución económica, menor satisfacción con la ejecución de labores domésticas ($r = -.235$, $p = .044$), y para los hombres, menor índice de actividades de cuidado de los hijos ($r = -.321$, $p = .034$).

Los hombres obtuvieron puntajes mayores que las mujeres en las creencias en los roles tradicionales de género ($M = 2.16$, $DE = 0.60$) que las mujeres ($M = 1.93$, $DE = 0.66$), $t(150) = -2.22$, $p = .028$. El tener una actividad remunerada tuvo un efecto sobre esta variable, ya que las mujeres que no trabajaban fuera de casa mostraron mayor acuerdo con las creencias en los roles tradicionales de género ($M = 2.35$, $DE = 0.52$) que quienes sí lo hacían ($M = 1.82$, $DE = 0.65$), $t(91) = 3.28$, $p = .001$.

¹⁷ Este análisis se efectuó únicamente para las mujeres, ya que sólo un hombre participante reportó que no contaba con una actividad remunerada.

Mientras más creían las mujeres en los roles tradiciones de género en el hogar, más labores domésticas ejecutaban ($r = .442$, $p = .000$) y se encontraban más satisfechas con las actividades que realizaban para el cuidado de los hijos ($r = .302$, $p = .011$), pero menos con las tareas domésticas que llevaban a cabo ($r = -.321$, $p = .002$).

Respecto a la satisfacción con la relación de pareja, las mujeres puntuaron más bajo ($M = 3.15$, $DE = 0.57$) que los hombres ($M = 3.36$, $DE = 0.42$), $t(150) = -2.5$, $p = .013$. Las mujeres que tenían hijos ($M = 3.07$, $DE = 0.52$) se mostraron menos satisfechas con la relación que las que no los tenían ($M = 3.40$, $DE = 0.57$), $t(112)$, $p = .018$. Esta diferencia no fue significativa para los hombres. Además, sólo para las mujeres, la satisfacción con la relación de pareja correlacionó negativamente con el número de hijos ($r = .242$, $p = .019$) y con el índice de ejecución de actividades de cuidado de los hijos ($r = .274$, $p = .022$).

Se obtuvieron correlaciones negativas entre las creencias en los roles tradicionales de género en el hogar y la satisfacción con la relación de pareja; tanto entre los hombres como entre las mujeres, pero más para ellos, estar más de acuerdo con las creencias tradiciones implicó estar menos satisfechos con su relación de pareja ($r = -.415$, $p = .001$, y $r = -.237$, $p = .022$, respectivamente).

Discusión

Cuatro de cada cinco de las mujeres entrevistadas dijeron ejercer una actividad remunerada fuera de casa. Reportes del INEGI, señalan que la población económicamente activa de mujeres es de 19 millones 379,038 (38% de la población total)¹⁸ Este cambio ha implicado un reajuste en la distribución de las labores dentro del hogar, entre los miembros de la pareja.

De acuerdo con los hallazgos del presente estudio, la mayor parte de las actividades domésticas aún las efectúan las mujeres, trabajen o no fuera de casa, lo cual confirma lo señalado por Lamas (1996) respecto

¹⁸ Fuente: <http://www.elfinanciero.com.mx/politica/inegi-millones-de-madres-trabajadoras-estandesocupadas.html>

de que la responsabilidad fundamental del mantenimiento de la familia y la casa recae en las mujeres. Sin embargo, esta desigualdad del trabajo entre los géneros (OIT, 2009) se ha venido modificando ya que, según los datos obtenidos, muchas de tales tareas ya son realizadas conjuntamente por los hombres y las mujeres.

Las mujeres se encargan principalmente del lavado de la ropa y de cocinar, así como del cuidado de los hijos dentro del hogar y de apoyarlos en las tareas escolares, en tanto que los hombres participan especialmente en las compras de despensa y en la realización de actividades recreativas con los niños (espacio público). En el trabajo del hogar, la pareja recibe apoyo de terceras personas, a quienes les corresponde principalmente la limpieza de pisos y baños.

La obtención del índice de ejecución de labores domésticas y del índice del cuidado de los hijos hizo posible sintetizar en un valor estas variables, por lo que resultó de gran utilidad para los propósitos del estudio. Con base en estos índices, se corroboró que las mujeres realizan significativamente más actividades en casa (tanto labores domésticas como de cuidado de los hijos) que los hombres. También se observó que mientras más labores domésticas realizan, cuidan también más de los hijos, pero se sienten menos satisfechas con tal distribución.

Como podría esperarse, las mujeres que trabajan fuera de casa realizan menos tareas en el hogar (aunque igual número de actividades de cuidado de los hijos) que quienes no tienen un trabajo remunerado. Además, mientras más aporten al gasto familiar, menos satisfechas se encuentran con el trabajo doméstico que hacen.

Los roles tradicionales de género, es decir, aquellos que ubican a la mujer como responsable del hogar y de la crianza de los hijos y al hombre como proveedor de la familia, parecerían estar cambiando en la sociedad contemporánea (Lamas, 1996, 2002). Los resultados del presente estudio lo muestran así, por lo menos para las mujeres, pues ellas creen menos en estos roles que los hombres, sobre todo las que cuentan con un empleo remunerado. El hecho de que las mujeres conserven las creencias en los roles tradiciones de género afecta

también su comportamiento, ya que tienden a realizar más actividades domésticas, aunque no se sienten satisfechas por ejecutarlas, hallazgos que coinciden con los obtenidos por Cruz del Castillo y Díaz-Loving (2010). Rocha y Díaz-Loving (2005) señalan que las mujeres responden a las expectativas de rol impuestas socialmente. Otro resultado relevante fue la relación inversa encontrada tanto para hombres como para mujeres, entre sostener estas creencias y estar satisfecho con la relación de pareja.

Se encontró que las mujeres están menos satisfechas con su relación de pareja que los hombres, y esta insatisfacción aparece asociada con la presencia de hijos, probablemente a causa del estrés, el trabajo y la responsabilidad que ellos generan en la mujer, y no de igual manera en el hombre. Un estudio posterior podría someter a prueba esta hipótesis. También podría analizarse el efecto de la presencia de hijos en diferentes etapas de desarrollo sobre la satisfacción con la pareja y la distribución de las responsabilidades familiares.

Gran parte de los análisis efectuados resultaron significativos para las mujeres pero no para los hombres. Al parecer, unas y otros perciben la vida doméstica de manera distinta. Otro aspecto de interés observado en el estudio es que las proporciones de participación en las actividades domésticas dependieron de quién las reportara, ya que tanto ellas como ellos dijeron hacer más de lo que consideraba el sexo opuesto. Lo mismo ocurrió en lo relativo al porcentaje de contribución al gasto familiar de los hombres y las mujeres: unos y otras afirmaron aportar más de lo que señalaron las y los otros. Parece ocurrir una sobrevaloración de la propia aportación económica y al trabajo doméstico, y una subvaloración de la aportación de la pareja.

En términos metodológicos, las escalas utilizadas en la presente investigación (Creencias en los roles tradicionales de género y Satisfacción con las relaciones de pareja) estuvieron basadas en instrumentos previamente validados y confiabilizados (Rocha y Díaz-Loving, 2005 y Hendrick, 1998, respectivamente). Sin embargo, puesto que se efectuaron modificaciones a las escalas originales, para cada una

de ellas se realizaron los análisis estadísticos pertinentes y se obtuvieron índices psicométricos satisfactorios. A partir del Cuestionario de Responsabilidades Familiares se construyeron los índices de ejecución de las labores domésticas y del cuidado de los hijos, por lo se sugiere su uso en estudios cuyo propósito sea evaluar estas variables en el ámbito doméstico.

Los participantes del presente estudio fueron hombres y mujeres que vivían en una relación de pareja. Se podría incluir en un nuevo estudio a ambos miembros de la pareja con el fin de determinar si los resultados obtenidos en cuanto a las creencias en los roles tradicionales de género, la percepción de ejecución de las responsabilidades familiares y la satisfacción con la relación de pareja se confirman.

Se considera que, en virtud de haber considerado una diversidad de variables en la presente investigación, esto confiere una riqueza de continuidad a través de nuevas líneas de investigación. Se propone realizar estudios comparativos con muestras mayores y equivalentes entre hombres y mujeres, con la finalidad de revisar más ampliamente las diferencias por sexo en las variables evaluadas. Asimismo, se sugiere conocer el sexo de la pareja, con la finalidad de conocer si existen diferencias cuando la pareja es mujer u hombre.

3.2.1.2 Metodología cualitativa

La investigación de corte cualitativo se tituló: “El significado de ser mujer, ser hombre, violencia y relaciones de buen trato en parejas jóvenes. Estudio de caso”

Introducción

Una de las formas más elementales de sociedad que se ha dado en el ser humano, es la búsqueda de la presencia de otro ser para acompañarse, ayudarse y para perpetuarse como ocurre al constituirse en pareja (Fernández, 2000).

Es así que la relación de pareja supone explorar el mapa emocional del otro, ir captando sus límites y también detectar las fronteras y las barreras que ha alzado; tener la sensibilidad para darse cuenta hasta qué zona nos deja acceder sin incomodarlo ya que cuando este otro se siente invadido o amenazado, se está transitando al terreno de la violencia.

Fundamentalmente en el espacio familiar y de pareja es donde existen las conductas y formas de relaciones violentas que con el paso del tiempo y con las prácticas cotidianas llegan a naturalizarse, pasan a ser habituales y llegan a legitimarse, lo cual hace más difícil su reconocimiento en el plano social (Díaz, Duran, Chávez, Valdés, Gazmuri y Padrón, 2006).

González y Fernández (2010) señalan que la violencia como problema social tiene su origen en las relaciones basadas en la desigualdad, en un contrato entre hombres y mujeres que trae como consecuencia la presión del género masculino sobre el femenino. Desde pequeños y sobre todo a través de la internalización de sus modelos hogareños, la mujer y el hombre han aprendido y aprehendido la normalidad de la dominación masculina, lo cual suele minimizar su visibilización. Esto se manifiesta a través de estereotipos que funcionan como hegemónicos, a los cuales nos adscribimos y los incorporamos a nuestra identidad si queremos ser parte de la sociedad.

Hablar de estereotipos de género se refiere a las creencias populares acerca de las actividades, los roles, los rasgos o los atributos que caracterizan y distinguen a las mujeres y hombres en una cultura determinada, que son aprendidas por cada persona, las cuales se entrelazan para formar las premisas rectoras o reglas operantes en la relación de pareja (Papp, 1988; Rocha y Díaz-Loving, 2005; Inmujeres, 2007).

Los roles de género se construyen a partir de las normas sociales y son aprendidos a través de los diferentes canales de socialización, éstos se han definido como el conjunto de funciones, tareas y responsabilidades que se generan como expectativas sociales, asignados diferenciadamente a mujeres y hombres y distribuidos a partir de sus características biológicas, de los que el entorno exige y sanciona su incumplimiento (Cruz del Castillo y Díaz-Loving, 2010; Inmujeres, 2007).

Históricamente, con base en atributos biológicos diferenciados, en las sociedades se ha hecho una división del trabajo en la que las mujeres son las encargadas de la crianza de los hijos y de las actividades domésticas en el “espacio privado”, en contraposición con los hombres, que se encargan de proveer económicamente a la familia y de realizar actividades en el espacio fuera de casa, el espacio “público”, distribuciones que implican desigualdad (Lamas, 1996).

El sistema sexo/género establece las pautas que rigen las relaciones sociales entre hombres y mujeres, las cuales generalmente colocan en desventaja a estas últimas, definen lo masculino y lo femenino y constituyen modelos de conducta para cada sexo en los diferentes espacios de la realidad social (García, Camarena y Salas, 1999; Lamas, 2002).

Olson y Olson (2006) distinguen entre relaciones de pareja con roles de género tradicionales y aquéllas con roles equitativos. En el primer tipo de relación, la mujer tiene la mayor responsabilidad de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos y el hombre tiene la responsabilidad en la toma de decisiones. En las relaciones equitativas ambos

comparten los quehaceres domésticos, el cuidado de los niños y la toma de decisiones.

Los hallazgos de Cruz del Castillo y Díaz-Loving (2010) han mostrado que en México los roles de género permanecen con características tradicionales, independientemente de que la mujer realice un trabajo remunerado de tiempo completo.

Se considera que en los últimos años, la atención sobre la violencia se ha desplazado hacia parejas cada vez más jóvenes por diversas razones, debido a su alarmante tasa de prevalencia, las consecuencias físicas y emocionales en las víctimas o su aparición en una etapa del ciclo vital cuando comienzan las relaciones de pareja y se aprenden pautas de interacción que al extenderse a la edad adulta pueden convertirse en precursores de una violencia mucho más grave (Póo y Vizcarra, 2008).

Corsi (2003) indica que la violencia de género alude a los mecanismos a través de los cuales se intenta mantener el sistema de jerarquías impuesto por el patriarcado. Uno de los obstáculos principales para la comprensión de la violencia de género contra las mujeres ha sido estructurada a partir de dos ejes fundamentales: la invisibilización y la naturalización.

Asimismo, Corsi (1994) señala que la violencia en la relación de pareja implica aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción u omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación (nunca o casi nunca es espontánea o accidental), alude a las palabras insultantes, gritos o hechos tendientes a producir vergüenza, humillación o miedo a quien es dirigido; se presenta a través de burlas, insultos negación de las necesidades afectivas, hostilidad y amenazas. Además, la violencia que ejerce el hombre contra la mujer lleva la intención de provocarle daño en la esfera biopsicosocial, sobre todo cuando ella se niega a aceptar de manera incondicional la autoridad y prepotencia de su pareja.

Dicho de otra manera, suele pensarse que los patrones socioculturales que establecen las bases de la identidad masculina y femenina y del ejercicio desigual de poder, justifican la violencia del hombre hacia las mujeres como una forma aceptable de resolver los conflictos interpersonales.

Bourdieu (2000) afirma que para los hombres, lo valioso es el ser reconocido por otro hombre, sobre todo si éste se encuentra en una jerarquía superior. Al tomar en consideración tal premisa, para los hombres resulta importante mantener su poder, por lo menos frente a sus parejas, lo cual implica controlar y someter, aspecto que es validado con investigaciones empíricas, las cuales muestran que la insatisfacción con el poder en las parejas adolescentes se encuentra relacionada con el ejercicio de la violencia contra la pareja (Ronfeldt y Kimerling, 1998; Truman y Tokan, 1996).

Al hablar del ejercicio del poder y por ende, de la violencia, se pueden observar un gran número de manifestaciones, algunas de éstas son prácticas de dominación que acontecen en la vida cotidiana y que pertenecen al orden de lo micro, es decir de lo casi imperceptible, lo que se encuentra en los límites de la evidencia, actos que son clasificados como “micromachismos” (Bonino, 1995).

La identificación de la violencia en parejas como problema de salud pública ha representado una preocupación social, ya que sus características han significado un verdadero reto conceptual, metodológico e ideológico porque dependiendo de la perspectiva teórica o ideológica adoptada se priorizarán factores individuales, estructurales o culturales.

Se ha encontrado que son numerosos los factores que intervienen en la violencia generada en las parejas; en este sentido, la edad presenta una relación inversamente proporcional con la violencia de pareja. Asimismo, en investigaciones realizadas en torno a la violencia entre las parejas jóvenes destacan que ésta comienza desde los 15 a los 18 años, sobre todo la violencia de tipo psicológica a través de descalificaciones y

aumenta hacia los 20 a 24 años de edad de la mujer (Blázquez , 2009; Póo y Viztarra, 2008).

Santiago (2010) asegura que las mujeres en edades entre 25 y 35 años son las más propensas a experimentar violencia doméstica, sobre todo de tipo físico. Algunos autores incluso refieren que los inicios de dicha problemática en el noviazgo se presentan cuando son estudiantes a nivel secundaria; además hay un desconocimiento de que pueden estar siendo sujetos u objetos de violencia psicológica, por lo que a este tipo de violencia suele nombrársele violencia “invisible” (Hernando, 2007; Molina y Fernández, 2009; Póo y Viztarra, 2008; Rivera- Rivera, 2006). Para Corsi (2003), el papel que desempeñan los celos en la pareja –una forma de violencia psicológica- es uno de los factores causales en la violencia de género.

Trujano y Mata (2002) encontraron en una muestra de mujeres adolescentes que las manifestaciones más frecuentes de la violencia son aquellas en donde se tiende a dañar la autoestima (violencia psicológica) y a controlar las interacciones sociales (violencia social), y añaden que el riesgo de no percibir o minimizar este ejercicio de poder puede llevar a una dinámica en la que sus miembros establezcan como pauta las relaciones de desigualdad.

Otros agentes que facilitan el control y el ejercicio de la violencia son las amistades que ejerzan o padecen violencia, lo cual se sustenta en que entre los pares se comparten los mitos de la violencia hacia las mujeres, lo cual justifica y hace invisible la violencia (Truman y Tokan, 1996).

Traverso (2000) señala que en el 46% de los casos de mujeres maltratadas físicamente, los abusos comenzaron entre el primer y tercer año de matrimonio; durante el noviazgo comenzaron en el 13% de los casos y en el 21% se inició después de diez años de convivencia.

Por otro lado, el hecho de pertenecer a una comunidad proclive al uso de violencia, permite justificarla en las distintas relaciones porque es aceptada, ya que los miembros de una comunidad tienden a

compartir normas y formas de resolución de conflictos similares (Malik, Sorenson y Aneshensel, 1997; O'Keefe, 1997).

Los jóvenes aprenden a relacionarse con una pareja reafirmando el dominio de lo masculino sobre lo femenino y con alta probabilidad de reproducir esta forma de dominación en parejas posteriores, perpetuando así la violencia contra la mujer (Instituto Mexicano de la Juventud, 2007).

Se han buscado modelos alternativos al de las relaciones de violencia o maltrato y en la construcción de relaciones libres de violencia, a través de diversas propuestas. Una de ellas es la construcción de un modelo de *buen trato*, el cual puede entenderse como la acción y efecto de tratar, proceder o relacionarse consigo mismo(a), con otras personas o con la comunidad, a través de acciones o palabras, cuya intención es procurar bienestar en un marco de respeto y equidad y que puede ser a nivel individual y relacional, aplicable a las relaciones de pareja (Sanz, 2004; 2008).

Quarman (2001) señala que cuando los jóvenes forman pareja también están aprendiendo a relacionarse de acuerdo a las formas culturales que persisten en la sociedad occidental (IMJ, 2007).

De ahí el interés de esta investigación, ya que con este estudio se pretende indagar los significados atribuidos al ser hombre o mujer dentro de una relación de pareja; los significados de las conductas de la pareja que desde miradas particulares pueden clasificarse como violentas o no violentas, de la misma manera que se pretende identificar entonces, cuáles son los significados de las conductas que clasifican como de buen trato en la pareja.

Método

Participantes

Para el presente estudio se entrevistó a una pareja del Centro Comunitario San Lorenzo, I.A.P., de la zona de Iztapalapa, en el Distrito Federal, quien solicitó apoyo por problemas en la relación de pareja.

La pareja entrevistada estaba constituida por una mujer de 20 años y un hombre de 22 años, con una relación de pareja de 2 años, y una hija de un año y medio de edad. La escolaridad de ella era bachillerato trunco y él contaba con carrera técnica. Ella se dedicaba al hogar y él a las ventas. Reportaron como dificultad problemas en su relación de pareja (violencia). No habían tenido anteriormente un proceso terapéutico.

Técnicas e instrumentos

La técnica para obtener los datos en esta investigación fue la entrevista realizada a ambos miembros de la pareja, en la que se pretende entender el mundo desde la perspectiva de las personas entrevistadas, para así desmenuzar los significados de sus experiencias (Álvarez –Gayou, 2006). Se define también como una situación interpersonal “cara a cara” en la cual el entrevistador hace a la persona entrevistada preguntas diseñadas para obtener respuestas pertinentes a la investigación (Kerlinger, 1988). Por su parte, Hernández, Fernández y Baptista, (2010) mencionan que la entrevista cualitativa es una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (entrevistador) y otra u otras (entrevistado/s). Se puede entrevistar de manera individual o en grupo.

Cabe mencionar que la entrevista se grabó en audio y video, para su posterior revisión y codificación, previa autorización de la pareja entrevistada.

Modalidad de entrevista

La propuesta incluyó una entrevista semi-estructurada, para la cual se consideró previamente una guía de temas y preguntas, con la posibilidad de cambiar la secuencia y la forma, con base en la lógica que se fuese generando en la misma entrevista, tal como lo plantean Hernández, Fernández y Baptista (2010) para quienes la entrevista se

basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados, pues no todas las preguntas están predeterminadas.

La entrevista para la presente investigación se llevó a cabo en un espacio amplio en donde los participantes tuvieron la oportunidad de sentirse cómodos físicamente y con la privacidad para experimentar la confianza para hablar.

Procedimiento

La entrevista se realizó en una sesión única con ambos miembros de la pareja, y contempló los siguientes puntos:

1. Presentación de las entrevistadoras.
2. Consentimiento informado.
3. Aclaración de las posibles dudas de los entrevistados sobre el procedimiento.
4. Desarrollo de la entrevista propiamente dicha.
5. Cierre y agradecimiento.

Cabe mencionar que durante toda la entrevista se procuró mantener una posición de horizontalidad entre las entrevistadoras y entrevistados.

Justificación teórica de las preguntas

Para realizar una propuesta de posibles preguntas de entrevista, tomamos como punto de partida para esta investigación que la violencia hacia las mujeres es el resultado de la organización patriarcal, la cual responde a un orden social genérico de poder cimentado en modo de dominio cuyo modelo es el hombre, en donde se asegura la supremacía de éstos y de lo masculino sobre la interiorización previa de las mujeres y lo femenino, por lo que se encuentra cotidianamente el

establecimiento de un orden social basado en relaciones asimétricas entre mujeres y hombres asegurando el monopolio de poderes, dominio y autoafirmación del género masculino, esencialmente a partir de la dominación de las mujeres (González y Fernández, 2010).

Bajo esta premisa, se ha planteado que la mujer y el hombre han aprendido y aprehendido la normalidad de la dominación masculina a través de la internalización de sus modelos hogareños, aspecto que suele minimizar la visibilización de la violencia. Fundamentalmente en el espacio familiar es en donde existen las conductas y formas de relaciones violentas que, al naturalizarse pasan a ser habituales y llegan a legitimarse (González y Fernández, 2010).

Por otro lado el *buen trato*, es un modelo basado en la forma de relacionarse a través de acciones, cuya intención es procurar bienestar en un marco de respeto y equidad en las relaciones de pareja. En la presente investigación se hablará de *buen trato en la pareja*, entendiéndose como aquellos aspectos de la relación de pareja en las que se realizan acciones encaminadas a la búsqueda de la equidad en la convivencia y al uso de habilidades para resolver los conflictos presentados de manera no violenta (Sanz, 2004; 2008).

Desde este marco, las preguntas que se propusieron para la presente investigación fueron ordenadas en dos ejes temáticos, las cuales se muestran a continuación. Dichas preguntas se aplicaron a ambos miembros de la pareja en la sesión de entrevista, dirigiendo las preguntas relacionadas con “ser mujer” a ella, y las relativas a “ser hombre” a él.

Eje temático: género y violencia

1. ¿Qué significa para ti ser mujer? ¿Qué significa para ti ser hombre?
2. ¿De dónde aprendiste a ser mujer/hombre?
3. ¿De dónde has aprendido a ser mujer /hombre en tu relación de pareja?
4. ¿Cuál es tu idea de ser mujer/hombre en una relación de pareja?

5. ¿Qué se esperaría de ti como mujer/hombre en una relación de pareja?
6. ¿Cuándo escuchas nombrar a la violencia, en qué piensas?
7. ¿Qué significa para ti la violencia?
8. ¿Qué consideras violencia en una relación de pareja?
9. ¿Qué considerarías violencia en *tu* relación de pareja?
10. ¿Quién te ha dicho que eso es violencia?
11. ¿En dónde escuchaste que eso es violencia?
12. ¿De dónde aprendiste que eso es violencia?

Eje temático: Buen trato en la pareja

1. ¿Qué significa para ti el buen trato en una relación de pareja?
2. ¿Qué cosas consideras buen trato en una relación de pareja?
3. ¿Alguna vez has experimentado buen trato en tu(s) relación(es) de pareja?
4. ¿En qué situaciones has experimentado buen trato en relación de pareja?
5. ¿Piensas que la mirada que tienes respecto tu relación de pareja es diferente a la de tus papás?
6. Después de contestar esto, ¿qué pensamientos vienen a ti o cuáles son tus reflexiones?

Resultados

A continuación se presenta la codificación abierta de la información obtenida a partir de la entrevista aplicada a ambos miembros de la pareja, aglutinados con base en los discursos vertidos de contenidos similares, los cuales se rotularon con base en dichos contenidos. Asimismo, se incluyen tablas con extractos significativos de las respuestas dadas por la pareja durante la entrevista, para ejemplificar los temas revisados.

Eje temático: género y violencia

En cuanto a este eje, se encontró que la joven conceptualizó ser mujer como sinónimo de feminidad, de arreglarse, y con el hecho de ser madre, mientras que para él, ser hombre lo conceptualizó como el proveedor del hogar. Los roles de género en su relación de pareja los conciben en el caso de él, trabajar de manera remunerada fuera de casa, mientras que para ella, es la realización de las tareas domésticas y la crianza.

El aprendizaje de los roles de género para él provino de parte de su padre y madre y principalmente de su abuelo y abuela; en el caso de ella, es algo que aprendió de su padre y madre. En el caso de él, el aprendizaje de roles de género se redujo a proveer de objetos materiales, no así de afectos; asimismo, espera que las mujeres sirvan a los varones. Ella no se apega de manera fiel al rol tradicional de las mujeres, como reducidas al espacio doméstico, ya que aspira hacer una carrera y tener un negocio. Ambos expresan alguna inconformidad con respecto a los roles que ambos siguen (Tabla 3).

En cuanto a la violencia, se conceptualiza como tal los insultos, y su aprendizaje provino de la familia de origen en él y, en el caso de ella, ignora cómo lo adquirió.

Tabla 3

Codificación descriptiva de resultados del eje temático Género y violencia

Tema	Ejemplo
Concepto de ser mujer	Ella: <i>“Sí, pues el feminismo, bueno, ser femenina me gusta mucho. Arreglarme, maquillarme, o sea, eso a mí me gusta, el ser mujer. Tener un bebé en el estómago me encantó”</i>
Concepto de ser hombre	Él: <i>“La cabeza del hogar, que provee todo...”</i>
Roles de género en la pareja	Ella: <i>“Ahorita mis funciones son atender a R (hija) principalmente, este...y hacer las cosas que yo pueda hacer. O sea, en la casa, hacer el quehacer que yo pueda, y a ver si tengo cosas en la casa para hacer de comer, hacer la comida, ir por R (hija) y tener la ropa limpia si puedo, o sea, tampoco soy una máquina para hacer quehacer”.</i> Él: <i>“Pues es que... tengo que trabajar... como que no hay de otra... (Risas) trabajar... trabajar... y trabajar...”</i>
Aprendizaje de roles de género	Ella: <i>“Ah, pues lo que aprendí de mi mamá es que una mujer tiene que tener su comida y su casa limpia. Pero, o sea, yo no estoy siguiendo eso, yo quiero tener una carrera y hacer otras cosas... y es lo que trato de hacer toodos los</i>

	<p>días, porque yo sola hago todo... O sea, yo también quiero tener una carrera, quiero ser profesionalista, quiero trabajar, tener mi negocio..."</p> <p>Él: "He visto a las otras parejas, y entonces el hombre llega a la casa, y la mujer debe tener su casa impecable, y darle de comer y eso... (Aprendí) con mi papá, nunca me faltó nada, comida, vestido no me faltó..."</p> <p>Mis abuelitos, los dos trabajaban en el mismo lugar, y todavía llegaba mi abuelita, hacía muchísimas más cosas ella... y todavía llegaba y le tenía dar de comer (a su abuelo), le servía todo, o sea, él no movía ni un dedo..."</p>
<p>Tareas domésticas y roles de género</p>	<p>Él: "A mí nadie me dijo, tienes que trabajar, y te voy a enseñar a trabajar, a mí nadie me enseñó. Entonces, si ahorita no hay nadie quien lo haga (las tareas domésticas), ella lo tiene que hacer, lo hace, pero por el momento, si no tenemos alguien que nos ayude, ella lo tiene que hacer. O sea, yo me voy a trabajar, ni modo que yo todavía llegue a hacerlo".</p> <p>Ella: "Oye, pero tú no haces el quehacer. Yo me la paso recogiendo tu ropa por todos lados.</p> <p>Y ya después voy y lo recojo también, porque pues no me gusta estar así tampoco. Pero cuando tengo tiempo, porque yo casi todo el tiempo me la paso ocupada en la casa, yo jamás me acuesto, cuando estoy en mi casa, no me siento a tomar un vaso con agua, todo el tiempo estoy haciendo algo.</p> <p>Yo todo el tiempo me tengo que hacer cargo de toda la casa, y yo creo que me ha ayudado tres veces a arreglar la casa, así como dice. Sí ha hecho muchas cosas en un día (él), pero lo ha hecho como tres veces en todo el tiempo".</p>
<p>Violencia</p>	<p>Él: "Groserías... golpes no, nunca".</p> <p>Ella: Es que yo soy muy grosera... pero para mí no es tanto las groserías porque, no... para mí son como los insultos... cómo le hablas a esa persona con coraje, así, grosero... Bueno, la grosería es pendejo, ¿no? Y un insulto es empezar a decir: "tú eres una estúpida, eres una huevona, no sirves para nada", eso para mí es un insulto".</p> <p>Él: "Ah, sí, porque como yo le digo, ella me dice, entonces (risas)... Yo no me dejo, ella no se deja, ella quiere ganar, yo quiero ganar..."</p>
<p>Poder y control</p>	<p>Él: "Pero... yo no quiero que (ella) trabaje en cualquier lado, no me gustaría que cualquier hombre la mande ahí en el trabajo, eso no está padre... es que hay muchas cosas que se ven que, porque bueno, mi esposa no es fea, entonces, cualquier hombre va a querer llegar a mangonearla, y oye, va a ganar más, y yo no quiero eso".</p>
<p>Aprendizaje de la violencia</p>	<p>Él: "A mí de mi familia, de mis papás, así se hablaban. Ahorita ya están separados".</p> <p>Ella: "Y de hecho yo no, yo me di cuenta cuando me pasó a mí, porque yo nunca había visto a mis papás así. O sea, yo me di cuenta que eso no estaba bien cuando ya yo lo estaba viviendo, porque yo jamás había visto que alguien se tratara así".</p>

Eje temático: buentrato en la pareja

El buen trato él lo conceptualiza como complacer a la otra, hacer lo que la otra persona quiere; mientras que para ella, el buen trato se presenta cuando se han separado como pareja y, al reanudar la convivencia, él cambia a un trato más cordial hacia ella. Por otro lado, ella lo asocia al contacto físico que pueda tener él para con ella o gestos

como abrir la puerta; él también lo relaciona con estar presente emocionalmente en la relación (Tabla 4).

Tabla 4

Codificación descriptiva de resultados del eje temático buentrato en la pareja

Tema	Ejemplo
Concepto de buentrato	<p>Ella: <i>“(Cuando)todo el día me está tratando bien, está de cariñoso, así como yo quiero que él sea, que sea cariñoso, me abraza, me besa, me está diciendo: “Ay, mi amor, te amo”, y cosas así. Pero él nunca es así, de que cualquier tarde me diga “Oye, Te amo” Y que me trate bien en todos los aspectos, o sea, en todo... Si me subo a la camioneta, me abre la puerta. Si este, no sé, me da todas las atenciones, me habla bonito, eso para mí es un buen trato”.</i></p> <p>Él: <i>“No preocuparme tanto, no presionarme de tantas cosas que tengo en la cabeza, y dejar a un lado lo del trabajo y estar más con ella, nada más... porque sí estoy ahí pero no estoy ahí, ¿sí me entienden? (risas) Estoy ahí, pero no...”</i></p> <p>Ella: <i>“Yo considero buen trato cuando regresamos. Cuando siempre que nos separamos y nos regresamos, eso es buen trato”.</i></p> <p>Él: <i>“Cuando hago lo que ella quiere y lo hago bien”.</i></p>

Temas adicionales

Durante la entrevista la pareja vertió información que, aunque no estaba contemplada en el bagaje de preguntas de los ejes temáticos, apareció de forma reiterada como un tema relevante en su relación (Tabla 5). Estos temas versaron sobre las expectativas y el establecimiento de acuerdos en la relación de pareja. Para ella, la expectativa de la pareja versaba sobre la unión; en cambio, él hizo alusión a una expectativa sobre mantener la relación de pareja como en el noviazgo, lo cual se contrapone con el hecho de ser padre y madre. En el caso del establecimiento de acuerdos, ambos coinciden en que les es difícil la relación de pareja (Tabla 5).

Tabla 5

Codificación descriptiva de resultados de los temas Expectativas y establecimiento de acuerdos en la relación de pareja

Tema	Ejemplo
Expectativas en la pareja	<p>Ella: <i>“Pues yo esperaba... mucha unión, cosa que ahorita no hay. Estamos juntos, pero no estamos... o no queremos estar juntos, estamos porque tenemos que estar así”.</i></p> <p>Él: <i>“Es que tener un hijo ya es... pues cambia todo, todo, todo... porque, cuando se es novios, pues si no tengo para ir al cine, pues no vamos y nos quedamos, ahorita es algo que ya necesitas tener dinero para pagar todo, todo ... es muy diferente, es algo muy, muy diferente”.</i></p>
Establecimiento de acuerdos en la relación de pareja	<p>Él: <i>“Pues si nos cuesta, pero porque ella quiere hacer lo que ella quiere”.</i></p> <p>Ella: <i>“Y él igual... o sea, nunca podemos llegar a un acuerdo, porque empezamos a pelear, para todo, cualquier tema que tengamos que hablar, es terminar en una pelea”</i></p>

Análisis de la información

Una vez recolectados los datos a través de la entrevista y la observación, se realizó un análisis inicial de los mismos, es decir se llevó a cabo un análisis especulativo, el cual es propuesto por Woods (1987). En primer análisis se formularon juicios iniciales acerca de los datos que fueron registrados.

Continuando con el análisis propuesto por el mencionado autor, la masa de datos obtenida, fue ordenada de forma sistemática, mediante la clasificación y la categorización de la información de la entrevista realizada, aspecto que permitió darle un orden a la narrativa de manera coherente, lógica y sucinta.

En el esquema general se presentan cuatro ejes temáticos, ya que derivado del análisis se agregaron dos categorías al trabajo propuesto inicialmente: Relaciones de poder y relaciones de pareja.

Otra fase del análisis que realizamos fue la extracción de fragmentos de entrevista, los cuales fueron agrupados de acuerdo a la similitud de contenido; el criterio que consideramos fue que las fracciones de entrevista correspondieran a una misma categoría, dando como resultado clasificaciones sólo a partir de los datos de campo, mismas que se encuentran comprendidas en las categorías que realizamos en el análisis previo.

De esta manera los ejes temáticos que obtuvimos a partir del trabajo de campo fueron cuatro: 1) relaciones de poder; 2) violencia; 3) buen trato y 4) relación de pareja.

Definición de conceptos

A continuación se presenta, ordenadas alfabéticamente, las definiciones de los principales conceptos que identificamos, derivados de los análisis realizados e incluidos en el esquema general de categorías¹⁹. Cabe mencionar que estos conceptos están definidos con base en la literatura y, en su caso, adecuados al contexto particular de nuestra investigación.

Relación de pareja: es una interacción compleja con múltiples factores que intervienen en ella. Entre estos factores interaccionales se encuentran: contacto físico-sexual, el estilo de apego, comunicación, la organización y el funcionamiento. Este último incluye la resolución de conflicto, la toma de decisiones, la distribución de roles en el cuidado de hijos, la actividad laboral, el ingreso económico y la cooperación (Ramírez, Illescas, Verde, Rodríguez y Ortega, 2010).

Satisfacción en la pareja: Es la actitud que tiene una persona sobre su matrimonio, la cual puede ser desde una actitud negativa o positiva en función a la cobertura de necesidades y a su realización personal (Estrella, 1991). Se considera un indicador de la calidad de la relación (Armenta, Díaz-Loving, Oropeza y Padilla, 2010), y se define como la evaluación del estado global de la relación conyugal o de la vida en pareja.

Expresión de afectos: Es la manera en que se demuestran los sentimientos y emociones hacia otras personas

Expectativas: Se refiere a lo que cada miembro de la pareja espera del otro en su relación, las más de las veces construidas culturalmente sobre de qué implica ser pareja; cómo debe comportarse en tanto se es hombre o mujer. La mayoría de las veces se tienen visiones distintas de cómo ser pareja y al entrar

¹⁹ Se realiza una separación de margen, con la intención de presentar categorías y subcategorías.

en diferencia y tratar de imponer cada quien su criterio, se puede llegar a generar violencia (Sanz, 2005)

Establecimiento de acuerdos: Son convenios que se realizan entre la pareja en diferentes ámbitos de la vida que implican derechos y obligaciones, como la distribución de labores domésticas, cuidado de hijos, economía, tiempo individual y en pareja, etc.

Distribución de las responsabilidades: La pareja debe generar un espacio para la subsistencia económica, afectiva y social, para lo cual es necesaria realizar y distribuirse las acciones enfocadas a dar soporte material y emocional a los miembros de la pareja, los hijos, los familiares enfermos o dependientes. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió a este conjunto de acciones “responsabilidades familiares”, las cuales incluyen tres esferas: provisión de recursos materiales y económicos; cuidado de los hijos o dependientes y cuidado e higiene del espacio común (Anderson, 2011).

Derechos y obligaciones: Las obligaciones y el derecho se enlazan entre sí necesariamente, son correlativos. La obligación es una deuda contraída con respeto a un correspondiente Derecho, recibido o proclamado. Todo derecho crea una obligación o deber recíprocamente. Hace parte en su interpretación y aplicación, del principio de corresponsabilidad social.

Derecho: Es el orden normativo de la conducta humana en la relación de pareja. La facultad que tiene cada persona para hacer, decidir, poseer o exigir algo libremente con la limitación que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico. El derecho le permite a cada persona un amplio margen para desarrollar sus potenciales, encauzar su propia vida hacia el logro de sus ideales respetando las leyes comunes y el derecho de las demás personas, dentro de un marco de justicia y equidad.

Obligaciones: Son las responsabilidades y compromisos que los miembros de la pareja tienen, entre sí como con sus hijos. Es un deber moral que afecta a cada persona, según los principios éticos, de justicia y conciencia que demanda respetar y acatar las leyes de los derechos ajenos.

Tiempo individual y de pareja: Espacio determinado para realizar alguna actividad ya sea en pareja o de forma individual.

Violencia: Basándonos en la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), se considera cualquier acto u omisión que cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, implicando una violación en los derechos. En esta Ley se hace énfasis en la violencia contra las mujeres.

Tipos de violencia: son las formas o manifestaciones en que se presenta la violencia (LGAMVLV, 2007).

Violencia verbal: Implica el uso de palabras (o sonidos vocales) para afectar y dañar, hacer creer que se está equivocada o levantar falsos de ella, cosificando, amenazando o degradando (Ramírez, 2000).

Violencia psicológica: Se refiere a cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, asilamiento, devaluación de autoestima e incluso al suicidio (LGAMVLV, 2007).

Violencia Física: Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas (LGAMVLV, 2007).

Experiencias previas de violencia: Situaciones que forman parte de la construcción de la identidad de los hombres y de las mujeres en las que han experimentado violencia, la mayoría adquiridas en edades tempranas; por ejemplo, algunas personas que maltratan o son víctimas de maltrato, recibieron o contemplaron violencia en su infancia. Así, se conciben de manera inconsciente como parte de los vínculos y repiten la historia como víctima u agresor (Sanz, 2005). Estas experiencias se dan en el marco de un modelo de relación social en el que el hombre asume el lugar de dominación y, el de la mujer, de sumisión (Andrés, 2005).

Significado de las acciones: Es la interpretación de cada miembro de la pareja tiene acerca de lo que consideran una conducta de violencia, con base en su mapa del mundo. De acuerdo con el paradigma cognitivo, el ser humano no reacciona frente a los estímulos, sino a la interpretación que hace de ellos (Corsi, 1994).

Buen trato: Se refiere a aquellos actos y valores encaminados a la promoción de relaciones de respeto y equidad, a nivel interno, relacional y social, y que implican el establecimiento de límites, el respeto al espacio individual y compartido, la elaboración adecuada de duelos, el manejo adecuado de las emociones, entre otros (Sanz, 2004).

Significado de las acciones: Es la interpretación de cada miembro de la pareja tiene acerca de lo que consideran una conducta de buen trato o no, con base en su mapa del mundo. De acuerdo con el paradigma cognitivo, el ser humano no reacciona frente a los estímulos, sino a la interpretación que hace de ellos (Corsi, 1994).

Expectativas: Se refiere a lo que espera cada miembro de la pareja espera de cómo ha de comportarse el otro miembro en su relación, las más de las veces construidas culturalmente acerca de qué implica ser pareja.

Deseo: es el sentimiento intenso que tiene una persona por conseguir algo.

Satisfacción de las necesidades propias y de la pareja: Leal (1986) plantea que los lazos de unión de la pareja están fundamentados en el hecho favorecedor de que cada miembro de la pareja encuentre satisfacción a necesidades básicas y universales, como son las necesidades de amor, de compañía mutua, de comunicación, de satisfacción sexual, de ayuda y comprensión recíproca, de consolidación social, de protección económica y estatus legal.

Relaciones de poder: Son interacciones que se construyen en una pareja que se ve regida por normas que dicta una sociedad patriarcal (con roles de género tradicionales). Señalan la forma de relacionarse bajo la dominación- sumisión. Lo cual forma patrones de comportamiento que permean diversas áreas de la vida de las personas.

En la concepción tradicional, el amor, está en función del poder. Al estar vinculados amor y poder, esto quiere decir que el amor es una fuente de poder, que muchos mecanismos amorosos permiten acumular poder, que al amar y ser amados ganamos poder, que al amar y al no ser amados perdemos poder. Y quiere decir que la experiencia amorosa es también una experiencia política. Porque el amor produce formas de poder. Y porque el amor es también un espacio para la liberación y la emancipación políticas (Lagarde, 2001).

Dominación/sumisión: socialmente hay una valoración jerárquica de lo masculino sobre lo femenino y el modelo social establecido que mantiene el sistema social es el de dominación- sumisión, manifiesta o sutil o lo que se pide llamar relaciones de poder (Sanz, 2004).

Complementariedad/simetría: estos niveles se establecen partiendo de la superioridad de lo masculino y la subordinación, devaluación e inferiorización de lo femenino (Ramírez, 1993).

Roles de género: conjunto de funciones, tareas y responsabilidades que se generan como expectativas sociales,

asignadas diferencialmente a mujeres y hombres, distribuidas a partir de atributos biológicos y cuyo incumplimiento es sancionado por el entorno (Cruz del Castillo y Díaz-Loving, 2010; Inmujeres, 2007).

Aprendizajes generacionales: La familia es el núcleo de los roles de género, proporciona el marco básico en que se identifican los nuevos miembros con esos roles. Desde los modelos paternos y maternos, a los niños se les transmiten los patrones de género desde muy temprana edad; los padres tratan de forma diferente a los niños que a las niñas; éstas juegan con muñecas y se les enseña que servir, obedecer, ser sumisas y cuidar de otros las hace queribles, mientras que a los niños se les enseña a jugar con otros niños, en equipos deportivos, a competir, triunfar, etcétera (Aumann e Iturralde, 2003).

Atribución de la responsabilidad. Según Dohmen (1995) este fenómeno ocurre al momento en el que el hombre (que en la mayoría de las ocasiones es el agresor), deposita la culpa en la pareja, responsabilizándola ya sea por el enojo que siente y por la violencia que genera. Este también señala a su pareja como provocadora en dichas situaciones. Además, los hombres aprenden a negar, justificar y minimizar sus conductas violentas a través de atribuir a su pareja la provocación de tales conductas.

Creencias: las creencias constituyen elementos clave en la configuración de las relaciones de género y de violencia entre los y las jóvenes. Las creencias se recrean entre generaciones, y están referidas a la dominación y control por parte de los hombres sobre las mujeres (Ramírez, López y Padilla, 2009).

Posterior a los análisis realizados, dimos continuidad a nuestro trabajo a través de una propuesta de intervención, que exponemos en el siguiente apartado.

Discusión y conclusiones

Sabemos que vivir en pareja significa compartir un espacio común, en el que se requiere equilibrar lo que demanda el espacio privado y el público, en una sociedad regida por roles tradicionales de género, lo que puede ser complicado para los jóvenes que deciden formar una pareja.

Establecer acuerdos sobre las responsabilidades familiares en la pareja es fundamental. En relación a ello, se puede observar que cuando la pareja no realiza acuerdos con respecto a las responsabilidades familiares, pasan con facilidad al terreno de la violencia, ya que pueden llegar a pensar que lo que el otro les pide no les corresponde hacerlo, de manera que cuando se sienten invadidos o amenazados, pueden transitar al terreno de la violencia, como ocurrió en el tema de las responsabilidades familiares, que incluye el aseo del hogar y el cuidado de los/as hijos/as.

Cuando inicia la relación de pareja, pueden empezar a establecerse conductas, formas violentas de comunicarse y relacionarse, que se toman como parte “normal” del vivir en pareja y que invisibilizan la violencia, como lo indican Díaz, Durán, Chávez, Valdés, Gazmuri y Padrón (2006), al mencionar que en el espacio familiar es en donde existen las conductas y formas de relaciones violentas que, al naturalizarse, pasan a ser habituales y llegan a legitimarse, lo que hace difícil su reconocimiento. Sólo resta añorar lo que pasó durante el noviazgo, donde todo era diversión y cuando se peleaban bastaba con que cada quien se fuera a su casa.

A partir del trabajo de campo, encontramos que en la tipificación de la violencia realizada por los miembros de la pareja entrevistada, no se incluyen todos los tipos identificados en la literatura o en la Ley (por ejemplo, Andrés, 2004; Corsi, 1994; Inmujeres, 2007; LGAMVLV, 2007; Ramírez, 2000), como en el caso de la violencia económica, lo cual contrastó con una idea preconcebida que como investigadoras teníamos con respecto a que los/as jóvenes podrían identificar la violencia y sus

tipos, en virtud de que existen en la actualidad campañas de información permanente para prevenir e identificar la violencia desde el noviazgo.

Una situación similar se presentó referente al aprendizaje de los estereotipos de género: llegamos a hipotetizar que una pareja joven podría poseer creencias de género no tradicionales; sin embargo, por medio de la entrevista encontramos que aún tienen internalizados dichos estereotipos, ya que modelos alternativos de ser hombre y ser mujer no son tan representativos, por lo que sus referencias aún son de dos generaciones arriba (abuelo/abuela), en las cuales la educación con roles de género tradicionales estuvo presente y eso es lo que ahora rige su relación de pareja, entrelazándose y formando las premisas rectoras o reglas operantes en la relación de pareja (Papp, 1988).

Ligado a los roles de género y al poder que ejerce el hombre sobre la mujer, se pudo observar la manifestación de celos, lo cual lleva a controlar a la pareja, considerando lo que menciona Corsi (2003), que en la pareja el papel que desempeñan los celos es uno de los factores causales de la violencia de género. El estereotipo del hombre como “el proveedor” se manifestó claramente, vinculado al control sobre la mujer para evitar que pudiera desempeñarse en el espacio laboral, considerándola como objeto sexual susceptible de ser abordada por otros hombres, con los cuales, según un modelo de masculinidad tradicional, entra en competencia (“mi esposa no es fea, entonces, cualquier hombre va a querer llegar a mangonearla, y oyes, y va a ganar más, y yo no quiero eso”), coincidiendo con lo que ha descrito Ramírez (2000) sobre dicho modelo de masculinidad en el que predomina la dominación masculina y la demanda de servicios de parte de las mujeres.

Sobre el tema del buen trato, encontramos que fue difícil identificar las conductas de buen trato e incluso, identificar el mismo concepto tal como Sanz lo propone (2004; 2008), ya que la pareja lo asoció con situaciones de complacencia, fuera de una condición de igualdad entre sus miembros (“Cuando hago lo que ella quiere y lo hago

bien”) lo que demuestra una posible novedad del concepto para esta pareja, que se ha desarrollado dentro de un modelo cotidiano de relación desde el maltrato (Sanz, 2004). Es asombroso ver cómo las relaciones de buen trato no son ni siquiera consideradas como posibles en esta pareja, pues pareciera ser algo que no saben cómo hacer, ya que la felicidad o tranquilidad de esta pareja se encuentra basada en las exigencias hacia el otro” *que haga lo que le corresponde*” de acuerdo a lo que se dice socialmente para un hombre y una mujer, para así estar bien.

Lo anterior nos lleva a considerar que aunque las parejas jóvenes están permeadas por información sobre participación equitativa del hombre y la mujer en actividades laborales, familiares, sexuales, etc., y tienen acceso a un nivel más alto de educación escolarizada, observamos que, finalmente los, estereotipos de género permean las relaciones en donde se siguen los patrones aprendidos sobre qué tienen que hacer un hombre y una mujer en una relación de pareja. En el caso que se analiza en esta investigación, es muy importante considerar que en ambas familias de origen hubo violencia. Es por ello que se considera de suma importancia informar a los jóvenes sobre las diferencias entre responsabilidades y obligaciones/deberes en el noviazgo y en la vida en pareja, por lo que consideramos realizar intervenciones a nivel de información y sensibilización sobre el tema de género, así como promover formas de relación alternativas a la violencia, que les permitan acceder a diferentes formas de vivir en pareja y una de ellas es a través del buen trato, desde el cual se propone el aprendizaje de relaciones desde la autonomía, la equidad, el respeto y la no violencia, que sería ideal difundir no sólo desde la juventud, sino desde las etapas más tempranas, a través de los distintos canales de socialización: la escuela, los medios de comunicación, así como el entorno familiar.

3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria

3.3.1. Productos tecnológicos

Productos tecnológicos se consideran aquéllos elaborados durante el periodo de la residencia, tales como manuales, videos programas, libros, capítulos en libros, folletos, etc., útiles para la atención de usuarios/as o para programas de prevención en la comunidad, o bien para los programas de formación de terapeutas. A continuación presento algunos de varios productos elaborados durante la formación en terapia familiar.

3.3.1.1. Producto 1. Directorio de instituciones educativas en terapias sistémicas, en Buenos Aires, Argentina

Presento un directorio de las instituciones educativas que tuve oportunidad de conocer, a partir de la estancia académica que realicé en la Ciudad de Buenos Aires, como parte de la Maestría en Terapia Familiar. En este directorio se incluyen datos generales de las instituciones, tales como sus antecedentes, oferta de actividades y comentarios generales, y está dirigido tanto a estudiantes con interés en acudir a alguna de ellas, o bien, para docentes quienes deseen tener una visión general de las instituciones y características (Anexo 4).

La sede principal en la cual realicé dicha estancia fue el Instituto Sistémico de Buenos Aires (ISDEBA), en su sede central.

Uno de los directores del ISDEBA es el Dr. Omar Biscotti, quien imparte el Diplomado en Terapia de Pareja.

En dicho Instituto realizamos actividades tales como: revisión de material videograbado de seminarios teóricos relativos al enfoque sistémico y sesiones de terapia de pareja y de familia; sesiones de profundización sobre parejas y familias; asistencia a la Diplomatura en Terapia de Pareja; curso de formación de terapia familiar con adolescentes y con niños (impartido en la sede oeste del ISDEBA), y

conurrencia a un foro académico organizado por la ASIBA (Asociación Sistémica de Buenos Aires).

Otras instituciones que tuve oportunidad de conocer fue Conformación A.R.C.O, en la cual se imparten estudios de posgrado del enfoque sistémico y supervisión de casos, acompañado de un trabajo con el *self* del terapeuta. Las directoras de este centro son las psicólogas Silvina Aisenson-Lichtmann, Arielle Cotton y Silvia Jajam, todas con formación sistémica. El Centro Privado de Psicoterapias (CPP) es dirigido por el Lic. Hugo Hirsch, en el que se otorga formación en terapias “focalizadas”, basadas en el modelo estratégico, así como supervisión de casos. Asimismo, pude conocer la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, en la que se imparte la Maestría en Estudios de Género que coordina la Dra. Mabel Burin y la Dra. Irene Meler, en la cual se imparte el módulo de Género y Familias.

En estas instituciones es posible realizar cursos relacionados con el trabajo sistémico, desde diferentes modelos, o complementar la formación en género, analizando el ámbito familiar, previo trámite interinstitucional, y con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

3.3.1.2. Producto 2. Carta descriptiva del taller “Promoviendo las relaciones de buen trato en las familias”

Se elaboró la carta descriptiva para el taller “Promoviendo las relaciones de buen trato en las familias”, impartido como parte de las actividades de las V Jornadas “Educación de la sexualidad y de la salud comunitaria desde la Terapia de Reencuentro”, realizadas el 26 de octubre de 2012 en el Auditorio Dr. Luis Lara Tapia de la Facultad de Psicología de la UNAM (Anexo 5).

Este documento fue desarrollado para tener una guía metodología sobre las actividades a desarrollarse y facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje del grupo.

El objetivo del taller fue promover las relaciones de buen trato dentro de la dinámica familiar a través de una revisión conceptual y ejercicios vivenciales.

La carta descriptiva incluyó las actividades, materiales y tiempo destinado a dichas actividades. Se revisó brevemente el concepto de familia y familia afectiva, los malos tratos y buenos tratos en la familia, establecimiento de límites en la familia y los compromisos de buen trato en las relaciones familiares.

Este taller se dirigió a población abierta asistente a las V Jornadas “Educación de la sexualidad y de la salud comunitaria desde la Terapia de Reencuentro”.

A esta actividad asistieron 25 personas, mujeres y hombres. El grupo estuvo conformado por educadoras de la Red Conecuitlani; estudiantes provenientes de diversas instituciones tales como la Preparatoria no. 7 de la UNAM; Facultad de Psicología y Facultad de Química de la UNAM; UPN, IPN y UTECI; integrantes de organizaciones civiles y de las formaciones impartidas por la Dra. Fina Sanz en Terapia de Reencuentro en México, así como público general.

Como resultados de este taller se obtuvo una carta programática sistematizada que permitió la impartición del taller, con lo que fue posible evaluar la utilidad de la misma, el ajuste del tiempo y el cambio de las actividades que fueran reiterativas de los objetivos.

A nivel cualitativo, fue significativa la reflexión sobre el concepto de familia(s), ya que se suscitó el debate entre la idea tradicional de familia conformada por madre, padre e hijos/as hasta el cuestionamiento de si las parejas que cohabitaban sin hijos/as, amistades cohabitando o una persona sola eran una familia, debate que fue útil para transitar a una concepción de familia más incluyente.

La revisión del concepto de familia afectiva también apuntó a este resultado, ya que varias participantes valoraron la posibilidad de poder elegir y conformar su propia familia afectiva, más allá de la familia biológica, sobre la cual no se decide en la mayoría de los casos.

Asimismo, se destacó que la familia afectiva se va conformando con base en el buen trato recibido y procurado.

Asimismo, se habló de la facilidad con que el maltrato se vive en las relaciones familiares, en virtud de los aprendizajes intergeneracionales y socioculturales, siendo un modelo común de relación, a diferencia del modelo de buen trato, que aún continúa en construcción. A través de los ejercicios vivenciales relativos al establecimiento de límites, se logró reflexionar cómo se puede ser capaz de maltratarse a sí mismas o de respetarse y bien tratarse cuando se establecen dichos límites. Asimismo, se evidenció la forma en cómo incluso el lenguaje no verbal apoya o dificulta su establecimiento.

Para finalizar, se introdujo la información de los cambios “mínimos” en sus relaciones, a través del establecimiento de compromisos de buen trato para consigo mismas y sus relaciones familiares que, finalmente, al igual que el maltrato, se enseña y aprende a nivel familiar y social.

3.3.2 Programas de intervención comunitaria

Otro trabajo realizado en la maestría fue desarrollar en equipo una propuesta de intervención comunitaria. Las principales características de la propuesta elaborada para este fin fueron las siguientes:

1. Nombre del Proyecto: “Comunicación y disciplina para fomentar las relaciones amorosas en familia”
2. Objetivo: Ofrecer a los padres y madres la información y conocimientos básicos sobre temas como la comunicación y la impartición de la disciplina, con el objetivo de proporcionarles una mayor capacitación para ejercer la función de paternaje y maternaje.
3. Dirigido a: padres y madres de familia en edad escolar, pertenecientes al grupo 124 de Coyoacán de la Asociación Scouts de México.
4. Número de horas: 8 dividido en dos sesiones de 4 horas (sábados)
5. Horario: 10:00 a 14:00 hrs.
6. Fechas tentativas: 13 y 20 de abril de 2013.
7. Lugar de realización: Alameda Sur (Av. Canal de Miramontes)
8. Temas del taller:

Tabla 6

Temas propuestos del taller “Comunicación y disciplina para fomentar las relaciones amorosas en familia”

1. COMUNICACIÓN	2. DISCIPLINA
1.1 Estilos de comunicación	2.1 ¿Qué es la disciplina? Límites y castigos
1.2 Comunicación efectiva	2.2 La disciplina familiar
1.3 Errores y aciertos en la comunicación	2.3 Alternativas al castigo
1.4 Favoreciendo el cambio en la comunicación con mi hijo	2.4 Ejemplo y coherencia en la disciplina

Posteriormente se incluiría en la planeación de la propuesta el marco teórico de apoyo y la carta descriptiva del taller; asimismo, se desarrollarían los materiales didácticos. Para la ejecución, se contactaría a la población para concretar la propuesta y acordar las fechas de impartición. Por último, después de la ejecución, se evaluaría el proceso.

Cabe aclarar que mi participación se limitó al planteamiento de la propuesta de la intervención, en virtud de haber realizado una estancia académica en el extranjero el resto del semestre.

3.3.3 Constancias de asistencia a eventos académicos

Durante la maestría, asistí a diferentes eventos relativos al campo de la terapia familiar, ya sea como ponente o como participante, los cuales cito a continuación:

1. Ponente en el “2° Congreso de Alumnos de Posgrado de la UNAM”, organizado por la Coordinación de estudios de Posgrado, el 26 de abril de 2012, con el trabajo: “Quién trabaja dentro y fuera de casa. Creencias en roles tradicionales de género”
2. Asistente en el 2° Congreso Internacional”, organizado por el Centro de Terapia Familiar y de Pareja, en Puebla, del 29 de marzo al 1° de abril de 2012.

3. Facilitadora del curso “Mujeres receptoras de violencia familiar: abordaje terapéutico”, del 11 al 15 de junio de 2012, en la Facultad de Psicología de la UNAM.
4. Asistente en el Seminario “Terapia Sexual Sistémica: el abordaje relacional de la sexualidad y la posición del saber en el proceso terapéutico”, organizado por *Il Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, del 29 al 30 de septiembre de 2012.
5. Facilitadora del taller “Promoviendo las relaciones de buen trato en las familias”, en el marco de las 5as. Jornadas “Educación de la Sexualidad y de la salud comunitaria desde la Terapia de Reencuentro”, el 26 de octubre 2012, en la Facultad de Psicología de la UNAM.
6. Facilitadora del curso “Aspectos psicológicos de la relación de pareja”, del 14 al 17 de enero de 2013, en la Facultad de Psicología de la UNAM.
7. Ponente en el “2° Coloquio Estudiantil: Repensando la psicología”, del 6 al 8 de febrero del 2013, con el trabajo: “El significado de ser mujer, ser hombre, violencia y relaciones de buen trato en parejas jóvenes: Estudio de caso”.
8. Ponente en el “XIII Congreso Nacional de Terapia Familiar, organizado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar”, en Acapulco, Guerrero, del 14 al 17 de febrero del 2013, con el trabajo: “Familias que trabajan: creencias en roles de género y crianza de los hijos(as)”
9. Facilitadora del curso “Familiograma”, el 13 de marzo de 2013, en la Facultad de Psicología de la UNAM.
10. Participante en la Exposistémica 2013: “Transdisciplina, pensamiento sistémico y prácticas profesionales”, organizado por la Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires, el 1° de junio de 2013, en la Ciudad de Buenos Aires
11. Ponente en las 6as. Jornadas “Educación de la Sexualidad y de la salud comunitaria desde la Terapia de Reencuentro”, el 15 de octubre 2013, en la Facultad de Psicología de la UNAM, con el

trabajo: “Buen trato en las familias. Aplicación de la Terapia de Reencuentro en la Terapia Familiar”

Comentaría finalmente que a lo largo de mi formación en la maestría, mi interés fue actualizarme así como participar constantemente en eventos, presentando los trabajos de investigación realizados conjuntamente y tratando de aplicar los conocimientos adquiridos e integrarlos con los anteriores, en talleres y cursos.

3. 4. Habilidades de compromiso y ética profesional

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

Existen seis principios que establece la *American Psychological Association* y que pretenden proporcionar unas reglas de decisión que puedan abarcar la mayor parte de situaciones que encuentran los psicólogos/as (Wadeley y Blasco, 1995, p. 32):

- a) *Capacitación*. La psicóloga debe hacer sólo aquello para lo cual esté debidamente preparado y capacitado, y debe mantener esta capacitación constantemente, utilizando de forma adecuada los avances y nuevos conocimientos científicos que sean pertinentes mediante los sistemas de reciclaje que tenga a su alcance.
- b) *Integridad*. La psicóloga debe mantener la honestidad y el respeto hacia los demás, manteniendo así la integridad de la disciplina psicológica en sus diferentes ámbitos. Al dar a conocer su labor, no debe utilizar textos o frases que sean falsos o puedan conducir a interpretaciones erróneas, y por otra parte, debe ser consciente de cómo puede afectar a su labor profesional el hecho de que, como persona, posea ciertos sistemas de creencias y valores. En consecuencia, debe tomar las medidas necesarias para que sus opiniones y valores personales no distorsionen su actividad profesional.
- c) *Responsabilidad profesional y científica*. La psicóloga está obligado a colaborar con quien sea necesario, adaptándose a las características de las personas o instituciones que formulan la demanda. En su caso, debe derivar las demandas a otros profesionales más capacitados, siempre con el objetivo de conseguir el mayor beneficio posible para aquellos que utilizan sus servicios profesionales como psicóloga. Igualmente, las/os psicóloga/os están comprometidas con el mantenimiento de las reglas éticas en los diferentes ámbitos de la psicología, por lo que

están obligados a velar por ello, supervisando la labor de otros colegas cuando tengan oportunidad de hacerlo.

- d) *Respeto por los derechos y la dignidad de las personas.* La psicóloga está obligada a respetar los derechos fundamentales y la dignidad de las personas, pero debe tener en cuenta que, en determinados casos, esto puede llevar a un conflicto con otras obligaciones, de tipo legal, sobre todo a la hora de respetar aspectos como la confidencialidad o la autonomía. Asimismo, no debe permitir que las diferencias entre sus clientes debidas a sexo, edad, religión, etc. puedan influir negativamente en su labor profesional.
- e) *Preocupación por el bienestar de los demás.* La psicóloga debe intentar conseguir el bienestar de aquellos con los que interactúa profesionalmente. Deben prevalecer siempre el bienestar y los derechos de los clientes, estudiantes, sujetos de investigación, etc. y, en caso de que surjan conflictos entre estos aspectos y otras obligaciones profesionales, deben intentar resolverse de forma responsable, evitando o minimizando los posibles daños. Además, la psicóloga debe ser consciente de que puede tener una posición de poder sobre estas personas y que no debe utilizarla en beneficio propio.
- f) *Responsabilidad social.* Las psicólogas deben aplicar y, a la vez, hacer público el conocimiento científico adquirido en psicología con el fin de contribuir al bienestar de las personas, y sus investigaciones e intervenciones (tanto a nivel de consultas privadas como a nivel social y político) deben perseguir este fin. Esto implica también que deben evitar que se utilicen inadecuadamente, o se malinterprete el conocimiento psicológico, y que deben estar dispuestas a dedicar parte de su tiempo profesional para conseguir esos objetivos sin que necesariamente tengan que recibir compensaciones personales por ello.

Un aspecto que considero importante y subsana la consideración ética de realizar un trabajo para el cual se está capacitada, es la supervisión y el trabajo con equipo terapéutico. Asimismo, entregar la carta de compromisos y derechos de los/as pacientes, a través de la cual están informados/as de que se encuentran con terapeutas en formación, del manejo de la información vertida en las sesiones y la confidencialidad de sus datos.

Algunas prácticas me llevaron a la reflexión de que, finalmente, la responsabilidad de los casos es compartida entre supervisoras/es, equipo y terapeuta(s) titulares; esto es, incluso el papel de observación de un caso demanda un grado de involucramiento y atención, por respeto a la familia y a quienes fungen como terapeutas. La evolución de un caso es compartida.

También encontré distintos puntos de vista en cuanto al manejo de la información en el trabajo con parejas, cuando se conocen datos por parte de un miembro de la pareja que el otro no sabe. Por parte del personal docente encontré formas de encuadrar incluso contradictorias; por un lado, explicitar que lo que hablan puede ser abierto, puesto que forma parte de la terapia misma o apelar al secreto terapéutico. La dificultad apareció para mí cuando en un caso que observaba se "deslizó" un detalle de información de un cónyuge en una sesión con el otro. Han de manejarse con mucho cuidado estas situaciones.

Me pareció importante que desde el proceso de selección de aspirantes a ingresar a la maestría se indagara si existían prejuicios con relación a temas tales como el aborto, la orientación sexual, etc., que dada la gran variedad de temáticas por las cuales la gente asiste a la UNAM a solicitar servicio terapéutico, es altamente probable encontrarse con estas situaciones, que podrían estar en contraposición con las creencias de la terapeuta y mermar su labor.

Capítulo 4

Consideraciones finales

4. 1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Con base en lo establecido en el Programa de residencia en terapia familiar²⁰, al término de la residencia analizo las siguientes habilidades adquiridas:

a) Habilidades Teórico Conceptuales: Conocimientos teóricos de los diferentes modelos y sus aplicaciones; ejercicio de hipótesis con base en los conceptos, en el trabajo terapéutico.

b) Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación y Tratamiento: Capacidad para observar el proceso terapéutico, tanto siendo terapeuta titular como parte del equipo; ejercitación en entrevista y generación de la relación terapéutica; utilización de técnicas en la fase social y establecimiento de alianza terapéutica; conocimiento y definición de motivos de consulta y demandas terapéuticas; evaluación del tipo de problema y opciones de solución, así como aquellas intentadas por los/as consultantes; definición de objetivos terapéuticos de manera conjunta con el/la paciente, en términos factibles; aplicación de la metodología propuesta en los diversos modelos para hacer intervenciones, de forma fundamentada; formulación de hipótesis que promuevan el cambio; aplicar de lo anterior en los sistemas: individual, conyugal; elaboración de reportes clínicos en diversas modalidades.

c) Habilidades de Investigación y Enseñanza: Diseñar y proponer proyectos de investigación sobre las problemáticas de los/as usuarios/as; obtener datos y perfil de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias, así como formular hipótesis sobre los mismos; proponer estudios con metodología cuantitativa y cualitativa de forma básica.

²⁰ Fuente: <http://www.posgrado.unam.mx/oferta/planes/PSICOLOGIA.pdf>

d) *Habilidades de Prevención*: Elaborar propuestas de proyectos dirigidos a la comunidad y hacer intervenciones en temas relativos con las familias; evaluar su efectividad.

e) *Ética y Compromiso Social*: Análisis de valores y actitudes en la persona del terapeuta y el equipo terapéutico; ejercitar la actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con los/as usuarios/as; mostrar respeto hacia diferentes enfoques y formas de trabajo; ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional en la medida de lo posible; actualizar las capacidades profesionales a beneficio de la profesión; solicitar terapia personal externa.

En resumen, considero que la residencia amplió mis habilidades, como lo expongo en los puntos siguientes.

4.2. Reflexión y análisis de la experiencia

Considero haber cursado la maestría en terapia familiar como una experiencia sumamente significativa y privilegiada de formación profesional y personal, acompañada de una multitud de emociones.

Primeramente experimenté una grande alegría al saberme aceptada en el programa; posteriormente me enfrenté a una carga académica a la cual hacía algunos años no estaba acostumbrada. Asimismo, me encontré con modelos terapéuticos que se centraban únicamente en el aspecto cognitivo y conativo, omitiendo el aspecto emocional, lo cual en un inicio me provocó un conflicto dada la formación que tenía desde la licenciatura y mi experiencia laboral, orientadas a contener.

Cito a Walters (1991, p. 63):

A fin de evitar desvalorizar implícitamente a las mujeres, debemos valorizar explícitamente el pensamiento intuitivo y la razón emocional, incorporando estos procesos cognitivos a nuestro trabajo y a nuestras tradiciones intelectuales. Y sin embargo, la terapia familiar parece estar moviéndose más en el sentido del formalismo de las fórmulas, la

construcción de oposiciones, lo mediato más que lo inmediato, la tarea más que el proceso, lo directivo más que lo interactivo... No puede haber razón sin emoción, ni emoción sin razón... Dicotomizar estos modos de ser y entender, asignarle significación primordial y secundaria a cada modalidad como opuesta a la otra, en nuestra sociedad definida sobre la base del género, dará lugar a un marco de referencia en el que se desvalorice a las mujeres y a las relaciones entre ellas.

Considero la labor de terapeuta como una en la que ha de lidiarse con la incertidumbre y la tolerancia a la frustración, por ejemplo, cuando ignoramos qué exactamente ocurrirá en la sesión, si continuará asistiendo la familia, o por qué exactamente dejó de hacerlo.

Igualmente, en algunos casos mi concepción de las familias entró en contradicción con algunas definiciones de familia centradas en la reproducción y que, en ausencia de tal, no existe dicha figura. Desde este marco, parejas del mismo sexo o personas que cohabitan sin afiliación alguna, quedaban fuera. En otras asignaturas se expuso la perspectiva opuesta, y la posibilidad de hablar de no sólo una familia, sino de infinidad de configuraciones familiares... distintas comprensiones de la realidad, finalmente.

Asimismo, en mi grupo de maestría, viví la experiencia del proceso natural de los grupos, en el que surgen subgrupos, divisiones y, visto desde la mirada familiar, coaliciones. Una explicación -de entre muchas- de esta dinámica, tal vez esté vinculada a la prevalencia de un ambiente de competencia (de competir) sobre uno de cooperación, aunado al estrés derivado de la carga académica. Si incluyo el macrocontexto, agregaría que estamos inmersos/as en una sociedad de "yo gano-tú pierdes" a costa de lo que sea, anulando que el beneficio colectivo e individual también se puede alcanzar con la solidaridad y la sororidad.

Por otro lado, me sentí muy favorecida por contar con una gran cantidad de práctica, horas de supervisión y un sustento teórico variado sobre modelos de terapia sistémica y, especialmente, las bases metodológicas de éstos, impartido por gente de gran experiencia y

conocimiento, así como compromiso docente y social, y con perspectiva de género.

Un elemento fundamental y sumamente valioso para mí fueron las asesorías brindadas por mi tutora, quien se dio el tiempo para nuestros encuentros, en los revisaba mis avances, mi desempeño académico, y con quien podía expresar dudas, dificultades y proyectos relacionados con la maestría, siempre en un ambiente de comprensión, orientación y respeto. Me quedo con agradecimiento, respeto y admiración.

Me sentí muy afortunada de tener la oportunidad de realizar mi estancia en Buenos Aires con el Dr. Omar Biscotti, ya que enriquecí mis conocimientos y cultura, y pude tener más nociones sobre el abordaje con parejas, así como escuchar las cátedras en la Maestría en Género coordinada por las Dras. Mabel Burin e Irene Meler. Podría ser interesante incluir tópicos específicos en la formación como el tema de pareja, comunicación, solución de conflictos, infancia y adolescencia, sexualidad, etc., tal como se realiza en otras universidades.

Al preguntarme “y... ¿qué hay más allá de la maestría? ¿Qué sigue?”, me lleva a la reflexión acerca de la importancia de contar con espacios laborales dignos en nuestro país para quienes cursan un posgrado y, tal vez, la posibilidad de que desde la UNAM se promuevan más vínculos interinstitucionales a partir de los cuales existan más espacios para recibir a especialistas de nivel posgrado y se aprovechen estos recursos humanos capacitados.

Al final, insisto, me siento muy favorecida y agradecida por haber cursado mi maestría en la UNAM, mi alma mater, y haber podido llegar a su conclusión.

4.3. Implicaciones en la persona de la terapeuta, la profesionista y en el campo de trabajo

Como terapeuta, la formación en la Maestría me habilitó en perspectivas teóricas y técnicas que no conocía, y amplió el repertorio de abordaje terapéutico con el que contaba. Asimismo, pude conocer el trabajo en coterapia que, aunque con su complejidad, cuando es bien llevado y dentro de un ambiente de equidad, cooperación y respeto, permite "pensar mejor con dos cabezas que con sólo una".

Aprendí mucho como parte de un equipo terapéutico *in situ*, y me pareció novedosa y de gran potencia aprender la técnica del equipo reflexivo. Estas vivencias me han llevado a valorar otros puntos de vista sobre mi trabajo como terapeuta, que pude conocer en sesiones de supervisión, que aún aplico.

Reafirmé la importancia de tener una perspectiva de género en el trabajo terapéutico, especialmente con parejas, tomando en cuenta que la integridad individual y los derechos está por sobre las técnicas o la preservación de la pareja o familia, especialmente en situaciones de violencia.

También identifiqué con cuáles modelos terapéuticos me siento más cómoda trabajar y en qué situaciones, así como en cuáles me gustaría continuar formándome.

Me siento más preparada, no sólo como una "hacedora de técnicas", sino también como alguien que puede aplicarlas con su entendimiento epistemológico.

En el campo de la terapia familiar, me agradó poder realizar la investigación de corte cuantitativo sobre el trabajo doméstico que aún permanece invisibilizado, pero que es motivo de conflictos en el ámbito familiar, y actúa como "ventana" de otras dificultades familiares, relacionadas con la comunicación, el establecimiento de acuerdos y la rigidez en los roles de género.

Me agradaría mucho continuar documentándome acerca de la perspectiva feminista dentro del ámbito familiar, ya que de esta manera puedo conjugar ambos intereses que quisiera continuar aplicando.

Referencias

- Álvarez-Gayou, J. L. (1996). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Anderson J. (2011). *Responsabilidades por compartir: La conciliación trabajo-familia en Perú*. Santiago. Oficina Internacional del Trabajo.
- Andrés, P. (2004). Origen y mantenimiento de la violencia. Contexto histórico y social. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (17-38). Madrid: Díaz de Santos.
- Armenta, H. C., Díaz-Loving, R., Oropeza, L. R. & Padilla, G. N. (2010). Dinámica del Apego y Satisfacción Marital en la Pareja. *La Psicología Social en México*, 13:151-156.
- Armenta, H. C., Díaz-Loving, R., Oropeza, L. R. & Padilla, G. N. (2010). Dinámica del Apego y Satisfacción Marital en la Pareja. *La Psicología Social en México*, 13:151-156.
- Aumann, V. e Iturralde, C. (2003). La construcción de los géneros y la violencia doméstica. En J. Corsi (Comp.). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. (73-126). Buenos Aires: Paidós.
- Badinter, E. (1980). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.
- Berger, M. (1993). (Comp.) *Más allá del doble vínculo*. Barcelona: Paidós.
- Bermúdez, C. & Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid: Síntesis.
- Bertrando P., & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Biscotti, O. (s/a). *¿Qué es la terapia sistémica?* Buenos Aires: Instituto Sistémico de Buenos Aires.
- Blázquez, M., Moreno, J & García- Baamonde (2009). Estudio del maltrato psicológico en las relaciones de pareja en jóvenes universitarios. *Electric Journal of Research in Educational Psychology*, 7, 691-714.
- Bonino, M. L. (1995). Micromachismos: la violencia invisible en la pareja. En J. Corsi. (Comp.). *La violencia masculina en la pareja*. Madrid: Paidós.
- Boscolo L. & Bertrando P. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 31, pp. 119-130.
- Boscolo L. & Bertrando P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo L. y Bertrando P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona, España: Paidós.
- Boscolo L., Cecchin G., Campbell, D. & Draper R. (1985). "Twenty more questions: selections from a discussion between the Milan associates:

- Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin with the editors: David Campbell and Rosalin Draper. En Campbell, D. & Draper, R. *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman L. & Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Burin, M. (2006). La relación entre padres e hijos adolescentes. En Burin, M. & Meler, I. *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Canova, R. (2005). El misterio del respeto. *Connessioni*, 16.
- Cecchin G. (1987). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Family Process*, 26 (4), pp. 9-17.
- Cecchin G., Lane G. & Ray W. (1998) De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y Familia*, 6 (2), pp. 7-15.
- Cecchin G., Lane G. & Wendel R. (1997). *Verità e pregiudizi*. Milán: Raffaello Cortina.
- Corsi, J. (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. En Corsi, J. (Comp.) *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social* (pp. 15-65). Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (2003). La violencia en el contexto familiar como problema social. En Corsi, J. (Comp.) *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico* (pp.-40). Buenos Aires: Paidós.
- Cortés, C. (2003). Comunicación y metacomunicación: definiendo una relación axiomática. *Psikhe*, 12 (1), pp. 65-71. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/334/314>
- Couto, M. C. P. de P.; Prati, E.; Falcão, D. V. da S. & Koller, S. H. (2008). Terapia familiar sistêmica e idosos: contribuições e desafios. *Psicologia clínica, Rio de Janeiro*, 20 (1), pp. 135-152. Recuperado el 14 de septiembre de 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v20n1/09.pdf>
- Cruz del Castillo, C. & Díaz-Loving, R. (2010). Reacomodo en los roles y las tareas de género desempeñadas por parejas mexicanas con doble ingreso. *La Psicología Social en México*, 13,169-174.
- Deschamps, J. P. (1979). *Embarazo y maternidad en la adolescente*. Barcelona: Herder.
- Díaz, M., Duran A., Chávez, E., Valdés, Y., Gazmuri, P. & Padrón, S. (2006). Violencia intrafamiliar en Cuba. Aproximaciones a su caracterización y recomendaciones a la política social. *Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente*. La Habana.
- Dirección General de Igualdad y Diversidad Social. (2008). *Informe sobre violencia familiar. Reporte de las instituciones del gobierno del Distrito federal que atienden y previenen la Violencia familiar*. México: Autor.

- Dohmen, M. (1995). Aspectos cognitivos. En Corsi, Dohmen & Sotés (Comps.) *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Espinosa, M. R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En Eguiluz, L. (Comp.), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, pp. 115-138. México: Pax.
- Estrella, N. (1991) Elaboración de una escala de comunicación marital y estilos de comunicación Tesis Inédita de Maestría en Psicología: Universidad Autónoma de México.
- Fernández, B. (s/a). *La doble jornada femenina y sus efectos sobre la salud laboral*. Comunicación presentada a la V Sesión Científica: Trabajo doméstico, trabajo a domicilio del I Congreso Internacional sobre Género, Trabajo y Economía Informal. Comunicación recuperada de <http://ve.umh.es/sieg.1/docs/ICongresoInternacional/comunicaciones/scv04.pdf>
- Fernández, P. (2000). *La afectividad colectiva*. México: Aguilar.
- Fisch, R., Weakland, J. & Segal, L. (2010). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*, 3ª Ed. Barcelona: Herder
- García, B., Camarena, R. & Salas, G. (1999). Mujeres y relaciones de género en los estudios de población. En B. García (Comp.) *Mujer, Género y población en México* (pp. 211-271). México: El Colegio de México.
- Gergen, K. (1991) *El yo saturado*. España: Paidós.
- Giberti, E. (1994). Cuándo informar... qué informar. En Blumberg, S.; De Renzi, C.; Gelman, B. & Lipski, G. *Adoptar hoy*. Buenos Aires, Paidós.
- Giri, B. (2003). Hogares y Familias. En Coelho, M. & Glas, A. L. (coord.), *El sostén de los hogares. Trabajo, participación social y relaciones de género. Ateneo 2003 organizado por la Dirección Social de la Mujer*, pp. 11-15. Buenos Aires: Centro de Documentación en Políticas Sociales, Secretaría de Desarrollo Social.
- González, G. H. & Fernández, T. (2010). Género y maltrato: violencia de pareja en los jóvenes de Baja California. *Estudios Fronterizos, nueva época*, 11, 97-128.
- Haley, J. & Richeport-Haley, M. (2003). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernando, A. (2007). La prevención de la violencia de género en los adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes de Psicología*, 25, 325-340.
- Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: FCE.
- Iboro, F. A. & Uduakabasi, I. A. (2011). Predicting marital satisfaction from attachment styles and gender of culturally and religiously, homogenous population. *Gender and Behavior*, 9.

- Imber-Black, E. (1998). *La vida secreta de las familias. Verdad, privacidad y reconciliación en una sociedad del "decirlo todo"*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2007). *Encuesta Nacional de Violencia en las relaciones de Noviazgo 2007*. México: Autor.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1984). Modelo McMaster. México: INP.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). *Glosario de Género*. Recuperado en septiembre de 2011 de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf
- Keeney B. & Ross, J. (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la negociación del amor*. Managua: Puntos de encuentro.
- Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría "Género". En Lamas, M. (Comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.
- Leal, F. (1986). *La pareja humana*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (2007). Diario Oficial de la Federación, 1º de febrero de 2007. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Limón, G. (2005). *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas*. México: Pax.
- Mackinnon L. (1983) Contrasting Strategic and Milan Therapies. *Family Process*, 22, pp. 425-438.
- Malik, S., Sorenson, S. & Aneshensel C. (1997). Community and dating violence among adolescents: perpetration and victimization. *Journal of adolescent health*, 21, 291-302.
- Maya, A. (2007). *El taller educativo. ¿Qué es? Fundamentos, cómo organizarlo y dirigirlo, cómo evaluarlo* (2ª ed.). Bogotá: Magisterio.
- Mayen, B., García, B., Jusidman, C. De Anda, C., Rodríguez, G., Ordaz, G.,... Lerner, S. (2010). Relatoría del Seminario Familias en el siglo XXI. Realidades diversas y políticas públicas, en el Colegio de México, 19 - 20 de enero de 2009. *Estudios demográficos y Urbanos*, 25, 1(73) pp. 219-258. Recuperado de http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/GK9BLLTG6LLV47U82UKH1XDIVYI41J.pdf
- Micucci, J. A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar: Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Madrid: Amorrortu.
- Minuchin, S. & Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Molina, G. & Fernández, A. (2009). Perfil del agresor de violencia doméstica y algunos procesos de la intervención grupal. *Scientific International Journal*, 6 (1).
- O'Keefe, M. (1997). Predictors of dating violence among high school students. *Journal of interpersonal violence*, 12, 546-569.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Olson, H. D. & Olson A. K. (2006). *Fortaleciendo Parejas: Cómo aumentar su Potencial*. Minneapolis: Life Innovations, Inc.
- Organización Internacional del Trabajo. (2009)¿Adicción al trabajo o dobles jornadas? *Trabajo - La Revista de la OIT*, 65, 24-25.
- Papp, P. (1988). *El Proceso de Cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Póo, A. & Vizcarra, M. (2008). Violencia de pareja en jóvenes universitarios. *Revista de Terapia Psicológica*, 26, 81-88.
- Postigo, M. (2001). El patriarcado y la estructura social de la vida cotidiana. *Contrastes. Revista interdisciplinaria de filosofía*. 6, 199-208. Recuperado el 14 de septiembre de 2011, de <http://saavedrafajardo.um.es/WEB/archivos/Contrastes/006/Contrastes006-14.pdf>
- Ramírez, A. (2000). *Violencia masculina en el hogar*. México: Pax.
- Ramírez, B. Illescas, M. J., Verde, M., Rodríguez, L. D. & Ortega, M. I. (2010). Locus de Control y Satisfacción Marital en Parejas Heterosexuales. *La Psicología Social en México*, 13,300-308.
- Ramírez, R. (1993). *Dime Capitán: Reflexiones sobre la masculinidad*. Puerto Rico: Ediciones Huracán.
- Ramírez, R. J., López, L. G. & Padilla, G. (2009). ¿Nuevas generaciones, nuevas creencias? Violencia de Género y jóvenes. *La ventana*, 29, 110-145. Recuperado de http://terapiaimpacto.com/userfiles/98412/file/10_TARRAGONA.pdf
- Reséndiz, G. (2012). Elementos de la Concepción Sistémica de la Familia en el Modelo de Milán.
- Reséndiz, G. (2012). *La concepción sistémica de la familia* (en prensa).
- Rivera- Rivera, L., Allen, B. (2006). Violencia durante el noviazgo: depresión y conducta de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública de México*, 48, 288-296.
- Rivera, S. & Díaz-Loving, R. (2002). *La Cultura del Poder en la Pareja*. México: UNAM/ Miguel Ángel Porrúa.
- Rocha, T. & Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21, 42-49.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En Eguiluz, L. (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día*, pp. 161-195. México: Pax.
- Rodríguez, J. (1995). La terapia familiar sistémica en autismo y alteraciones profundas del desarrollo. En Navarro, J. & Beyebach, M. (Comps.), *Avances en terapia familiar sistémica*, pp. 247-257. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

- Ronfeldt, H. & Kimerling, R. (1998). Satisfaction with relationship power and the perpetration of dating violence. *Journal of Marriage & Family*, 60, 70-79.
- Samaniego, S. & Ochoa, K. (2009). *Armonización entre los ámbitos laboral y familiar en México*. México: Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Santiago, C. (2010). Violencia doméstica y violencia en el noviazgo. Citado en González, G. H. & Fernández, T. (2010). Género y maltrato: violencia de pareja en los jóvenes de Baja California. *Estudios Fronterizos, nueva época*, 11, 97-128.
- Sanz, F. (2008). *La fotobiografía. Imágenes e historias del pasado para vivir con plenitud el presente*. Barcelona: Kairos.
- Sanz, F. (2004). Introducción. Del mal trato al buen trato. En Ruiz-Jarabo, C. & Blanco, P. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Schade, N.; Beyebach, M.; Torres, P. & González, A. (2009). Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo. *Terapia psicológica*, 27(2), pp. 239-246. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200009&lng=es&tlng=es. DOI 10.4067/S0718-48082009000200009.
- Schwarzwald, J., Koslowsky M. & Izhak-Nir, E. B., (2008). Gender Role Ideology as a Moderator of the Relationship between Social Power Tactics and Marital Satisfaction. *Sex Roles*. 59,657-669. DOI 10.1007/s11199-008-9454-y
- Selekman, M. D. (1996). *Abrir Caminos para el Cambio: Soluciones de Terapia Breve para Adolescentes con Problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin, G., & Prata G. (1980). Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*, 19 (1).
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1975). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S. & Sorrentino, A. M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A.M. (1993). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Somech, A. & Drach-Zahavy, A. (2007). Strategies for coping with work-family conflict: The distinctive relationships of gender role ideology. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 1-19.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14, 511-532.

- Thomas, M. & De Gracia, M. (2004). El origen del movimiento cibernético: las conferencias Macy y los primeros modelos mentales. *Revista de historia de la psicología*, 29 (3/4), pp. 261-268.
- Torres, W., Romero, A., Stange, E. & Ramos, M. (2010). Violencia, Cercanía y Poder en el Noviazgo: Una perspectiva psicosociocultural. *La Psicología Social en México*, 13, 361-367.
- Trujano, P & Mata, E. (2002). Relaciones violentas en el noviazgo: un estudio exploratorio. *Psicología conductual*, 10, 389-408.
- Truman, D. & Tokar, D. (1996). Dimensions of masculinity: relations to date rape supportive attitudes and sexual aggression in dating situations. *Journal of counseling & development*, 74, 555-563.
- Uguzzio V. (1985). Hypothesis Making: The Milan Approach Revisited. En Campbell D. & Draper R., *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambio y nuevos modelos. *La revue du REDIF*, 1, pp. 15-22. Recuperado de <http://www.upcomillas.es/redif/revista/Deusto.pdf>.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En Eguiluz, L. (Comp.), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, pp. 1-27. México: Pax.
- Wadeley, A & Blasco, T. (1995). *La ética en la investigación y la práctica psicológicas*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Walters, M. (1991). Madres e hijas. En Walters, M., Carter, B., Papp, P. & Silverstein, O. *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Watzlawick, P. (1989). *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica* (4ª Ed.). Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (2000). La técnica psicoterapéutica de la "reestructuración". En P. Watzlawick & G. Nardone (Comps.) *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp. 131-138). Madrid: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. D. (1995). *Teoría de la comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (2007). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J. (2000). Terapia sistémica individual. En P. Watzlawick & G. Nardone (Comps.) *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (Pp. 139-150). Madrid: Paidós.
- Woods, P. (1987). *La escuela por dentro. La etnografía en las investigaciones educativas*. Barcelona: Paidós.
- Yurss, I. (2001). Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24 (2), pp. 73-82. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5900/4755>

Anexos

Anexo 1. Casos atendidos en las sedes de la Maestría en Terapia Familiar

No.	Tipo de atención	Terapeutas responsables	Participación	Modelo	Sede	Sesiones	Motivo de consulta
1	Pareja	Beyluth Moncayo, Ana Romero, Oswaldo Herrera y Artemiza Virgen	Coterapeuta	Modelo dinámico, sistémico integrativo	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	8	Conflictos de pareja
2	Individual	Lydia Guell y Beyluth Moncayo	Equipo terapéutico	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	7	Conflictos familiares
3	Individual	Equipo	Terapeuta y Equipo terapéutico	Modelo de Soluciones	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	4	Conflictos familiares
4	Pareja	Oswaldo Herrera y Artemiza Virgen	Coterapeuta	Modelo estratégico	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	6	Problemas de pareja
5	Familia	Eugenia Zamora	Equipo terapéutico	Modelos estructural	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	16	Problemas de comunicación
6	Familia	Oswaldo Herrera y Aurora Quiroz	Equipo terapéutico	Modelo estructural y de Milán	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	22	Problemas con paternaje
7	Pareja	Omar Alonso y Lucelena Nava	Equipo terapéutico	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	6	Violencia intrafamiliar
8	Individual	Selene Flores y Artemiza Virgen	Coterapeuta	Modelo de Terapia Breve MRI	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	9	Problemas de comunicación con la madre
9	Familia	Omar Alonso y Aurora Quiroz	Equipo terapéutico	Modelo de Terapia Breve MRI	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	3	Adicciones y problemas con el hijo adolescente
10	Individual	Oswaldo Herrera	Equipo terapéutico	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos "Dr.	10	Violencia de pareja

					Guillermo Dávila"		
11	Familia	Artemiza Virgen	Terapeuta	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	7	Límites y violencia familiar
12	Individual	Omar Alonso	Equipo terapéutico	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	6	Relación con su padre y cambio de carrera
13	Pareja	Yolanda Huerta	Equipo terapéutico	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	10	Violencia de pareja
14	Individual	Ana Romero	Equipo terapéutico	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	1	Violencia de pareja
15	Individual	Aurora Quiroz	Equipo terapéutico	Modelos posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	2	Violencia de pareja
16	Familia	Ana Romero	Equipo terapéutico	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	3	Embarazo de hija adolescente
17	Pareja	Omar Alonso y Ana Romero	Equipo terapéutico	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	3	Problemas de infidelidad
18	Familia	Lucelena Nava Elena	Equipo terapéutico	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	2	Problemas con los hijos
19	Familia	Aurora Quiroz	Equipo terapéutico	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	1	Familia reconstituida
20	Individual	Equipo	Equipo terapéutico	Modelo de Soluciones	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	3	Superar la separación de la pareja

21	Individual	Lydia Guell	Equipo terapéutico	Práctica Clínica supervisada	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	4	Problemas intrafamiliares
22	Familia	Selene Flores	Equipo terapéutico	Práctica clínica supervisada	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	1	Problemas de pareja
23	Individual	Eugenia Zamora y Selene Flores	Equipo terapéutico	Práctica clínica supervisada	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	3	Problemas familiares
24	Pareja	Beyluth Moncayo y Lydia Guell	Equipo terapéutico	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"	13	Conflictos de pareja
25	Familia	Aurora Quiroz y Omar Alonso	Equipo terapéutico	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"	12	Problemas con sus hijas
26	Familia	Aurora Quiroz y Omar Alonso	Equipo terapéutico	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"	6	Problemas con los hijos rebeldes
27	Familia	Eugenia Zamora y Yolanda Huerta	Equipo terapéutico	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"	8	Problemas familiares
29	Pareja	Oswaldo Herrera y Ana Romero	Equipo terapéutico	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"	16	Violencia de pareja
30	Individual	Artemiza Virgen y Selene Flores	Coterapeuta	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"	13	Problemas de pareja
30	Individual	Artemiza Virgen y Selene Flores	Coterapeuta	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"	13	Adopción
31	Individual	Artemiza Virgen y Selene Flores	Coterapeuta	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"	4	Relación con la madre

					Sánchez Navarro ²		
32	Familiar	Artemiza Virgen y Raúl Reducindo	Coterapeuta	Estructural	Volcanes	8	Apoyar en la educación de sus hijos
33	Pareja	Artemiza Virgen	Terapeuta	Narrativa y Soluciones	Volcanes	16	Posible separación
34	Pareja	Artemiza Virgen	Terapeuta	Soluciones	Volcanes	9	Dificultades en la relación de pareja
35	Familia	Laura Mancera y Artemiza Virgen	Coterapeuta	Equipo reflexivo	Volcanes	12	Problemas de límites con los hijos
36	Pareja	Artemiza Virgen	Terapeuta	Soluciones	Volcanes	10	Violencia en la pareja
37	Pareja	Artemiza Virgen	Terapeuta	Soluciones	Volcanes	3	Problemas en la pareja
38	Familiar	Artemiza Virgen	Terapeuta	Soluciones	Volcanes	3	Problemas con hijo adolescente
39	Pareja	Artemiza Virgen	Terapeuta	MRI	Volcanes	6	Problemas en la pareja
40	Pareja	Artemiza Virgen	Terapeuta	MRI	Volcanes	4	Problemas en la pareja
41	Individual	Omar Alonso y Artemiza Virgen	Coterapeuta	Estratégico	Volcanes	1	Problemas en la pareja
42	Pareja	Omar Alonso	Equipo terapéutico	Estratégico	Volcanes	8	Problemas en la pareja
43	Pareja	Joan Le Turq Omar Alonso Artemiza Virgen	Equipo terapéutico y Coterapeuta	Estratégico	Volcanes	4	Problemas en la pareja
44	Pareja	Laura Mancera y Omar Alonso	Equipo terapéutico	Narrativa	Volcanes	4	Problemas en la pareja
45	Pareja	Laura Mancera y Omar Alonso	Equipo terapéutico	Soluciones y narrativa	Volcanes	3	Problemas en la pareja

Anexo 2 Cuestionario de Responsabilidades Familiares, Escala de Creencias en los Roles Tradicionales de Género y Escala de Satisfacción con las Relaciones de Pareja Forma A

A. Folio _____



La Vida en Pareja



La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México está realizando un estudio sobre las relaciones de pareja cuyos datos son con fines de investigación. Sus respuestas serán confidenciales. conteste con sinceridad. ¡Gracias por su colaboración!

INSTRUCCIONES: Marque con una X su respuesta o escriba según lo que se le solicita.

Sección A

A1. Sexo F M A2. Edad A3. Tiempo de casado o de vivir en pareja años

A4. ¿Tiene hijos? No Sí ¿Cuántos?

A5. Nivel de estudios Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Otro ¿Cuál?

A6. ¿Realiza una actividad remunerada? No Sí A7. ¿Cuántas horas dedica a la semana? hrs.

A8. ¿Realiza su pareja una actividad remunerada? No Sí ¿Cuántas horas dedica a la semana? hrs.

Del 100% de los gastos familiares mensuales:

A9. ¿En qué porcentaje contribuye cada quien a los gastos?

	Yo	Mi Pareja	Otro
A9. ¿En qué porcentaje contribuye cada quien a los gastos?	%	%	%
	¿Quiénes?		
A10. ¿Cómo le gustaría que fuera la distribución de los gastos?	%	%	%
	¿Quiénes?		

Sección B

Marque el acuerdo respecto a las siguientes afirmaciones	Nivel de Acuerdo			
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
41. Amo a mi pareja				
42. En general me siento satisfecha con mi relación de pareja.				
43. Mi relación de pareja es buena comparada con otras.				
44. Mi pareja cubre mis necesidades.				

Marque el acuerdo respecto a las siguientes afirmaciones	Nivel de Acuerdo			
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
45. En mi relación de pareja hay muchos problemas.				
46. Mi relación de pareja cumple con mis expectativas.				
47. Desearía no haber iniciado esta relación.				
48. Me siento feliz en mi relación de pareja.				

Sección C

Indique quién realizó las siguientes actividades en la última semana. Puede marcar más de una casilla.

	Yo	Pareja	Otro	¿Quién?
49. Lavar Ropa				
50. Planchar				
51. Limpiar pisos				
52. Limpiar baños				
53. Cocina				
54. Lavar trastes				
55. Limpiar cocina				
56. Compras de despensa				

¿Cómo le gustaría que fuera la distribución de las siguientes actividades? Puede marcar más de una casilla.

	Yo	Pareja	Otro	¿Quién?
49. Lavar Ropa				
50. Planchar				
51. Limpiar pisos				
52. Limpiar baños				
53. Cocina				
54. Lavar trastes				
55. Limpiar cocina				
56. Compras de despensa				



Responda sólo si tiene hijos/as. Si no tiene pase a la sección D.

Indique quién realizó las siguientes actividades en la última semana. Puede marcar más de una casilla.

	Yo	Pareja	Otro	¿Quién?
C01 Llevarlos a la escuela				
C02 Apoyo en tareas				
C03 Cuidarlos en casa				
C04 Actividades recreativas				

¿Cómo le gustaría fuera la distribución de las siguientes actividades?. Puede marcar más de una casilla.

	Yo	Pareja	Otro	¿Quién?
C01 Llevarlos a la escuela				
C02 Apoyo en tareas				
C03 Cuidarlos en casa				
C04 Actividades recreativas				

C05 Si pudiera cambiar la manera en que usted y su pareja distribuyen las responsabilidades familiares, ¿en qué porcentaje las cambiaría?	%
---	---

Sección D

	Tratamiento de acoso	De Acuerdo	En Desacuerdo	Tratamiento en Desacuerdo
D01 Una madre es más cariñosa que un padre				
D02 Los hijos son mejor educados por una madre que por un padre				
D03 Emocionalmente la mujer posee mayor fortaleza que un hombre				
D04 La mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los hijos enfermos				
D05 Un hombre es más agresivo que una mujer				
D06 Las mujeres no pueden desempeñar las mismas actividades que los hombres.				
D07 Aunque las mujeres trabajen fuera del hogar, el hombre es el sostén de la familia.				
D08 Un hombre es más seguro de sí mismo que una mujer.				
D09 Los hijos obedecen cuando es el padre y no la madre quien regaña.				
D10 Un hombre es más racional que una mujer.				
D11 Es el hombre quien debe encargarse de proteger a la familia.				
D12 Un hombre a diferencia de la mujer necesita de varias parejas sexuales.				
D13 Hombre es superior a la mujer.				
D14 Una esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del mando.				
D15 Es mejor ser hombre que ser mujer.				
D16 Los hombres deberían tener preferencia en ascensos laborales.				

	Tratamiento de acoso	De Acuerdo	En Desacuerdo	Tratamiento en Desacuerdo
D17 Existen trabajos no aptos para mujeres.				
D18 Un verdadero hombre no muestra sus debilidades y sentimientos				
D19 El eje de una familia es indudablemente el padre.				
D20 Una familia funciona mejor si es el hombre quien establece las reglas del hogar.				
D21 Una mujer se realiza plenamente hasta que se convierte en madre.				
D22 El ser hombre implica mayor responsabilidad que ser mujer.				
D23 La mujer tiene habilidades innatas para el quehacer doméstico.				
D24 La mujer debe llegar virgen al matrimonio.				
D25 Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente a su hogar y mando.				
D26 Es más fácil para un hombre que para una mujer cortejar al otro (a).				
D27 El hombre tiene mejores habilidades que la mujer para cortejar al otro (a).				
D28 Un buen esposo es el que provee económicamente a su familia.				
D29 Un hombre es infiel por naturaleza.				
D30 La vida es más dura para un hombre que para una mujer.				
D31 La vida es más fácil y feliz para un hombre que para una mujer.				

Anexo 3. Cuestionario de Responsabilidades Familiares, Escala de Creencias en los Roles Tradicionales de Género y Escala de Satisfacción con las Relaciones de Pareja Forma B

E. Folio _____



La Vida en Pareja



La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México está realizando un estudio sobre las relaciones de pareja cuyos datos son con fines de investigación. Sus respuestas serán confidenciales. conteste con sinceridad. ¡Gracias por su colaboración!

INSTRUCCIONES: Marque con una X su respuesta o escriba según lo que se le solicita.

Sección A

A1. Sexo F M A2. Edad A3. Tiempo de casado o de vivir en pareja años

A4. ¿Tiene hijos? No Sí ¿Cuántos?

A5. Nivel de estudios: Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Otro ¿Cuál?

A6. ¿Realiza una actividad remunerada? No Sí A7. ¿Cuántas horas dedica a la semana? hrs.

A8. ¿Realiza su pareja una actividad remunerada? No Sí ¿Cuántas horas dedica a la semana? hrs.

Del 100% de los gastos familiares mensuales:

A9. ¿En qué porcentaje contribuye cada quien a los gastos?

	Yo	Mi Pareja	Otro	% ¿Quiénes?
A9.	%	%	%	% ¿Quiénes?
A10.	%	%	%	% ¿Quiénes?

A10. ¿Cómo le gustaría que fuera la distribución de los gastos?

Sección B

Indique quién realizó las siguientes actividades en la última semana. Puede marcar más de una casilla.

	Yo	Pareja	Otro	¿Quién?
B1. Lavar Ropa				
B2. Planchar				
B3. Limpiar pisos				
B4. Limpiar baños				
B5. Cocina				
B6. Lavar trastes				
B7. Limpiar cocina				
B8. Compras de despensa				

¿Cómo le gustaría que fuera la distribución de las siguientes actividades? Puede marcar más de una casilla.

	Yo	Pareja	Otro	¿Quién?
B9. Lavar Ropa				
B10. Planchar				
B11. Limpiar pisos				
B12. Limpiar baños				
B13. Cocina				
B14. Lavar trastes				
B15. Limpiar cocina				
B16. Compras de despensa				

Responda sólo si tiene hijos/as. Si no tiene pase a la sección C.

Indique quién realizó las siguientes actividades en la última semana. Puede marcar más de una casilla.

	Yo	Pareja	Otro	¿Quién?
B17. Llevarlos a la escuela				
B18. Apoyo en tareas				
B19. Cuidarlos en casa				
B20. Actividades recreativas				

¿Cómo le gustaría fuera la distribución de las siguientes actividades? Puede marcar más de una casilla.

	Yo	Pareja	Otro	¿Quién?
B21. Llevarlos a la escuela				
B22. Apoyo en tareas				
B23. Cuidarlos en casa				
B24. Actividades recreativas				

B25. Si pudiera cambiar la manera en que usted y su pareja distribuyen las responsabilidades familiares, ¿en qué porcentaje las cambiaría? %



Sección C



Marque qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones	Totalmente de acuerdo			
	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	
C1 Una madre es más cariñosa que un padre.				
C2 Los hijos son mejor educados por una madre que por un padre.				
C3 Emocionalmente la mujer posee mayor fortaleza que un hombre.				
C4 La mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los hijos enfermos.				
C5 Un hombre es más agresivo que una mujer.				
C6 Las mujeres no pueden desempeñar las mismas actividades que los hombres.				
C7 Aunque las mujeres trabajen fuera del hogar, el hombre es el sostén de la familia.				
C8 Un hombre es más seguro de sí mismo que una mujer.				
C9 Los hijos obedecen cuando es el padre y no la madre quien regaña.				
C10 Un hombre es más racional que una mujer.				
C11 Es el hombre quien debe encargarse de proteger a la familia.				
C12 Un hombre a diferencia de la mujer necesita de varias parejas sexuales.				
C13 Hombre es superior a la mujer.				
C14 Una esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del mando.				
C15 Es mejor ser hombre que ser mujer.				
C16 Los hombres deberían tener preferencia en ascensos laborales.				

Marque qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones	Totalmente de acuerdo			
	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	
C17 Existen trabajos no aptos para mujeres.				
C18 Un verdadero hombre no muestra sus debilidades y sentimientos.				
C19 El eje de una familia es indudablemente el padre.				
C20 Una familia funciona mejor si es el hombre quien establece las reglas del hogar.				
C21 Una mujer se realiza plenamente hasta que se convierte en madre.				
C22 El ser hombre implica mayor responsabilidad que ser mujer.				
C23 La mujer tiene habilidades innatas para el quehacer doméstico.				
C24 La mujer debe llegar virgen al matrimonio.				
C25 Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente a su hogar y mando.				
C26 Es más fácil para un hombre que para una mujer cortejar a otro (a).				
C27 El hombre tiene mejores habilidades que la mujer para cortejar a otro (a).				
C28 Un buen esposo es el que provee económicamente a su familia.				
C29 Un hombre es infiel por naturaleza.				
C30 La vida es más dura para un hombre que para una mujer.				
C31 La vida es más fácil y feliz para un hombre que para una mujer.				

Sección D

	Totalmente de acuerdo			
	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	
D1 Amo a mi pareja.				
D2 En general me siento satisfecha con mi relación de pareja.				
D3 Mi relación de pareja es buena comparada con otras.				
D4 Mi pareja cubre mis necesidades.				

	Totalmente de acuerdo			
	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	
D5 En mi relación de pareja hay muchos problemas.				
D6 Mi relación de pareja cumple con mis expectativas.				
D7 Desearía no haber iniciado esta relación.				
D8 Me siento feliz en mi relación de pareja.				

Anexo 4. Producto tecnológico 1.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



Facultad de Psicología

**Directorio de Instituciones
Educativas en Buenos Aires,
Argentina**

Producto tecnológico para la Maestría en Terapia

Familiar

Tutora

Dra. Noemí Díaz Marroquín

Alumna

Lizet Artemiza Virgen Arias

Coordinadora de la Residencia

Mtra. Silvia Vite San Pedro

Presentación

Dentro de la Residencia en Terapia Familiar de la UNAM, se elaboran los llamados “productos tecnológicos”, materiales elaborados por el alumnado, relacionados con la residencia. El presente producto consiste en un Directorio de las instituciones educativas que tuve oportunidad de conocer en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, a partir de la estancia académica que realicé a mediados del 4º semestre de la Maestría, con el apoyo del CONACYT. La sede principal en la cual realicé dicha estancia fue el Instituto Sistémico de Buenos Aires (ISDEBA), en su sede central de Capital Federal de Buenos Aires.

Otras instituciones que tuve oportunidad de conocer durante la estancia académica fue Conformación A. R. C. O, en la que se imparten estudios de posgrado del enfoque sistémico y supervisión de casos, acompañado de un trabajo con el *self* del terapeuta. Las directoras de este centro son las psicólogas Silvina Aisenson-Lichtmann, Arielle Cotton y Silvia Jajam, todas con formación sistémica.

El Centro Privado de Psicoterapias (CPP) es dirigido por el Lic. Hugo Hirsch, en el que se otorga formación en terapias “focalizadas”, basadas en el modelo estratégico, así como supervisión de casos. Asimismo, pude conocer la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, en la que se imparte la Maestría en Estudios de Género que coordina la Dra. Mabel Burin y la Dra. Irene Meler, en la cual se imparte el módulo de Género y Familias.

En estas instituciones es posible realizar cursos relacionados con el trabajo sistémico desde diferentes modelos, o complementar la formación en género, analizando el ámbito familiar, previo trámite interinstitucional y con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

En este directorio se incluyen datos generales de las instituciones, tales como sus antecedentes, oferta de actividades y comentarios generales, en caso de que algún estudiante tenga interés en acudir a alguna de ellas.

1. Instituto Sistémico de Buenos Aires (ISDEBA)



Antecedentes

El ISDEBA es una institución fundada en la ciudad de Buenos Aires en el año 1989, por sus actuales directores: Lic. Alicia Salituri y Dr. Omar Biscotti, año desde el cual viene desarrollando su labor principal en el área docente a través de diferentes cursos de formación en Terapia Sistémica.

Paralelamente se ha dedicado a la atención clínica, conformando un Equipo Asistencial en Terapia Sistémica, que atiende a nivel individual, familiar y de pareja.



Fachada del edificio de
ISDEBA Central



Instalaciones ISDEBA sede Oeste

Actividades de la institución

Las principales actividades de la institución se detallan de la siguiente manera:

Tabla 1
Actividades desarrolladas por el ISDEBA

TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	NOMBRE
FORMACIÓN	Cursos de formación presenciales Se acude a la Institución una vez a la semana	Curso de Hipnosis Ericksoniana Intensivo Mensual (Nivel Inicial) Diplomatura en Terapia de Pareja - Modalidad presencial Curso "Terapia Familiar con Hijos Adolescentes"
	Cursos de formación on-line Cursados a través de plataforma electrónica	Cursos de pareja Diplomatura en Terapia de Pareja (Este curso cuenta con el aval de la Universidad de Flores) Diferentes Niveles de Operatividad en Terapia de Pareja (Este curso cuenta con el aval de la Universidad de Flores) La Supervisión Clínica como posibilidad de construcción conjunta de alternativas creativas en el proceso terapéutico
	Equipos de Profundización Consiste en reuniones semanales de discusión teórica sobre las	Cursos de familia Curso "Terapia Familiar con Hijos Adolescentes" "El Trabajo con Familias en el Ámbito Jurídico" - Una perspectiva sistémica en Psicología forense Equipo de Profundización en Terapia de Pareja Equipo de Profundización en Terapia

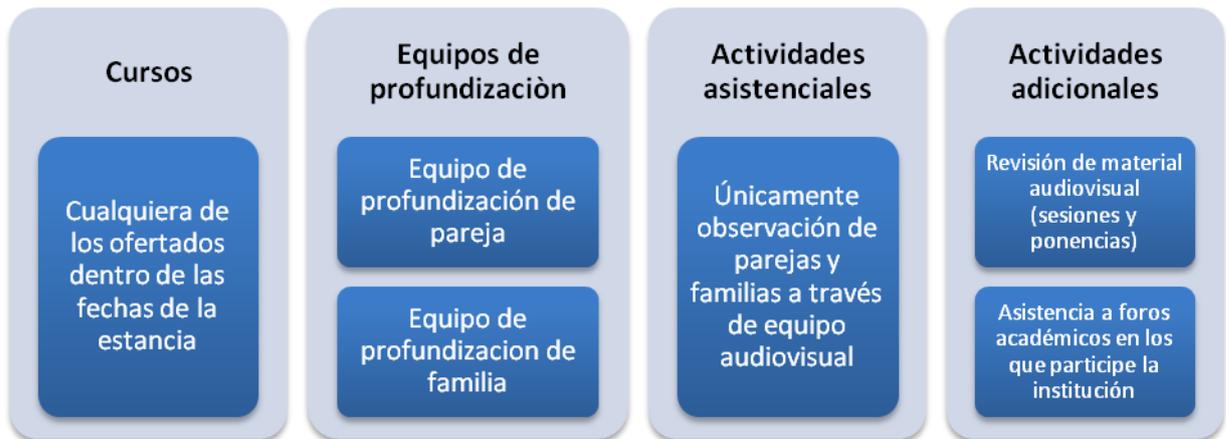
	<p>temáticas pareja y familia y la observación con equipo audiovisual de parejas y familias.</p> <p>El equipo de profundización en pareja funciona desde el año 2002 y está integrado por los especialistas de ISDEBA. Se dedica a la atención e investigación en problemáticas de Pareja.</p> <p>El equipo de profundización en familia funciona desde 2004, y está dedicado a la atención e investigación en problemáticas con abordaje familiar.</p>	<p>de Familias</p>
<p>ASISTENCIA</p>	<p>Se realizan tratamientos con Terapias Breves desde un abordaje Sistémico</p>	<p>Niños, Adolescentes, Adultos y Tercera edad</p> <p>Modalidad: individual, de pareja, familiar, grupal</p> <p>Tratamientos Psicofarmacológicos</p> <p>Orientación Vocacional</p> <p>Orientación a Padres</p>

+ Actividades a realizar en la institución en estancias académicas

De las actividades arriba descritas ofrecidas por ISDEBA en las cuales los estudiantes que realizan una estancia académica pueden participar, son las siguientes:

Tabla 2

Actividades de las estancias académicas en el ISDEBA



Consideraciones sobre la institución

- En ISDEBA se encuentra el Dr. Omar Biscotti, especialista en el tema de parejas desde hace 30 años, quien personalmente imparte las clases en esta materia. Asimismo, el equipo docente del ISDEBA cuenta con experiencia en el campo de la psicoterapia
- Los grupos en ISDEBA son pequeños y la atención es personalizada
- ISDEBA forma parte de la Asociación Sistémica de Buenos Aires, por lo que es posible que a través de ISDEBA existan vínculos con otras instituciones educativas de interés. Asimismo, es posible asistir a las actividades organizadas por la Asociación Sistémica de Buenos Aires (ASIBA), con el respaldo del ISDEBA
- Todas las actividades cursadas en el ISDEBA tendrán UN COSTO
- Todas las actividades se realizarán previo acuerdo y aprobación de ISDEBA
- Los cursos se toman de acuerdo a la disponibilidad por cupo mínimo, coincidencia de las fechas de los cursos con las de la estancia académica e interés de quien realiza la estancia
- Las actividades pueden ser realizadas en la Sede Central u Oeste. Sin embargo, el Director Omar Biscotti se encuentra en la sede Central





- Los equipos de profundización tienen su propia dinámica, actividades y temas de interés, a los cuales quien realiza la estancia ha de adaptarse, aunque hay apertura para proponer sus temas de interés a la coordinación de los equipos, con el fin de ser incluidos
 - Por acuerdo intrainstitucional, NO se permite que quienes realizan la estancia BRINDEN ATENCIÓN a parejas o familias
- La observación de parejas o familias está sujeta a la demanda que ISDEBA tenga en ese momento

Datos de contacto

- Nombre: Dr. Omar Biscotti
- Correo electrónico isdeba@gmail.com
- Dirección Sede Central: Av. Córdoba 4618
2º B (1414), Capital Federal, Argentina
- Teléfono/ Fax: (0054) 11 47731861
- Web: <http://www.isdeba.com/>



2. Conformación A.R.C.O. (Apertura para Relaciones Colaborativas)



+ *Antecedentes*

Conformación ARCO es una institución dirigida por psicólogas con diferentes formaciones: Silvina Aisenson-Lichtmann (Psicóloga infantil, adolescentes y adultos; terapeuta familiar y de pareja; terapeuta de sesión única), Arielle Cotton (Psicóloga infantil, adolescentes y adultos; terapeuta familiar y de pareja; terapeuta on-line individual y de pareja) y Silvia Jajam (Psicóloga infantil, adolescentes y adultos; terapeuta familiar y de pareja), con experiencia clínica y docente, y autoras de documentos.

La institución cuenta con tres áreas principales: docencia, supervisión y asistencial. Es una institución incorporada a la ASIBA.

Los cursos tienen como modalidad el trabajo teórico-clínico, con observación y participación de procesos terapéuticos en Cámara Gesell. La actividad de Docencia y Supervisión apunta al Desarrollo del *Self*, las habilidades y los recursos del Terapeuta.



Instalaciones de Conformación A.R.C.O.

Actividades de la institución

Las principales actividades de la institución se detallan de la siguiente manera:

Tabla 3
Actividades desarrolladas por Conformación A.R.C.O.

TIPO DE ACTIVIDAD	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
DOCENCIA	Cursos de posgrado	Se acude a la Institución una vez a la semana, con módulos anuales, con tres niveles de entrenamiento Se abordan diferentes modelos de la terapia sistémica: MRI, Estructural, Milán, Escuela de Roma, enfoques narrativos, terapia de soluciones
	Cursos de actualización (Nivel avanzado)	Dirigido a quienes completaron los cursos de posgrado El curso incluye supervisión a través de Cámara de Gesell, trabajando con parejas, familias e individuos Se trabaja con la persona del terapeuta Modalidad de 3 horas semanales
	Cursos intensivos de fin de semana	Se revisan fundamentos Teórico Clínicos y su aplicación en la terapia y en la terapia Focalizada. Se realizan viernes y sábado según fechas a confirmar, con aspectos teórico-clínicos de los cursos regulares y con una intensidad de 10 horas diarias. Nivel Introductorio y Avanzado
	Seminarios	Cuatrimestrales de frecuencia mensual o mensuales, dependiendo el tópico Temas: Abordaje clínico en Terapia de parejas: Fundamentación teórica, práctica y observación clínica en Cámara Gesell. Modalidad semanal El trabajo con niños desde la mirada sistémica. Frecuencia semanal Entrenamiento en la persona y práctica del terapeuta. Temas: Genograma – Trabajo desde la supervisión

		focalizada en la persona del Terapeuta - trabajo en equipo – Valija de herramientas personalizadas para la instrumentación de sus recursos. Trabajo vivencial y supervisión de dificultades. Frecuencia mensual
	Talleres	Eventos específicos de duración breve Temas: Entrenamiento y práctica en la persona del terapeuta Cómo transformar las dificultades en recursos Trabajando la persona del terapeuta desde su genograma
SUPERVISIÓN	Grupos	Actividades de frecuencia semanal Modalidades: Grupos de Supervisión focalizada en la persona del terapeuta Observación de familias en vivo en cámara de Gesell. Vivencial (Dramatización)
ASISTENCIA	Terapia	Individual, familiar y de pareja
	Reuniones informativas	Previa cita, semanalmente

Cabe mencionar que además de coordinar estas actividades, las integrantes de la institución publican artículos en revistas científicas.

✚ **Actividades a realizar en la institución en estancias académicas**

De las actividades antes descritas ofrecidas por Conformación ARCO en las cuales se puede participar en caso de realizar una estancia académica, son:

Tabla 4

Actividades de las estancias académicas en Conformación A. R. C. O.



Consideraciones sobre la institución

- Por el número reducido de alumnado, la atención es personalizada
- Dos características particulares de la institución son el énfasis que se hace al trabajo con la persona del terapeuta y la perspectiva de transformar las dificultades en recursos
- Se realizan ejercicios en clase para poner en práctica la teoría sobre habilidades terapéuticas y se abordan ejemplos abundantes para comprender los temas
 - Se puede observar a las docentes de la institución haciendo trabajo de coterapia
 - La cámara de Gesell y el equipo audiovisual, se encuentran en excelente estado
 - TODOS los cursos impartidos son presenciales
 - Conformación ARCO forma parte de la Asociación Sistémica de Buenos Aires, por lo que es posible asistir a las actividades organizadas por la ASIBA,



- con el respaldo de esta institución
- Todas las actividades cursadas en Conformación ARCO tendrán UN COSTO que deberá establecerse previamente
 - Todas las actividades se realizarán previo acuerdo y aprobación de Conformación ARCO
 - Los cursos se toman de acuerdo a la disponibilidad por cupo mínimo, coincidencia de las fechas del curso con las de la estancia académica e interés de quien realiza la estancia
 - En esta institución SI se permite que el alumnado BRINDE ATENCIÓN a parejas o familias en los cursos de supervisión; sin embargo, para quienes realicen una estancia, deberán haber tomado los cursos que Conformación ARCO considere pertinentes
 - El trabajo con la persona del terapeuta estará sujeto al tiempo en el cual el/la alumno que realice la estancia haya transcurrido en el grupo en el que se realicen estos ejercicios, ya que se requiere un ambiente de confianza grupal
 - La observación de parejas o familias está sujeta a la demanda que la institución tenga en ese momento

Datos de contacto

- Nombre: Arielle Cotton
- Correo electrónico: ariellecotton@fibertel.com.ar (puede estar saturado)
- Dirección: Arribeños 1641-2º H, Capital Federal, Argentina
- Teléfono (Contestador): (0054) 4781 9971
- Web: www.conformacionarco.com.ar



Docentes y alumnas en Conformación ARCO

3. Centro Privado de Psicoterapias (CPP)



Antecedentes

El CPP es una institución de 30 años de existencia en el terreno de la Psicoterapia. Sus directores son el Lic. Hugo Hirsch y el Lic. Ricardo Sterin. Cuenta con un equipo de más de 300 profesionales en diversos puntos de Argentina, entrenados y supervisados por el mismo centro, brindando atención en todos los niveles de tratamiento: ambulatorio, internación y urgencias.

Debido a que el CPP trabaja desde 1981 con Prepagas, Obras Sociales y pacientes particulares, la demanda es amplia, por lo que constantemente está contratando profesionales para unirse a su equipo, otorgándoles la formación y seguimiento necesarios.

Las principales actividades del CPP son la formación, la actualización, la investigación y la atención.



Lic. Hugo Hirsch

Actividades de la institución

Las principales actividades realizadas por el CPP se detallan a continuación:

Tabla 5
Actividades desarrolladas por el CPP

TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	NOMBRE
FORMACIÓN	Cursos virtuales Se cursan a través de una plataforma on-line	Diversos temas, por ejemplo: Entrevista motivacional, Adicción a nuevas tecnologías, intervenciones estratégicas en la consulta con niños, entre otros
	Cursos presenciales Diferentes fechas y duración. Dirigidos ya sea a población abierta, estudiantes o profesionales de la salud	Diversos títulos: 5 claves para tener éxito en el control del sobrepeso; Psicología Positiva. Más allá de remediar, aumentar el bienestar; Terapia Sexual Estratégica. Curso Presencial, entre otros

	<p>Pasantías</p> <p>Dirigido a personas de psicología y psicopedagogía, para conocer a fondo la institución</p>	<p>Actividades a realizar: Asistencia a espacios con uso de Cámara de Gesell, análisis de casos videograbados, admisiones en vivo y asistencia a reuniones de los equipos especializados en diferentes abordajes psicoterapéuticos</p>
	<p>Rotaciones</p> <p>Para médicos que realizan especialización en Psiquiatría en otras instituciones, y estén interesados en la aplicación del Modelo de Terapia Focalizada a la Resolución de Problemas</p>	
SUPERVISIÓN	<p>Con equipo terapéutico en vivo</p> <p>Presencial, con profesionales entrenados/as en el modelo estratégico y cognitivo y formación de postgrado en las distintas especialidades</p>	
	<p>Con equipos de trabajo especializados en vivo</p>	<p>Temas:</p> <p>Emergencias Psiquiátricas</p> <p>Niños</p> <p>Orientación Vocacional</p> <p>Orientación a padres</p> <p>Parejas</p> <p>Sexología</p> <p>Terapia Grupal</p> <p>Trastornos Antisociales - Terapia Familiar Multisistémica</p> <p>Trastorno Límite de la Personalidad</p>
	<p>Modalidad on-line</p> <p>Casos revisados por equipo terapéutico</p>	
ATENCIÓN	<p>A pacientes particulares y pacientes afiliados a algún plan de seguro</p>	

✚ Actividades a realizar en la institución en estancias académicas

De las actividades arriba descritas ofrecidas por el CPP y en las cuales los estudiantes que realizan una estancia académica pueden participar, son las siguientes:

Tabla 6
Actividades de las estancias académicas en el CPP



Consideraciones sobre la institución

- La institución cuenta con gran experiencia en estrategias de atención a nivel masivo
- El equipo de supervisión tiene una sólida formación en modelo estratégico y de solución de problemas
- Dado que la atención es a gran escala, es regular la observación de casos
- El personal que otorga atención es de diversas disciplinas, por lo que la supervisión y la observación es transdisciplinaria
- Dada la gran demanda de pacientes, la institución puede realizar investigación regular
- Tienen un sistema de admisión sistemático del cual se puede aprender
- Atienden a domicilio y están innovando en la modalidad on-line de atención y supervisión que, aunque polémico, es una fuente de aprendizaje del uso de las tecnologías aplicadas a la atención psicológica



Cámara Gesell en el CPP

- En la institución se atienden casos psiquiátricos, que también pueden observarse
- Existen algunas probabilidades de formar parte del equipo de terapeutas de la institución, de acuerdo a la oportunidad de vacantes, así como experiencia del/la candidata/a, con la garantía de formación y supervisión del CPP



- TODA ACTIVIDAD TIENE COSTO
- El cupo es limitado
- Todas las actividades se realizarán previo acuerdo y aprobación del CPP. Se evitarán cursos truncos
- Los cursos se toman de acuerdo a la disponibilidad por cupo mínimo, coincidencia de las fechas del curso con las de la estancia académica e interés de quien realiza la estancia
- No se permite que quienes

realizan la estancia brinden atención a parejas o familias, a menos que lleven a sus propios consultantes atendidos/as en Buenos Aires y paguen por ser supervisados/as en el CPP

Datos de contacto

- Nombre: Lic. María Migali
- Correo electrónico mariamigali@hotmail.com ó info@cpp.com.ar
- Dirección: Av. Libertador 6049 1ªA , Capital Federal, Argentina
- Teléfono/ Fax: (0054) 11 47731861
- Web: <http://www.cpp.com.ar/>

4. Universidad de Ciencias Empresariales (UCES)



+ *Antecedentes*

La UCES es una universidad privada fundada en 1981 en la Ciudad de Buenos Aires. En ella se imparten diferentes estudios de grado y de posgrado; entre estos últimos, se encuentra la Maestría en Estudios de Género. En la UCES, los Estudios de Género se iniciaron en el año 2000 a través del Programa de Estudios de Género y Subjetividad que integra el Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales (IAEPCIS), coordinados actualmente por la Dra. Mabel Burin y la Dra. Irene Meler, ambas terapeutas, investigadoras y autoras de diversos artículos y libros sobre género y subjetividad.



Instalaciones UCES

Dra. Irene Meler



Dra. Mabel Burin



✚ Características de la maestría

En términos generales, algunos datos relevantes de la Maestría en Estudios de Género son:

Cuadro 1. Descripción de la Maestría en Estudios de Género en la UCES	
Duración	2 años. En el primer cuatrimestre se imparte la asignatura de Género y Familia
Modalidad	Cátedra presencial
Frecuencia de las clases	Dos módulos (clases) por semana, de cuatro horas cada una
Evaluación	Presentación de un trabajo monográfico no menor a diez páginas de extensión.
Título otorgado	Magíster en Estudios de Género. Se obtendrá mediante la aprobación de todas las Asignaturas y Seminarios correspondientes al Plan de Estudios, más la aprobación y defensa de una Tesis de Maestría.

✚ Actividades a realizar en la institución en estancias académicas

Se puede participar en todas las asignaturas impartidas en los cuatrimestres de la Maestría.

Consideraciones sobre la institución

- Los grupos en la UCES son pequeños y la atención es personalizada
- El equipo de docentes es amplio, con formación y experiencia en campos diversos
- La UCES es la única institución educativa que tiene CONVENIO FORMAL con la UNAM, por lo que se tiene derecho a beca por concepto de mensualidades
- Las coordinadoras de la Maestría conocen y han colaborado en actividades con la UNAM
- En las asignaturas de la maestría se intenta abarcar la mayoría de ámbitos de la vida en donde está presente el tema de género, y son algunas de ellas son impartidas por autoras de talla internacional de investigaciones, ; libros
- Todas las actividades cursadas en la UCES tendrán UN COSTO
- No se aplica ningún descuento en el pago de inscripción a la Maestría



Aulas UCES

- Todas las actividades se realizarán previo acuerdo y aprobación con las autoridades del Programa de Posgrado de la UCES
- La asignatura de Género y familia se imparte de acuerdo a un calendario previo
- Útil para quienes deseen introducirse de manera formal en los estudios de género
- La modalidad de impartición de las asignaturas por parte de la mayoría de las docentes, tiende más a la cátedra que al intercambio grupal

Datos de contacto

- Nombre: Dra. Mabel Burin
- Correo electrónico: mburin@interserver.com.ar
- Dirección de la sucursal: Paraguay 1338, Piso 1, Buenos Aires, Argentina
- Teléfono/ Fax: (0054) 4814-9200; Int. 477, 487 y 488
- Web: <http://www.uces.edu.ar/posgrado/carreras/area-psicologia/maestria-estudios-genero/fundamentos.php>

Comentarios finales

Como mencioné en un inicio, este material fue elaborado a partir de la experiencia de realizar una estancia académica en la ciudad de Buenos Aires, por lo que está sujeta al criterio de quien observó esta experiencia.

Para quienes se interesen en cursar en alguna de las instituciones aquí citadas en la ciudad de Buenos Aires, se sugiere establecer el contacto con un año de anticipación, dados los tiempos para lograr dicho contacto y de los trámites administrativos.

La educación en las instituciones bonaerenses aquí citadas tiene un costo; difícilmente se accederá a actividades gratuitas, por lo cual, puede resultar útil solicitar apoyo económico al CONACYT en la modalidad *Sectores de interés*, a través de la cual se otorgan apoyos económicos para acudir a instancias privadas (como todas las aquí mencionadas). Es importante aclarar que esta beca consiste en un apoyo mensual sumado al apoyo regular de los estudios cursados en México, del cual el/la becario/a distribuirá sus gastos para cubrir las colegiaturas, hospedaje y alimentación, ya que en la beca otorgada por el CONACYT no se incluyen montos específicos para dichos gastos. La UNAM sí otorga apoyo al 100% por concepto de traslado ida y vuelta.

Finalmente, mencionaré que realizar una estancia académica en el extranjero me permitió “ampliar mi visión” y tener aprendizajes académicos y experiencias de vida, por lo que en ese sentido tuvo relevancia para mí realizarla, sintiéndome satisfecha con haber cursado un trimestre en el extranjero, y la mayor parte en mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México, que es rica por sus docentes, sus programas, sus estímulos, su plan de estudio, sus posibilidades de práctica, su infraestructura y su calidad académica.

Anexo 5. Producto tecnológico 2

“Promoviendo las relaciones de buen trato en las familias”

Objetivo: Promover las relaciones de buen trato dentro de la dinámica familiar a través de una revisión conceptual y ejercicios vivenciales.

Carta descriptiva

Duración del Taller: 180 minutos

Actividad	Objetivo	Descripción de Actividad	Materiales	Tiempo
Bienvenida	Promover un ambiente cálido por la participación del grupo a la actividad	Se dará la bienvenida verbalmente a los y las participantes del taller “Promoviendo las relaciones de buen trato en las familias”. Se invitará a que anoten su nombre en los personificadores que utilizarán.	Marcadores Etiquetas	5 minutos
Presentación del equipo de facilitación	Contextualizar la importancia del taller y su lógica temática	Se comentará el por qué del taller y la importancia del mismo y se presentará a los y las participantes el objetivo y el flujo temático que se abarcará en el taller, con apoyo de diapositivas	Presentación en Power Point	10 minutos
Qué quiero llevarme del taller	Revisar las expectativas grupales	Se solicitará a los/as asistentes que pasen a anotar en las hojas de papel bond pegadas en la pared sus expectativas del taller. Posteriormente se revisarán con el grupo	Marcadores Hojas de papel bond Masking tape	10 minutos
Para mí ¿qué es una familia?	Identificar el concepto de familia y las configuraciones de las familias, qué es lo que	Se solicitará a los y las participantes que viertan sus participaciones en “lluvia de ideas” sobre lo que consideran que es una familia. Posteriormente, se revisará el material	Cañón Presentación en Power Point	20 minutos

define a una familia, vínculos consanguíneos y afectivos, así como funciones que están asociadas a aspectos culturales (deber ser, expectativas)

en la presentación con diapositivas con exposición participativa.

Los malos tratos en las familias

Identificar los tipos, las frases, actitudes y comportamientos de maltrato

Se dividirá al grupo en equipos, planteando la pregunta: ¿Qué otro tipo de relaciones y tratos hay además los vínculos positivos en las familias?, ya que en existen vínculos familiares que favorecen el desarrollo y el crecimiento de sus miembros, pero que existen también otro tipo de relaciones que son poco favorables (violencia y maltrato)
Los equipos escribirán en las hojas la respuesta a la pregunta.
Posteriormente se generará una discusión de cómo los malos tratos afectan las personas y la dinámica familiar.

Papel bond
Marcadores
Masking tape

20 minutos

El Buen trato en las familias

Reflexionar sobre el concepto y ejemplos de buen trato desde la Terapia de Reencuentro vinculados al ámbito familiar

Se revisará la presentación en power point sobre lo que se considera buen trato desde la Terapia de Reencuentro propuesta por Fina Sanz. Las personas verterán ideas acerca de lo que consideran que es el buen trato y se invitará a mencionar ejemplos de conductas de buen trato en el contexto familiar

Cañón
Presentación en Power Point

20 minutos

Finalmente se preguntará al grupo cómo influyen los buenos tratos en la dinámica de las familias y su importancia y qué conductas de buen trato puedo promover en mi familia y qué cosas puedo hacer que me hagan sentir cómodo/a dentro de mi familia.

RECESO

15 minutos

Sí y no en las relaciones familiares	Ejercitar la identificación de malos tratos y buenos tratos en las relaciones familiares y el establecimiento de límites ante los mismos	Se dividirá al grupo en parejas para trabajar con tiempos determinados en dos roles: Madre- hij@ o padre/hij@. Se acordará en cada pareja quién es A y quién es B. Sin hablar, A manifestará una acción que quiera comunicar a B desde su rol; A se tomará un tiempo para sentir si quiere responder sí o no y se lo comunicará en voz alta a la otra persona, probando diferentes tonalidades de respuesta. Posteriormente se cambiarán de rol. Se comentará con la pareja la experiencia y se después se comentará con todo el grupo.	Ninguno	25 minutos
Familias afectivas y club de vida	Introducir la noción de la familia afectiva propuesta desde la Terapia de Reencuentro y su relación con el concepto de Club de vida de la Terapia Narrativa	Se revisará el concepto de familia afectiva y algunas nociones de narrativa con respecto al término club de vida, como una forma de “engrosar” el concepto de familia y fortalecer sus redes sociales de buen trato. Posteriormente se indicará a que los/as participantes cierren sus ojos unos momentos, y piensen a quién incluirían en su familia afectiva y club de vida	Cañón	25 minutos
Compromiso de buen trato para mi, en mi familia	Reflexionar sobre las aplicaciones de los contenidos del taller a su vida familiar	De forma individual, cada participante escribirá un compromiso en el que se establezcan actitudes y conductas a llevar a cabo para favorecer el buen trato a nivel individual dentro de su familia, y relacional, con los miembros de la misma, que represente un cambio mínimo, pero alcanzable A continuación, se abrirá el espacio para leerlos en voz alta al grupo	Hojas blancas Plumas	20 minutos
Qué me llevo y qué dejo	Reconocer los aprendizajes del taller y posibles modificaciones en el sistema de creencias	En ronda, cada participante dirá en voz alta la frase “lo que me llevo y lo que dejo”, completándolo con relación al proceso del taller y sus reflexiones personales	Ninguno	10 minutos



El beso. Omar Biscotti