



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**RESIGNIFICANDO LA IDENTIDAD DE CUIDADOR Y
DE AMA DE CASA ATRAVÉS DE LA TERAPIA FAMILIAR-
SISTÉMICA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

GABRIELA CERVANTES GALICIA

DIRECTORA DEL REPORTE
MTRA. CAROLINA DÍAZ-WALLS ROBLEDO

COMITÉ TUTORIAL
MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO
DRA. NAZIRA CALLEJA BELLO
MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS
MTRO. FLAVIO SIFUENTES MARTÍNEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido desarrollado con mucho esfuerzo, dedicación y amor. Gracias a mis padres Magdalena y Alberto por confiar en mí, por motivarme y enseñarme a buscar mis sueños y mis metas. Por el apoyo que me brindaron estando fuera de México, por acompañarme en ese recorrido y por su amor.

A mis hermanas Jaqueline y Barbara, y a mi hermano Alberto, por estar a mi lado, por acompañarme en algunos retos y sueños de esta formación, y por ser mis herman@s.

A mi querido Santiago y querida Valentina, quienes aprendimos a acompañarnos de otras formas durante seis meses, por su comprensión en los momentos que tenía que hacer algún trabajo y no podía jugar con ellos, por quererme tanto y motivarme a seguir construyendo con ellos.

A Diego, por acompañarme en todas las etapas de la maestría, por pasar horas sentado o a mi lado cuando tenía muchos trabajos, por escucharme y abrazarme cuando estaba cansada, por seguir conectado durante mi estancia en España.

A mi tutora Carolina, por el apoyo que siempre me brindó, por sus recomendaciones y su disposición.

A Juan, quien me ha acompañado en este camino y en otros, que a través de sus libros sigue fomentando mi desarrollo, por leerme, escucharme durante mi estancia en España, y por construir nuevas ramas conmigo.

A Luis, por todo el cariño que me ha brindado desde que nos conocimos y por acompañarme desde su lugar preferido.

A mis abuel@s, familia, amigos, y colegas especialmente a Darío y Roxanna por acompañarme en este camino de formación como terapeuta. A Onix, por construir conmigo otras formas de cuidar de este árbol.

A Silvia, por su apoyo en este proceso, que es la maestría. A mis profesor@s y comité, por todo el conocimiento que construimos juntos, por las herramientas que me proporcionaron para mi trabajo como Terapeuta, y por invitarme a no enamorarme de los paradigmas.

A Conacyt por las becas otorgadas para poder realizar la maestría y mi estancia en España.

A los consultantes por confiar en nosotr@s, por su esfuerzo y disposición en la terapia.

A mí por el esfuerzo, la tenacidad, el coraje y la valentía que tuve ante este reto. Asimismo, por seguir construyendo este proceso como terapeuta.

“El terapeuta irreverente tan sólo sugiere alguna acción que puede ser útil, introduce una idea, sin pensar que la gente tiene necesariamente que tomarla en cuenta”.

Cecchin, Lane, y Ray (1993).

De la estrategia de la no- intervención:
hacia la irreverencia en la práctica sistémica

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
<u>CAPÍTULO I. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDEN LOS CASOS PRESENTADOS</u>	<u>3</u>
1.1 Características del campo psicosocial	4
1.2 Principales problemas que representan las familias	8
1.2.1 Discriminación	8
1.2.2 Violencia	9
1.2.3 Embarazo adolescente un problema de salud pública	12
1.2.4 Enfermedades crónicas	14
1.2.5 Pobreza	15
1.2.6 Procesos demográficos	16
1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	17
1.3.1 Teoría General de Sistemas	18
1.3.2 Teoría de la comunicación humana	19
1.3.3 Cibernética de primer orden o cibernética de los sistemas observados	19
1.3.4 Cibernética de segundo orden o de los sistemas observantes	20
1.3.5 Posmodernidad y terapia familiar	21
1.3.5.1 <u>Constructivismo</u>	22
1.3.5.2 <u>Construccionismo social</u>	23
<u>CAPITULO II. MARCO TEÓRICO</u>	<u>25</u>
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	26
2.1.1 Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas (MRI)	26
2.1.2 Modelo Estructural	34
2.2 Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados	41
<u>CAPÍTULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES</u>	<u>43</u>
3.1 Habilidades clínicas terapéuticas	44
3.1.1 Casos Atendidos	46
3.1.2 Integración del caso clínico "El Cuidador"	47
3.1.2.1 <u>Marco Teórico: Miembro (s) de la familia que cuidan a otro (s) miembro (s) con alguna enfermedad</u>	48

3.1.2.2	<i><u>Descripción del proceso terapéutico caso clínico "El Cuidador"</u></i>	50
3.1.2.3	<i><u>Análisis y discusión teórico- metodológica caso clínico "El Cuidador"</u></i>	65
3.1.2.4	<i><u>Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas</u></i>	68
3.1.3	<i>Integración del caso clínico "Mujer y rol de ama de casa"</i>	70
3.1.3.1	<i><u>Marco Teórico: Trabajo doméstico en el hogar</u></i>	71
3.1.3.2	<i><u>Descripción del proceso terapéutico caso clínico "Mujer y el rol de ama de casa"</u></i>	73
3.1.3.3	<i><u>Análisis y discusión teórico- metodológica caso clínico "Mujer y el rol de ama de casa"</u></i>	81
3.1.3.4	<i><u>Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas</u></i>	82
3.2	<i>Habilidades de investigación</i>	84
3.2.1	<i>Reporte de investigaciones</i>	84
3.2.1.1	<i><u>Metodología cuantitativa</u></i>	85
3.2.1.2	<i><u>Metodología cualitativa</u></i>	98
3.3	<i>Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria</i>	118
3.3.1	<i>Productos Tecnológicos</i>	118
3.3.1.1	<i><u>Taller de inducción para los de nuevo ingreso</u></i>	118
3.3.1.2	<i><u>Manual para los alumnos que quieran realizar una movilidad en el extranjero</u></i>	120
3.3.2	<i>Programas de intervención comunitaria (conferencias, talleres, etc.)</i>	121
3.3.3	<i>Constancias de asistencia a eventos académicos</i>	121
3.3.3.1	<i><u>Asistente</u></i>	121
3.3.3.2	<i><u>Ponente</u></i>	122
3.4	<i>Habilidades de compromiso y ética profesional</i>	122
3.4.1	<i>Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional</i>	123
<u>CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES</u>		128
4.1	<i>Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas</i>	129
4.2	<i>Reflexión y análisis de la experiencia</i>	131
4.3	<i>Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo</i>	135
<u>REFERENCIAS</u>		140

RESUMEN

Este trabajo relata los diferentes procesos y transformaciones que le ocurren a un terapeuta familiar-sistémico en formación. Se hace un breve análisis del campo psicosocial de la familia y de las principales problemáticas a las que se enfrentan; con la finalidad de reflexionar de qué manera pueden estar influyendo en ellas y en nosotros los terapeutas, y a su vez como estos sistemas están influyendo en ellas. Se describe la Epistemología Familiar-Sistémica que sustenta el análisis de dos casos clínicos. El primer caso muestra la eficacia del Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema, que conceptualiza que el problema se mantiene por el tipo de soluciones intentadas para resolverlo. Asimismo, se desarrolla como eje principal el tema de cuidador de otros miembros de la familia. El segundo caso se trabajó con el Modelo Estructural que pone el acento en modificar la estructura organizacional y el funcionamiento familiar, y como hilo conductor el tema del trabajo doméstico en el hogar. También se desarrollan las competencias profesionales adquiridas en el ámbito de la investigación, que se observan en el desarrollo de una investigación de tipo cuantitativo y otra de tipo cualitativo. Asimismo, se incluyen las competencias profesionales desarrolladas en atención e intervención comunitaria, en enseñanza y difusión del conocimiento, haciendo mención de los productos tecnológicos desarrollados, de la asistencia a congresos y eventos académicos con la participación como asistente y ponente, que fortalecen la práctica profesional como terapeuta familiar. Se hace mención de las consideraciones éticas que emergen y que son imprescindibles en el campo laboral, y las implicaciones que tiene la *resistencia al cambio, las emociones del terapeuta, el terapeuta como parte o no del sistema observado* y la idea de *una verdad absoluta*; en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

Palabras claves: Terapia Familiar-Sistémica, Modelo Estructural, Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas, Persona del Terapeuta, Consideraciones Éticas.

ABSTRACT

This paper work talks about the different processes and changes that happen into a systemic family therapist in training. In this work, a brief analysis is made of the psychosocial field of the family and of the main problems they face. The purpose is reflecting about family, context and therapist may be influencing, and how they influence each other; and describes the Systemic Family Epistemology in which the analysis of two clinical cases are based. The first case shows the efficacy of the Problem-Focused Brief Therapy Model, which conceptualizes that the problem is maintained by the type of solutions attempted to solve it. Likewise, the theme of caring for other members of the family is developed as the main axis. The second case was worked with the Structural Model that emphasizes the modification of organizational structure and family functioning, and as a guiding principle the theme of domestic work in the home. Furthermore, the professional skills acquired in the field of research are developed which are observed in the development of a research of a quantitative and qualitative type. Moreover, in this paper work are the professional competences developed in community care and intervention are included, also teaching and dissemination of knowledge, mentioning technological products developed, attendance at conferences and academic events with the participation as an assistant and speaker are included, both of them strengthen professional practice as a family therapist. This paper presents the ethical considerations that emerge and are essential in the labor field, and the implications of *resistance to change, the therapist's emotions, the therapist as part of the observed system and the idea of an absolute truth*; in the therapist themselves and in their professional field of work.

Key words: Systemic Family Therapy, Structural Model, Brief Problem-Focused Therapy Model, Therapist Person, Ethical Considerations.

CAPÍTULO I.
ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA
EN LA QUE INCIDEN LOS CASOS PRESENTADOS

1.1 Características del campo psicosocial

La familia es considerada un elemento natural y uno de los pilares fundamentales de la sociedad, es la institución más antigua y resistente de todos los grupos humanos, y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2014; Programa Venezolano de Educación- Acción en Derechos Humanos [PROVEA], 2009.) A lo largo de la historia, cumple, entre otras, las funciones de crianza, educación y cuidado. Igualmente, satisface necesidades básicas como alimento, vivienda, afecto, protección, soporte emocional y económico. También, es un elemento creador y receptor de la cultura, de transmisión de valores, tradiciones y habilidades sociales al individuo y viceversa; provee identidad a cada uno de sus miembros desde los primeros años de vida (Bermúdez y Brik, 2010) y es el lugar en el cual los individuos nacen y se desarrollan.

Pero, ¿qué se ha entendido como familia? Para muchas personas e instituciones es aquella en la que hay una pareja heterosexual (hombre y mujer) e hijos biológicos, es esta familia la que la sociedad actual reconoce como familia nuclear y natural. No obstante, en la última década del siglo XX y comienzos del XXI la estructura familiar ha experimentado cambios: hogares más pequeños, matrimonios y nacimientos más tardíos, incremento del número de divorcios, de familias monoparentales, de parejas homosexuales, de familias homoparentales, de familias de diferentes orígenes étnicos, etcétera. Así mismo, se han visto afectadas por los flujos migratorios, el envejecimiento de la población, el VIH/SIDA y las consecuencias de la globalización. Además, Melgar y Lerner (2010) indican que se han presentado cambios sociales, económicos, políticos y culturales unidos a esa diversidad que han incidido en las necesidades, las expectativas, en los roles de género, en las relaciones de poder y autoridad entre generaciones y en las estructuras familiares. Debido a ello, las familias se enfrentan a diversas dificultades a la hora de cumplir con sus responsabilidades y les resulta más difícil ocuparse de los niños y de las personas mayores.

A pesar de estos cambios, en la actualidad, aún existe la creencia de un modelo único e inmutable de familia, la familia nuclear, vista como modelo ideal o tradicional, como modelo normativo de la sociedad, así como una unidad exclusiva de las intervenciones y políticas públicas; y, asociado con esto, la presencia del modelo patriarcal, en el cual se atribuye al varón el papel de proveedor único y a la mujer la total responsabilidad y casi exclusiva dedicación a las actividades domésticas y de cuidado (Melgar y Lerner, 2010).

Sin embargo, la investigación histórica y antropológica desde hace tiempo ha evidenciado una diversidad de estructuras y funciones de los grupos familiares y con ello la imposibilidad de definir a la familia independientemente del contexto espacio temporal y socio cultural en el que se encuentra inserta (Fruggeri, 2001). Desde esta perspectiva, el concepto de familia se ha modificado al surgir nuevas formas

de la misma, que empiezan a ser aceptadas progresivamente en la cultura occidental, así como en el ámbito de la legalidad. Esto da lugar a una diversidad, pluralidad y complejidad de estructuras familiares, en la que modelos ideales y tradicionales de familia sólo representan una parte de esa realidad, e invita a no hablar de un solo tipo de familia, dar una definición única o afirmar que la familia tradicional es la válida (Bermúdez y Brik, 2010; Melgar y Lerner, 2010).

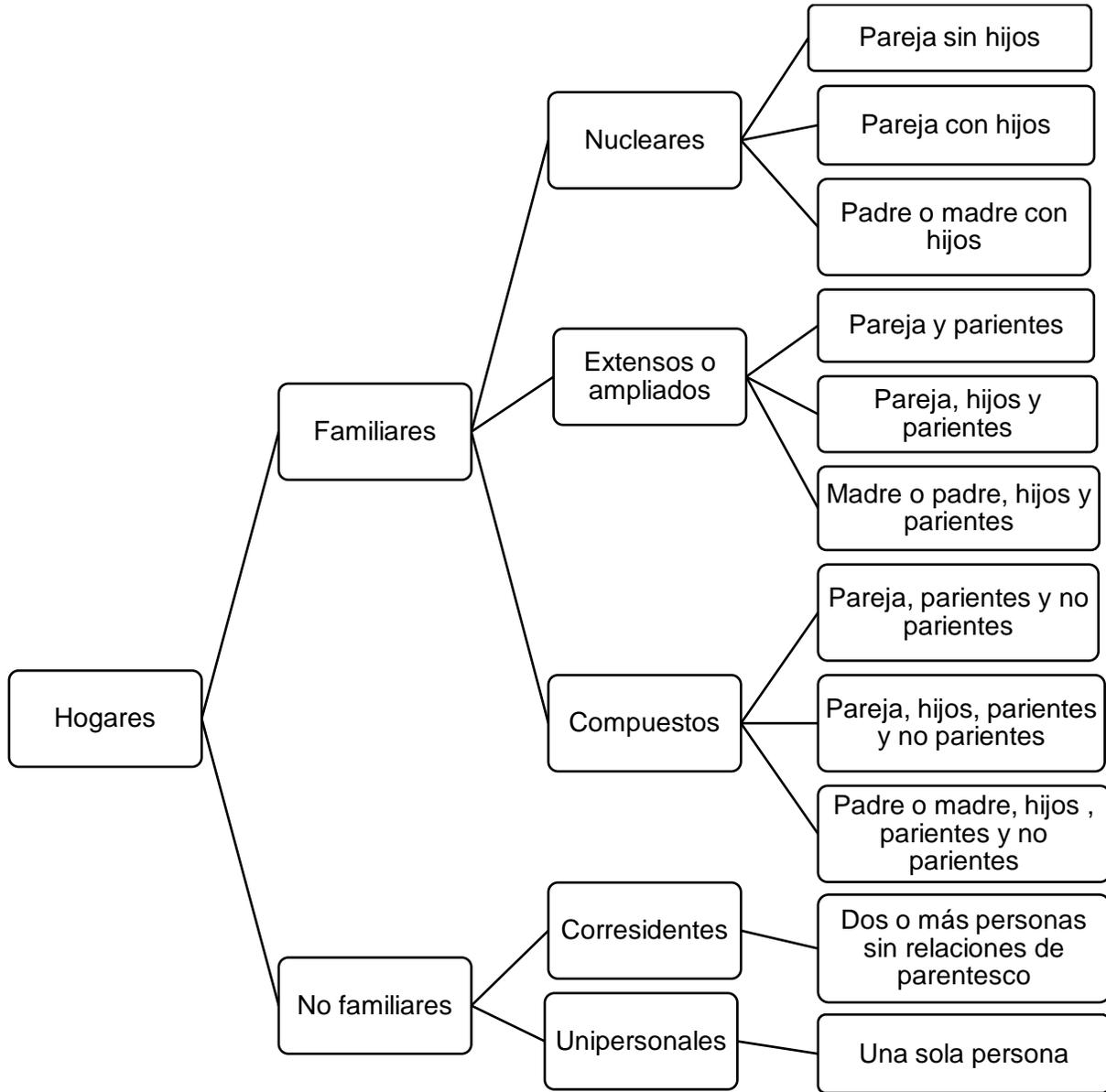
Cabe señalar, que para la sociedad conservadora entre ellos la iglesia católica y algunas corrientes terapéuticas como el psicoanálisis sólo existe un modelo familiar, el conformado por el padre, la madre y los hijos biológicos. En el VI Encuentro Mundial de las familias que tuvo lugar en la Ciudad de México, del 14 al 18 de enero de 2009, la iglesia católica recalcó que sólo existe este modelo familiar y reiteraron su oposición a la interrupción legal del embarazo, las uniones del mismo sexo, el divorcio unilateral, la unión libre (Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derecho Humanos [CLAM], 2009). Por lo que, las nuevas familias son vistas y tratadas como formas desviadas respecto aquellas tradicionales (Fruggeri, 2001).

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la familia en México (ENDIFAM, 2011) y el Censo de Población 2010, los diferentes tipos de hogares se conforman con base en las relaciones de parentesco que vinculan a los residentes habituales de la vivienda y su jefa o jefe del hogar. De esta forma los hogares se clasifican en familiares y no familiares. Los hogares de tipo familiar, están integrados por personas emparentadas con la jefa o jefe del hogar y se clasifican en hogares nucleares, extensos y compuestos. Los hogares no familiares están formados por personas que no tienen parentesco con la jefa o jefe y se agrupan en hogares unipersonales y corresidentes (véase figura 1).

Según el Censo de Población y Vivienda (2010) existen 28.2 millones de hogares mexicanos, de los cuales los hogares de tipo familiar suman 25.5 millones y en ellos residen 107.6 millones de personas. Los hogares de tipo no familiar (corresidentes y unipersonales) son 2.6 millones y en ellos residen 2.8 millones de personas. La Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) 2015 realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), reportó que en 2015 la proporción de hogares familiares nucleares fue de 70.4%, de hogares familiares monoparentales fue de 17.7%, de hogares biparentales de 57.1%, los hogares ampliados representan 26.8% y los hogares compuestos representan un 2.8%.

La ENDIFAM 2011, reportó que los hogares unipersonales habían disminuido 3.6 puntos porcentuales en relación a lo observado en 2005, en el que se reportó un aumento con respecto a 1990 (6.7 a 9.7%). Cabe resaltar que la ENH (2015) reportó un aumento de este tipo de hogares, 9.1%. Este cambio puede explicarse por los procesos de individuación de las personas, en las que por decisión o necesidad ya no viven en familia, y que se vuelve un fenómeno cada vez más frecuente en la población joven que posterga la decisión de unirse (Arriagada, 2010). Por último, los hogares corresidentes representan 1 de cada 100 a nivel nacional (0.6%) y continúan representando la minoría.

Figura 1. Clasificación de los hogares en México (Censo de Población y Vivienda 2010; ENDIFAM 2011)



Por otra parte, del total de los hogares mexicanos, el 21.2 son encabezados por un hombre y 6.9 millones por una mujer. Esto quiere decir que de cada cuatro hogares que hay en el país, uno está a cargo de una mujer. En el año 2000 la proporción de hogares con jefatura femenina fue de 20.6%, esto es uno de cada cinco hogares; es importante señalar que en todas las entidades federativas se incrementó la proporción de estos hogares. Los mayores porcentajes de hogares con una mujer al frente corresponden al Distrito Federal, con 31.4%; Morelos 27.4% y Guerrero 26.9%. En contraste, los estados con menores porcentajes son Nuevo León, con 19.5%, seguido por Chiapas, con 20.2% y Coahuila 20.9 por ciento. Cabe resaltar que

24 estados de la Republica registran porcentajes de 23% o más de hogares encabezados por una mujer (Censo de Población y Vivienda, 2010).

Arriagada (2010), señala que los cambios en la estructura y funcionamiento familiar en México y América Latina son producto de los cambios demográficos, sociales, económicos, culturales y legislativos. Entre estas cuestiones, está la incorporación de las mujeres al mercado laboral, el descenso de los niveles de fecundidad, la disminución en la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, y la emigración internacional, tanto de hombres como de mujeres.

Además, la transformación demográfica y la de la organización familiar han ocasionado el ingreso de las mujeres al mercado laboral y en algunos casos han tenido que asumir la función de proveedoras únicas, las crisis económicas y los cambios en los patrones de consumo las han llevado a desempeñar un papel más importante en el sustento económico familiar. El ingreso de las mujeres al mundo laboral ha implicado transformaciones culturales y subjetivas que han sido nombradas, por su alcance, “la revolución silenciosa”. Lo cual ha traído como consecuencia que las mujeres trabajen más horas que el hombre, ya que, adicionalmente a su trabajo fuera de casa, realizan gran parte de las tareas de crianza, educación de los hijos y labores domésticas (Arriagada 2010; Bermúdez y Brik, 2010), que se explica en la predominancia de modelos patriarcales.

En México, el tamaño de la familia se ha reducido con la postergación de la primera unión, el declive de los números de hijos y el mayor esparcimiento entre ellos, de forma que, en la actualidad, son menos los hijos por hogar y la diferencia de edades entre ellos es mayor (Arriagada, 2010). De acuerdo, con los Censos de Población y Vivienda de 2000 y 2010, se observa en los jóvenes de 20 a 29 años de edad una disminución en la cantidad de matrimonios; en diez años pasaron de 40% al 27.9 % (Pliego, 2013).

Para finalizar es importante reflexionar sobre las limitaciones que puede tener el reconocer un solo tipo de familia (la familiar nuclear) o hablar de hogares familiares y no familiares, pues no permite reconocer la diversidad de familias (familias homosexuales, monoparentales, recompuestas, la creada artificialmente por técnicas de reproducción, las familias donde las personas no tienen lazos consanguíneos, las familias donde existe más de un miembro cumpliendo roles parentales, etcétera) y los cambios que estas han sufrido por cambios demográficos, económicos, culturales, religiosos, étnicos, entre otros, así como los retos que enfrentan en un contexto de crisis económica, pobreza y violencia o los eventos críticos y los procesos de transición a los que cada familia se enfrenta. Por lo que, las familias más que ser algo natural, son producto de la evolución histórica y cultural de las distintas sociedades.

En el caso de los terapeutas, sobre todo los terapeutas familiares, son los que tienen mayor riesgo de utilizar la lógica de la desviación o déficit al enfrentar las problemáticas de las nuevas familias (Fruggeri, 2001). Debido a lo cual, es importante que los terapeutas familiares reflexionen acerca de qué es para ellos

familia y cómo es que la epistemología o sus modelos de intervención definen a la familia y abordan los cambios, retos y/o problemas a los que estas se enfrentan. Así mismo, las personas que se dedican a la investigación con familias, es transcendental que reflexionen sobre los modelos de análisis que emplean y las preguntas de investigación que se plantean. Ya que tanto terapeutas como investigadores corren el riesgo de encasillar la diversidad como patología y limitar las posibilidades de afrontamiento y los recursos de las familias.

Además, el considerar como modelo único a la familia nuclear, conlleva que otros tipos de familias se consideren incompletas o se vivan en la permanente búsqueda de una familia nuclear, que no sean consideradas como un tipo de familia e incluidas en las estadísticas, o sean vistas como un problema, como es el caso de las familias homoparentales, o en el caso de lo que hasta hoy, se ha considerado como hogares no familiares, que son percibidos como individuos sin ningún parentesco o vínculo, minimizando los recursos que pudiera aportar este tipo de configuración familiar por la idea de una familia nuclear.

Otra consecuencia, es que las personas que han crecido en este tipo configuraciones, nunca se sientan como parte de una familia, aunque estas cubran las funciones que se han considerado que cumple una familia como son cuidado, protección, amor, crianza, educación, soporte emocional y económico, transmisión de valores, tradiciones y habilidades, proveer de identidad a cada uno de sus miembros, u otras funciones que no necesariamente sean parte de las que se han identificado que cumplen las familias.

Por lo anterior, es importante hacer este análisis de la familia no solamente basado en una perspectiva normativa, que parte del supuesto de la existencia de un modelo familiar, sino desde una perspectiva pluralista que tiene sus raíces en el modelo de la diferencia y alude a una multiplicidad de modelos familiares.

1.2 Principales problemas que representan las familias

Las familias mexicanas, así como están experimentando una serie de transformaciones en las relaciones familiares, también están expuestas a una serie de problemáticas. A continuación, se mencionan algunas de estas.

1.2.1 Discriminación

La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) 2010 define la discriminación como aquella que niega el ejercicio igualitario de libertades, derechos y oportunidades a cualquier individuo, lo excluye y lo pone en desventaja para desarrollar de forma plena su vida, asimismo, la coloca en una situación de alta vulnerabilidad. Esto tiene como consecuencia que quienes la padecen sean susceptibles a

ver violados sus derechos y a la negación de oportunidades de desarrollo. Actualmente se considera que existe discriminación por motivos de preferencia sexual, orientación sexual o identidad de género. Además, este tipo de discriminación se ve agravada por la discriminación basada en otras causas como el género, la raza, la edad, la religión, la discapacidad, el estado de salud y la condición económica.

El reporte sobre discriminación en México 2012, que elaboró la Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y el Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE) muestra que la sociedad mexicana es profundamente discriminatoria por razones históricas y culturales; y que el sistema político y las tradiciones de la mayoría social siguen marginando, y, en ocasiones, excluyendo con una violencia sistemática, a veces sutil o a veces brutal. En el estudio se identificaron once grupos sociales víctimas de discriminación: mujeres, ancianos, jóvenes, niños (as), indígenas, homosexuales y miembros de la comunidad LGBTTI, enfermos y discapacitados, extranjeros migrantes, creyentes no católicos (Linares, 2016).

En la ENADIS 2010, realizada por la CONAPRED y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, se encontró que cuatro de cada diez mexicanas y mexicanos no estarían dispuestos a permitir que en su casa vivieran personas homosexuales. Y tres de cada diez afirman lo mismo en el caso de personas que viven con VIH/SIDA. También se reportó que una de cada dos personas lesbianas, homosexuales o bisexuales considera que el principal problema que enfrenta es la discriminación, seguida de la falta de aceptación, las críticas y burlas. En el ámbito de la salud, las mujeres lesbianas informaron percibir mayor intolerancia en los servicios de salud que los hombres homosexuales. Estos datos reportados son importantes ya que para el año 2014 se tienen registrados 1,687 uniones entre personas del mismo sexo en México, según datos del INEGI (Deydén, 2016).

La discriminación o desigualdad de trato social comienza desde el lenguaje: chistes y burlas, atraviesa las instituciones de educación, de salud, por la procuración de justicia, el ámbito laboral, la libertad de expresión y el acceso a los medios de comunicación, la apariencia y la vestimenta en la calle, la alimentación, las costumbres y rituales sociales que se refuerzan en los espacios públicos. La discriminación se agrava porque muchas de las instituciones sociales y políticas no sólo la combaten, sino que la refuerzan, la validan y la imponen. Por lo cual, la discriminación se convierte en uno de los principales obstáculos para el desarrollo económico, social, político, así como para garantizar el desarrollo de oportunidades y bienestar para todos en México (Linares, 2016).

1.2.2 Violencia

La violencia de género es todo acto de ejercicio de poder asimétrico que tiene como finalidad someter, controlar, humillar, golpear, amenazar, intimidar, a otra persona o grupo de personas, a fin de

obtener un beneficio personal (Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, [INMUJERES], 2012). Tanto mujeres como hombres pueden convertirse en víctimas y/o agresores de violencia; pero es la mujer quien constantemente la padece, se presenta en todos los ámbitos (públicos y privados) y por parte de agresores diversos, desde la pareja, familiares hasta desconocidos.

La violencia contra la mujer es a la vez universal y particular. Es universal, porque no hay ninguna región del mundo, ningún país y ninguna cultura en que se haya logrado que las mujeres estén libres de violencia. Trasciende las culturas, las razas, las clases y las religiones, lo que indica que sus raíces se encuentran en el patriarcado (Observatorio Ciudadano Nacional del Femicidio [OCNF] 2010), en la dominación sistemática de las mujeres por los hombres, en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres y los estereotipos de género.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que entró en vigor el 8 de marzo de 2008, señala que la violencia puede presentarse de diferentes formas. De acuerdo con los medios que utilizan los agresores y los daños que producen, se clasifican en seis tipos de violencia (véase figura 2), así mismo adquiere diversas modalidades, de acuerdo a los lugares (públicos o privados) donde ocurre, encontrando cuatro modalidades de violencia (véase figura 3).

Figura 2. Tipos de violencia de género

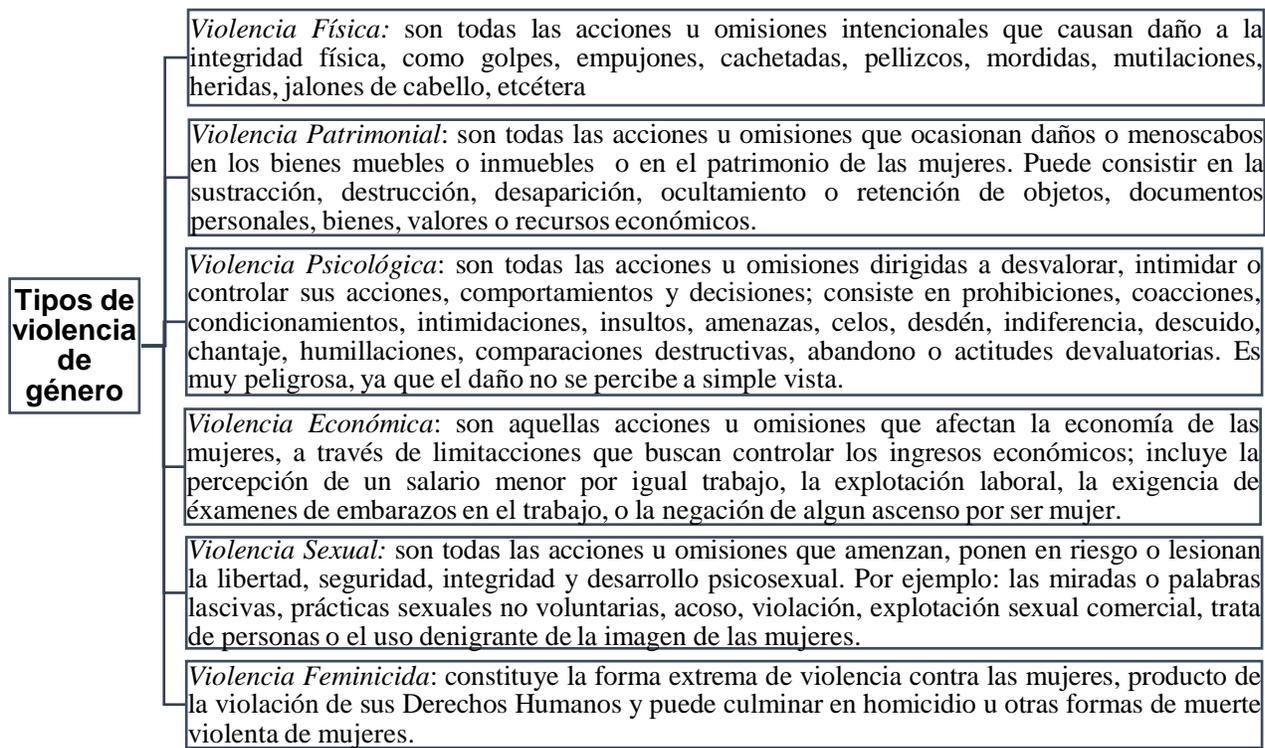
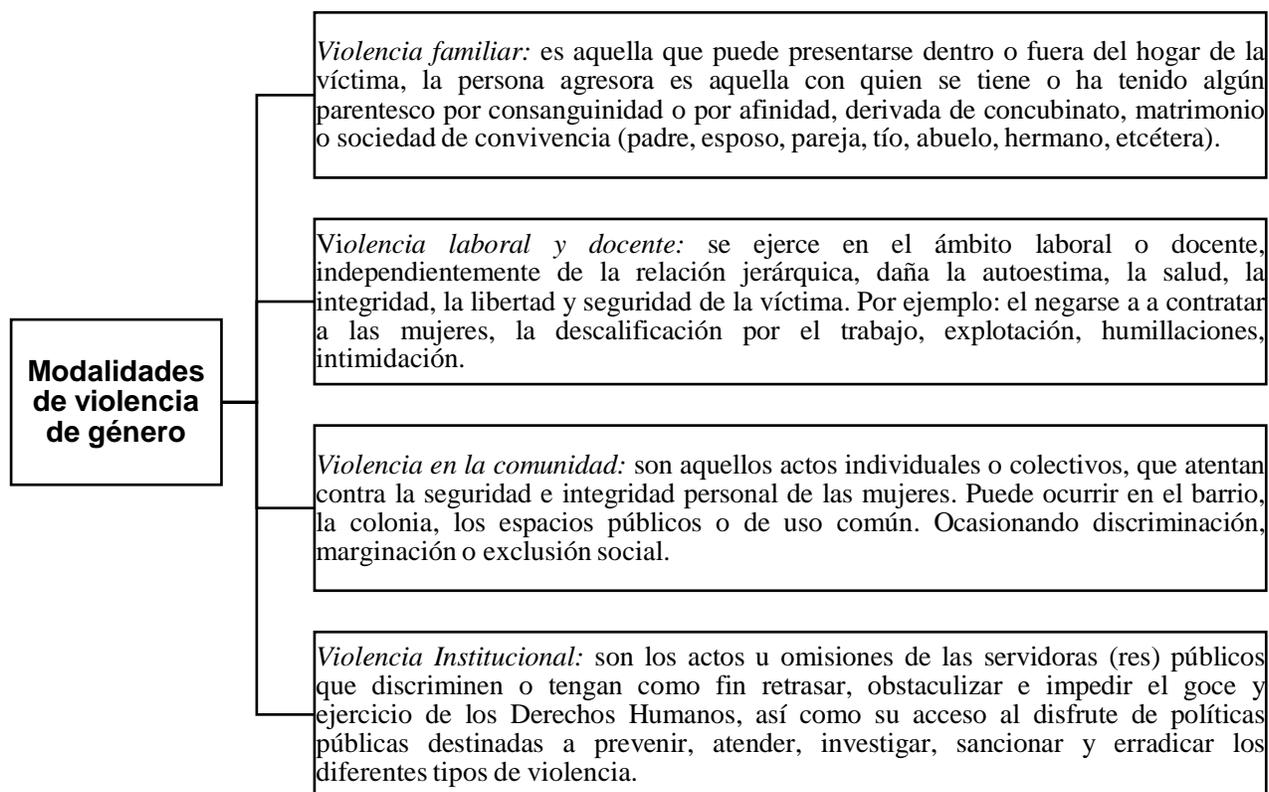


Figura 3. Modalidades de violencia de género



La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011) reportó que, de un total de 24,566,381 mujeres casadas o unidas de 15 y más años en el ámbito nacional, 11,018,415 (42.4%) han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal, esto indica un alto índice de violencia de género, al representar cerca de la mitad de las entrevistadas. En el país 56.4% de las mujeres casadas o unidas han vivido algún episodio de violencia económica. El 25.8% de las mujeres casadas o unidas han sido agredidas físicamente por su pareja a lo largo de su relación. El 89.2% de las mujeres casadas o unidas han sufrido violencia psicológica o emocional. El 11.7% han vivido agresiones sexuales. Como se puede ver, el tipo de violencia que más se presenta es la psicológica.

Siguiendo con las estadísticas de la ENDIREH, las mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja, 8.1% han pensado en quitarse la vida, y de ellas 38.8% lo han intentado por lo menos en una ocasión. También se desprende que el 16.2% de las mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja han sufrido agresiones de extrema gravedad, en cuyos hogares posiblemente este tipo de hechos crean un entorno tóxico y sus efectos alcanzan a los hijos y a familiares cercanos. Cabe resaltar, que la proporción de mujeres que no presentan denuncia es muy alto y las razones son diversas: 76.8% dicen que el hecho no tuvo importancia

o consideran que él no va a cambiar; el 9.3% porque él les dijo que iba a cambiar o porque piensan que su pareja tiene derecho de reprimirlas; 6.8% comentan que no lo hacen por vergüenza o para que su familia no se entere, el 6.2% por miedo, porque su pareja las amenazó, el 10.1% por sus hijos o porque la familia las convenció de no hacerlo. Es sustancial aclarar que de acuerdo con las estadísticas parece ser que la violencia de cualquier tipo, son hechos aislados, pero en realidad, suelen ser patrones de comportamiento.

Otro tipo de violencia contra las mujeres es el feminicidio, que ha sido de interés académico, periodístico y jurídico en los últimos años, de donde se ha derivado información estadística que permite constatar que se trata de un fenómeno extendido y que en su forma más extrema provoca la muerte de miles de mujeres en el país. El Informe de la Comisión Nacional para Conocer y Dar Seguimiento a las Investigaciones relacionadas con los Feminicidios en la República Mexicana y la Procuraduría de Justicia, publicado en 2006, documentó que, en los seis años previos al estudio, de 2000 a 2005, se habían cometido más de 6 mil homicidios contra las mujeres en 10 entidades de la República Mexicana. Esto deja claro que el feminicidio no es un problema de Ciudad Juárez sino de nivel nacional. Otros datos obtenidos por el Observatorio Ciudadano Nacional del Feminicidio, en una investigación sobre la violencia feminicida en el país. Reportó que entre 2007 y 2008 el asesinato de 1,221 mujeres en 13 estados de la República: Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Distrito Federal, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Tlaxcala, Tabasco y Yucatán. A pesar de los avances en materia legislativa para enfrentar el feminicidio no han podido llevarse a la práctica por los obstáculos que se presentan en el momento de la aplicación de la normatividad y las políticas públicas creadas con este propósito, y por las grandes deficiencias del sistema de justicia mexicano, mientras dicha violencia sigue cobrando la vida de cientos de mujeres y niñas en el país (OCNF, 2010).

1.2.3 Embarazo adolescente un problema de salud pública

En México el embarazo adolescente es un problema de salud pública, que forma parte de la agenda pública en materia de salud y educación, debido a que su incidencia va en aumento y México ocupa el primer lugar entre las naciones que forman parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Romero, 2016).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), reportó que la tasa de fecundidad en 2011 en mujeres de 12 a 19 años de edad fue de 37 nacimientos por cada 1000 mujeres, superior a la observada en 2005 en la ENSANUT 2006 de 30 nacimientos por cada 1000 mujeres. Por su parte, el censo de 2010 que llevó a cabo el INEGI consideró que cada uno de seis nacimientos acontece en jóvenes de 15 a 19 años (16.1%) siendo el Estado de México, Chiapas, Veracruz, Jalisco y Puebla, los estados con mayor concentración de adolescentes en condiciones de maternidad.

El embarazo adolescente trae consigo graves consecuencias a nivel familiar, escolar, personal, social, de salud y en las adolescentes embarazadas y sus hijos. Una de las consecuencias del embarazo adolescente es la deserción escolar; es común que las adolescentes que estudian y resultan embarazadas interrumpan sus estudios, y posteriormente sólo algunas regresan a la escuela. Lo que implica que la adolescente al no concluir sus estudios tenga un nivel de escolaridad muy bajo que frena su desarrollo académico y limita sus oportunidades de trabajo, obstaculizando la posibilidad de que acceda a un trabajo digno que le permita satisfacer sus necesidades básicas y las de su hijo. Junto con ello, la posibilidad de superar la pobreza en las que algunas viven, de tener mejores condiciones de vida y un proyecto de vida. Esta situación se agrava por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de las adolescentes, pues generalmente la pareja es un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, generando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre adolescente y el niño (Molina, Ferrada, Pérez, Cid, Casanueva y García, 2004). Otro hecho que puede presentarse es que la madre adolescente pronto vuelva a embarazarse por segunda vez.

Otra de las consecuencias, es el hecho de asumir responsabilidades en momentos inadecuados y actitudes propias de la adolescencia frente a la maternidad, ya que puede ocasionar desequilibrios y crisis físicas, emocionales o sociales. También tiene repercusiones en la salud de la adolescente y de su hijo, no sólo porque un embarazo temprano es considerado de alto riesgo, sino porque la mayoría de ellas, por tratar de ocultarlo prácticamente no tienen un seguimiento prenatal, disminuyendo así la posibilidad de aplicar estrategias preventivas para evitar complicaciones. Por ejemplo, el retraso para identificar infecciones urinarias o cervicovaginales que propicia partos pré-término con la subsiguiente morbilidad y mortalidad materna y perinatal; mayor probabilidad de presentar preclamsia, eclampsia, hemorragias en el parto, nacimientos vía cesárea y bajo peso al nacer (Romero, 2016). Datos estadísticos señalan que 86.2% de las adolescentes solo acudió al Centro de Salud en el primer trimestre de su embarazo, pero la gran mayoría, que representa el 89.7% solo acudió a una cita para el control prenatal y una proporción muy reducida, de 3.0%, fue a dos o más. También se reporta que el 77% de las jóvenes tiene alto riesgo de tener bebés con bajo peso al nacer, y que la primera causa de muerte materna, es la preclamsia, que afecta 8.6% de los casos (El Universal, 2016).

Para la Organización Mundial de la Salud es prioritario que se tomen medidas para reducir el embarazo adolescente, por ello recomienda la promoción de prácticas saludables de los adolescentes y medidas preventivas para protegerlos de los riesgos para su salud. Esto con la finalidad de prevenir consecuencias en edades adultas y mayores gastos en materia de salud (Secretaría de Educación Pública (SEP, 2012).

1.2.4 Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud por diversos factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la causa más frecuente de incapacidad prematura, la complejidad y el costo elevado en su tratamiento. Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población, así como factores genéticos. Entre las enfermedades encontramos la diabetes, enfermedades cardiovasculares y vascular cerebral. La evolución de éstas puede modificarse con acciones que cambian el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Entre estas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico (Córdova- Villalobos, Barrigueté- Meléndez, Lara- Esqueda, Barrquera, Rosas- Peralta, Hernández- Ávila y Aguilar- Salinas 2008).

En la ENSANUT (2012) se estima que en México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico. De estos mexicanos que han sido diagnosticados y que se encuentran en tratamiento, 5.7 millones mantiene controlado su padecimiento.

En cuanto a la diabetes, de los 6.4 millones de adultos que han recibido diagnóstico por el médico y reciben tratamiento, el 25% tiene un adecuado control metabólico. Para ese mismo año, 26 millones de adultos presentaban sobrepeso y 22 millones, obesidad. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad se presenta en uno de cada cuatro niños (26%), mientras que uno de cada tres adolescentes la padecen (31%). Ambos padecimientos han aumentado en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos, lo que ha ocasionado que nuestro país ocupe el primer lugar en obesidad infantil y en adultos.

Las enfermedades crónicas no solo implican un reto en el sistema de salud, sino para la familia y el miembro que la padece, pues crea circunstancias especiales que conllevan a realizar cambios en la organización y funcionamiento familiar. También pueden generar crisis y en algunas ocasiones una ruptura del sistema familiar. Además, los cuidados involucran tanto a los profesionales de la salud y a los familiares.

El efecto social será creciente, ya que afecta a individuos en edades productivas y presenta costos elevados para el sector salud, contribuyendo a la acentuación de la pobreza. Por lo anterior, las acciones del gobierno deben estar enfocadas a la prevención de nuevos casos y a la disminución de la incidencia de las complicaciones en los casos afectados. Por ejemplo, en el año 2000 la diabetes costó 15,118 millones de dólares al país. El costo directo de su tratamiento fue de 1,974 millones de dólares. Se utilizaron 1,1008 millones en el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. Cabe señalar, que el mayor porcentaje de los recursos se destinó para las complicaciones crónicas o los costos indirectos

derivados de la incapacidad prematura y la mortalidad (Córdova- Villalobos et al. 2008). La diabetes mellitus es la primera causa de mortalidad en México, en segundo lugar, las enfermedades isquémicas del corazón, en tercero las cerebrovasculares y en cuarto las crónicas del hígado (Universia México, 2014).

Por lo que, es vital que la prevención y el control de dichas enfermedades sea una prioridad, se fundamente en procesos educativos para entender los padecimientos, se trabaje en conjunto con diferentes especialistas, el paciente, la familia y la comunidad, se incorporen cambios en los estilos de vida de las personas y un tratamiento farmacológico. Igualmente, la información sobre un estilo de vida saludable debe distribuirse por los medios de comunicación, enfocado entre otras cosas, en la práctica regular de ejercicio y la selección correcta de los alimentos; no basta con informar sobre los riesgos de la obesidad y la diabetes para modificar y crear nuevos hábitos.

1.2.5 Pobreza

Por pobreza se entiende la carencia de, o la incapacidad de acceder a un estándar de vida aceptable socialmente (Minor, 2016). De acuerdo, con la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) la medición de la pobreza y la pobreza extrema incluye dos rubros:

1. El ingreso de los hogares: se utiliza para identificar el bienestar económico, para ello se define la Línea de Bienestar Económico (LBE) y la Línea de Bienestar Mínimo (LBM). Para febrero de 2015, en el bienestar mínimo o línea de bienestar mínimo el ingreso mensual por integrante de familia es de 1268.05 pesos, en el entorno urbano, y de 887.58, en el rural y la línea de bienestar económica es de 2,609.71 pesos (urbano) y 1,661.54 (rural). Entre 2012 y 2014, el ingreso total promedio trimestral por hogar se redujo 3.5 entre, es decir, el poder de compra de las familias promedio se redujo (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2005, 2015).

2. Las carencias sociales: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos en la vivienda, acceso a la alimentación y de cohesión social. El número de carencias promedio de la población mexicana en pobreza se redujo entre 2012 y 2014 de 2.4 a 2.3. Las carencias promedio de la pobreza extrema bajaron de 3.7 a 3.6.

Se considera que una persona se encuentra en pobreza si tiene al menos una carencia social y además un ingreso menor al costo de las necesidades básicas (línea de Bienestar Económico). Por otro parte, se considera que una persona se encuentra en pobreza extrema cuando presenta tres o más carencias sociales y su ingreso es menor al valor de la canasta alimentaria o Línea de Bienestar Mínimo (CONEVAL, 2015)

México es uno de los tres países, junto con Guatemala y Venezuela, en donde más ha crecido la pobreza. De acuerdo, con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), entre 2014 y 2015 la pobreza aumentó sensiblemente. Entre 2012 y 2014 la pobreza avanzó de 51.6% a 53.2%, al mismo

tiempo, la pobreza extrema se redujo, al pasar de 9.8% en 2012 a 9.5% en 2014. Alicia Bárcena, secretaria ejecutiva de la Organización de Naciones Unidas (ONU) explicó que el aumento de la pobreza en México es algo más estructural que coyuntural, debido a la erosión de los salarios mínimos (el salario mínimo está por debajo de la línea de la pobreza) y a una alta tasa de natalidad entre la población marginada. Asimismo, programas como Prospera no compensan los bajos ingresos de los pobres e indigentes (Vicenteño y Gazcón, 2016).

Respecto a la dimensión de las carencias, entre 2012 y 2014 se observó lo siguiente: el rezago educativo se redujo de 19.2% a 18.7%, lo que significa que pasó de 22.6 a 22.4 millones de personas. La carencia por acceso a los servicios de salud bajó de 21.5% a 18.2%, porcentaje que equivale a una reducción de 25.3 a 21.8 millones de personas. La carencia por acceso a la seguridad social bajó de 61.2% a 58.5%, lo que se traduce en una reducción de 71.8 a 70.1 millones de personas. La carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda se mantuvo sin cambio (21.2), aunque por el aumento poblacional paso de 24.9 a 25.4 millones de personas. Por último, la carencia por acceso a la alimentación pasó de 23.3% a 24.4%, es decir de 27.4 a 28 millones de personas.

1.2.6 Procesos demográficos

México ha experimentado cambios en sus procesos demográficos. En 1960 la natalidad se ubicó en 46 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que para el 2000 descendió a 21 nacimientos. Se espera que en las próximas cinco décadas la natalidad continúe descendiendo hasta alcanzar 11 nacimientos por cada mil habitantes en 2050. Por otro lado, la mortalidad tuvo un descenso en los años 30, mismo que se siguió reportando para 2006, 5.0 defunciones por cada mil habitantes, se espera que aumente hasta 10.4 en 2050. El aumento en la tasa de mortalidad a partir de 2007 se debió al incremento relativo de la población de adultos mayores, que trae consigo un mayor número de defunciones, aunque continuarán las ganancias en la esperanza de vida (El envejecimiento de la población en México. Transición demográfica de México, 2005).

La vida media de los mexicanos se duplicó en la segunda mitad del siglo XX, al pasar de 36 años en 1950 a 74 años en 2000. Se espera que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar 80 años en 2050. La vida media de las mujeres es más alta que la de los hombres. La esperanza de vida de las mujeres en 2005, fue 77.9 años y la de los hombres 73 años, cifras que se incrementarán a 83.6 y 79 años, respectivamente, en 2050.

Se prevé que la pirámide de la población en México pierda su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir una forma rectangular abultada en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas. La estructura por edades en 1970, daba cuenta del predominio de la población infantil. En ese

año, cerca de 50% de la población tenía menos de quince años de edad. Para el año 2000 la pirámide era abultada en el centro ya que reflejaba un aumento de personas en edades jóvenes y laborales, y una base más estrecha, resultado de la disminución de la población entre 0 a 4 años de edad. Para ese año, sólo una tercera parte de la población tenía menos de 15 años de edad y cerca de 60% tenía entre 15 y 59 años. Sin embargo, la pirámide seguirá transformándose, pues en las próximas décadas, la base de ésta seguirá reduciéndose, por lo que la población infantil será menos numerosa, y la parte superior se engrosará debido a que la población de adultos mayores se incrementará. En 2000 la proporción fue aproximadamente 7%, se estima que este porcentaje se incremente a 12.5% en 2020 y a 2.8% en 2050. Junto con ello, el bono demográfico o ventana demográfica de oportunidades, período en que la población en edad de trabajar es mayor que la población dependiente (CELADE- División de Población de la CEPAL, 2012; Vicenteño y Gazcón, 2016), seguirá vigente durante el período 2005 a 2030, cuando el índice de dependencia total será menor a 60 personas en edades dependientes por cada cien en edad laboral, que trae consigo la posibilidad de un aumento en las tasas de crecimiento económico y los niveles de bienestar de la población. Pero, con el incremento pronunciado de la población adulta mayor se cerrará esta ventana demográfica.

Este proceso de envejecimiento en la población mexicana implicará una gama de transformaciones en las demandas sociales, así como la reestructuración y reorganización de muchas instituciones, las cuales deberán responder a las necesidades sociales de empleo, vivienda, educación y salud asociadas a una estructura por edad que dejó de ser predominantemente joven para transformarse en una sociedad envejecida. También implicará una mayor demanda de servicios de salud y los padecimientos de la población en edades avanzadas tenderán a concentrarse en enfermedades crónico-degenerativas (El envejecimiento de la población en México, 2005).

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

El campo de la salud mental se ha basado en un modelo tradicional donde el terapeuta se centra en el individuo, aislado de su contexto, llegando a concebir al individuo como el asiento de la patología. Se considera que una modificación cognitiva-afectiva y la exploración del pasado permiten la resolución del problema. Además, se basa en la concepción empírica del conocimiento, en el cual sólo por medio de la observación se comprueba que se sabe lo que se pretende saber, y se busca encontrar una única verdad acerca de las personas, localizar “el problema real” y “las causas que originan el malestar, así como la cura. De lo anterior se desprende, que la realidad tiene una única mirada posible, realidad que es externa y

autónoma, la cual debe descubrirse a través de un método riguroso y estricto (Perdomo, 2002). Por tanto, hay un anhelo de que las personas tengan un comportamiento “normal”.

La terapia familiar sistémica, al igual que los paradigmas asociados a ella, han revolucionado el área de la salud mental, redefiniendo conceptos como resistencia, cambio y sintomaticidad, así como la propia terapia. Dentro de esta revolución se encuentran los trabajos de Jay Haley, Paul Watzlawick, Milton Erickson, de Mara Selvini Palazzoli, el grupo de Milán (Papp, 1988), De Shazer, Bill O'Hanlon, Michael White y David Epston, entre otros más.

Desde esta perspectiva se considera al individuo en contexto, esto es, siempre relacionado con su medio. Las personas forman parte de sistemas más amplios por los que es determinado y a los cuales determina simultáneamente y recíprocamente. Por ende, un cambio en el contexto va a influir a los miembros del mismo y que, cuando un individuo genera un cambio, éste influye en el sistema total (Berger, 2008).

Esta revolución en la terapia familiar estuvo influenciada por la Teoría General de Sistemas, la Cibernética de primer y segundo orden, la Teoría de la comunicación humana y las aportaciones de Gregory Bateson, y por conceptos del posmodernismo que son la base epistemológica de los enfoques posmodernos en Terapia Familiar.

1.3.1 Teoría General de Sistemas

La teoría General de Sistemas fue desarrollada por Bertalanffy en 1968, con la finalidad de dar explicación a los principios sobre la organización de muchos fenómenos naturales, para ello describió y formuló los principios básicos para un sistema. Haciendo referencia al sistema como una serie de elementos interrelacionados con un objetivo común, que se afectan unos a otros y la característica que los une es la composición que tienen, es decir, la totalidad, la cual no es sólo la suma de sus partes, sino también la relación entre ellas, asimismo, cada elemento tiene una función e interactúan entre ellos. Los principios de esta teoría son:

- **Totalidad:** el sistema trasciende las características individuales de sus miembros.
- **Sinergia:** todo cambio en alguna de las partes afecta a todas las demás y en ocasiones al sistema.
- **Equipotencialidad:** permite a las partes restantes asumir las funciones de las partes extinguidas.
- **Equifinidialidad:** un sistema puede alcanzar el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos.
- Los sistemas tienen niveles de organización llamados subsistemas.
- Un sistema puede ser abierto si interactúa con su medio y es susceptible al cambio, o cerrado cuando no interactúa con su medio y permanece estático.

- Cualquier sistema tiene límites físicos y relacionales.
- Los sistemas son capaces de autorregularse por retroalimentación (homeostasis y morfogénesis).
- Todo sistema pertenece a sistemas mayores llamados suprasistemas.
- Los organismos son sistemas activos y abiertos que cambian y crecen.

1.3.2 Teoría de la comunicación humana

Watzlawick, Beavin, y Jackson (1981) propusieron la teoría de la comunicación humana desde el punto de vista de la conducta, es decir, se interesaron en el aspecto pragmático de la comunicación humana, concluyendo que toda conducta es comunicación. Estos autores propusieron cinco axiomas comunicacionales:

Primer axioma: es imposible no comunicarse, por lo que todo comportamiento de un individuo tiene un valor de mensaje para los demás.

Segundo axioma: en toda comunicación se distingue entre aspectos de contenido y aspectos relacionales.

Tercer axioma: toda interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes

Cuarto axioma: la comunicación implica dos modalidades: la digital (lo que se dice) y la analógica (cómo se dice).

Quinto axioma establece que toda relación de comunicación es simétrica y complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia de las personas que participan en ella.

1.3.3 Cibernética de primer orden o cibernética de los sistemas observados

La cibernética se nutrió de la ingeniería de la comunicación, de las ciencias de la automatización y de la computación como un esfuerzo por establecer los principios generales de regulación de todo tipo de sistemas. Esta primera cibernética tiene dos momentos, el primer momento, la cibernética de primer orden fue explicada a través de la Segunda ley de la termodinámica, la cual postulaba que la energía de un sistema no se transforma en trabajo, sino que se gasta y lo lleva a una dispersión de energía, de desorden y de entropía, y a los procesos de revertirla, la negentropía. Esta primera cibernética considera la negentropía como principio ordenador, por lo que se centra en los procesos de corrección de la desviación, es decir, en la retroalimentación negativa, postulando cómo los sistemas operan para mantener su organización y neutralizar la desviación, para lograr la homeostasis (Sluzki, 1987). Entonces los trabajos en el campo de la

terapia familiar se basaban en este principio ordenador destinado a reestablecer el orden y la estructura para alcanzar el equilibrio.

El segundo momento llamado la segunda cibernética de primer orden. Al contrario de la primera cibernética que estaba enfocada en mantener el equilibrio y orden, ésta se centra en los procesos de amplificación de la desviación, la retroalimentación positiva y los procesos de cambio. Magoroh Maruyama explica que la supervivencia de cualquier sistema vivo o que se mantenga a sí mismo depende de dos procesos: el primero la morfostasis; el sistema debe mantenerse constante ante los cambios en su medio a través de la retroalimentación negativa o procesos de corrección del error y el segundo la morfogénesis, donde el sistema en ocasiones debe de modificar su estructura básica a través de la retroalimentación positiva o de amplificar la desviación. De esta forma, todo sistema necesita tanto de la retroalimentación negativa (negentropía) como la retroalimentación positiva (entropía), es decir, demasiada negentropía o entropía mataría al sistema, por lo que se hace necesario la combinación de ambos procesos. Aunque los dos tipos de retroalimentación parecen tener funciones opuestas; la retroalimentación negativa es conservadora y promueve el equilibrio; y la positiva es radical y promueve la novedad. Otros aspectos importantes además de estos procesos es el momento en el que ocurre, ya que, al evaluar un sistema autocorrectivo, un factor de vital importancia es el equilibrio o desequilibrio en un momento dado, asimismo los varios niveles simultáneos de sistemas en su estructura (Hoffman, 1987). En este segundo momento el trabajo en la terapia familiar se enfocó en intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y actividades destinadas a empujar a la familia más allá del equilibrio y desencadenar cambios cualitativos.

Esta cibernética se caracteriza porque el observador (terapeuta) que observa al sistema (familia) no forma parte de éste, como decía Sluzki (1987) el observador es una cámara que registra lo que ocurre afuera, sin rendir cuenta de su propia participación en el proceso de observación.

1.3.4 Cibernética de segundo orden o de los sistemas observantes

El desarrollo de esta a cibernética estuvo influido por el principio de incertidumbre de la física cuántica, las aportaciones del filósofo Wittgenstein y las aportaciones de las ciencias del comportamiento y de neurofisiólogos como Warren McCulloch, Humberto Maturana y Francisco Varela, de lógicos como Heinz Von Foerster y Gordon Pask, y de psicólogos evolutivos como Jean Piaget, sus implicaciones son tales que afectan drásticamente toda la práctica y toda teoría de la práctica, llevando a una transformación donde ahora se concibe al observador como parte de lo que observa y toda descripción acerca de una observación es necesariamente una descripción acerca de quien genera esa descripción. Por tanto, el que

observa no puede pretender tener una visión objetiva acerca de lo que observa, por ende, necesariamente afecta lo que observa (Hoffman, 1989; Sluzki, 1987).

Este cambio tuvo implicaciones en el campo de la terapia familiar, Hoffman (1989) describe la actividad terapéutica como un diálogo, en la que de forma activa el terapeuta busca insertarse en una visión del mundo aportada de la familia, para generar puntos de vistas alternativos y nuevas connotaciones, donde tanto familia y terapeuta desarrollan nuevas perspectivas que no contienen consigo comportamientos sintomáticos o problemáticos, por lo que el estilo terapéutico que se deriva es respetuoso y es así como pierde énfasis la separación entre terapeuta y el sistema familiar.

1.3.5 Posmodernidad y terapia familiar

En los años ochenta, el posmodernismo planteó importantes cambios en la epistemología de las ciencias sociales, como la antropología, la educación y la sociología y de forma importante en la terapia familiar.

El pensamiento posmoderno propone que el conocimiento se construye y que el significado no está en la mente del individuo sino en las relaciones (Gergen y Warhus, 2001), en otras palabras, es la cultura, el lugar de nacimiento de los procesos mentales y el conocimiento, del pensamiento acerca de uno mismo, donde la autoconciencia es una creación de comunidades, no de las mentes individuales (Crego, 2003), por lo tanto, la realidad es una construcción social. Además, se opone a usar las palabras como si fueran representaciones o mapas que existen independientemente del que interpreta.

En esta aproximación el cambio se entiende como el desarrollo de un nuevo significado a través del diálogo (Anderson y Goolishian, 1991). Debido a esto, el terapeuta está más interesado en los significados que son creados por las historias que narran los clientes (Biever, Bobele, Gardner y Franklin, 2005), el cual se modifica con el paso del tiempo.

El significado y la comprensión son construidos socialmente e intersubjetivamente. Se llega a una comprensión y significado compartido cuando tiene lugar un acto comunicativo, esto es, un discurso o diálogo generador de significado dentro de un sistema. Los sistemas son generadores de lenguaje y significado; el sistema terapéutico es un sistema lingüístico, que se ha formado alrededor de un problema, en el que se están desarrollando continuamente nuevos significados orientados hacia la resolución del problema y del sistema de terapia (Anderson y Goolishian, 1991).

Los terapeutas posmodernos buscan crear un espacio que facilite la conversación terapéutica, en el que el terapeuta es un participante- observador y participante- organizador de la conversación, es decir, toma un lugar activo que disminuye los efectos negativos de la jerarquía, en lugar de adoptar una posición vertical en el que sus ideas dominan.

La conversación terapéutica es una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los problemas, donde cada persona habla con el otro. Para facilitar el desarrollo del espacio conversacional, el terapeuta hace uso de preguntas conversacionales o terapéuticas, que están basadas en la ignorancia, que se encuentra bajo la influencia de las teorías hermenéuticas e interpretativas, del construccionismo social, el lenguaje y la narrativa. Desde esta posición de ignorancia se necesita que la comprensión y las interpretaciones no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas o ciertas verdades formadas teóricamente, como sucede en los modelos tradicionales, más bien implica que las acciones y actitudes del terapeuta expresen el deseo de saber más acerca de lo que se ha dicho, y no transmitir en forma alguna opiniones y expectativas preconcebidas acerca del cliente, para reunir información con la finalidad de establecer un diagnóstico o lo que debe cambiarse para solucionar la problemática. El terapeuta está siempre en situación de ser informado por el cliente, no tiene acceso a información privilegiada, por lo cual la terapia es un esfuerzo colaborativo entre ambos. El terapeuta no sabe, a priori, cuál es la intención de ningún acto, sino que debe confiar en la explicación que le da el cliente (Anderson y Goolishian, 1996). Esto no significa, que el terapeuta no se encuentre capacitado, quiere decir que sus habilidades no se deben a que es un experto en los relatos explicativos y descriptivos que hace de la terapia. Su pericia radica en saber cómo y no en saber qué, en su fluidez dentro de la relación, en su habilidad de ser co-actor junto con el cliente en la creación de nuevas historias (Gergen y Warhus, 2001; Lax, 1996).

1.3.5.1 Constructivismo

Glaserfeld (1996) concibe al constructivismo como una teoría del conocimiento activo y no como una epistemología convencional que trata al conocimiento como una verdad que refleja al mundo en sí mismo independientemente del sujeto cognoscente. Postula dos principios básicos: 1) el conocimiento no se recibe pasivamente, ni a través de los sentidos, ni por medio de la comunicación, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente y 2) la función de la cognición es adaptativa y facilita la organización del mundo experiencial del sujeto, no al descubrimiento de una realidad objetiva.

Con estas ideas la atención se desplaza del sistema observado al sistema del observador; del descubrir una realidad externa al inventar la realidad; de la visión objetiva a la reflexividad y la autorreferencia. Por ende, el observador forma parte de lo que está observando y, en consecuencia, el terapeuta forma parte del sistema en que ofrece la terapia. Sus observaciones están influenciadas por lo que observa y lo que observa está influenciado por sus observaciones, de tal forma que no existe una realidad externa. Además, la idea de Bateson de que el mapa no es el territorio en el sentido de que la realidad (el territorio) existe, pero lo único que podemos conocer depende de nuestras premisas y de nuestros límites es

cuestionada: ahora el mapa es el territorio, pues no podemos conocer directamente el territorio sino sólo mapas, que pasan a considerarse como la realidad (Bertrando y Toffanetti, 2004)

1.3.5.2 Construccinismo social

Kenneth Gergen intenta sistematizar una psicología social posmoderna que proponga una teoría del conocimiento crítica de los fundamentos racionalistas y empíricos en los cuales se forjaron las ciencias sociales. Sus ideas estuvieron sustentadas por la sociología del conocimiento de Latour y Woolgar, de los trabajos de Feyerabend, Kuhn y Laudan, así como de la teoría de las representaciones sociales de Moscovici, del análisis del discurso, de la psicología dialógica de Hermans, de la psicología social crítica de Sampson y de Buss, y principalmente del trabajo de Berger y Luckman (López- Silvia, 2013).

Los supuestos del construccionismo según Perdomo (2002):

No existen formas privilegiadas de conocimiento de la realidad (verdad): no existe una particular configuración discursiva que explique o de cuenta de la realidad tal cual ésta es, sino que el conocimiento acerca del mundo es negociado y cambia a lo largo del tiempo, son versiones que se pueden denominar constructos y que funcionan como posibles explicaciones más no como verdades sobre realidades particulares.

La realidad y el yo encuentran sus orígenes a través de las relaciones: se ha tratado de explicar el mundo simbólico como una estructura abstracta, desprovista de sujetos. Sin embargo, desde el construccionismo social, las significaciones del lenguaje, de lo simbólico en general, se dan en las relaciones entre los sujetos, gracias al uso del lenguaje que se da en la coordinación de las personas entre sí y con el mundo. De tal forma, que cada discurso surge de una comunidad de usuarios del lenguaje que van construyendo, resignificando y transformando los marcos de referencia a través de sus interacciones, de forma tal que es a través de las relaciones, que se comienzan los procesos de reconstrucción del mundo.

La función primaria del lenguaje es la acción social, constitutiva de múltiples versiones: las relaciones son en sí las acciones sociales que sustentan la constitución de los sujetos, de los grupos, de la sociedad y de la cultura. Las palabras adquieren significado a través de las relaciones de las personas y da lugar a que éstas construyan sus propias versiones sobre sí mismos, la interacción y la realidad misma.

La constitución discursiva de las versiones es esencial para la emergencia del yo y de las relaciones: el papel fundamental del lenguaje en esta perspectiva se relaciona con el modo como ésta configura al sujeto mismo en las interacciones, al estar en coordinación con otros, el mundo se convierte en significativo para el sujeto y desde allí construye identidades según intereses, metas, ideales y valores. Es a través de las relaciones que el sujeto se introduce al mundo de las valoraciones compartidas y crea una significación particular para unos y al mismo tiempo, lo separa de otros.

A través de las relaciones comunicativas se generan nuevos órdenes de significado, así como nuevas formas de acción: ya que el significado es una construcción social, siempre está abierto a la transformación y a la creación de mundos posibles.

El construccionismo social postula que la realidad es socialmente construida a través del lenguaje mediante la objetivización de patrones sociales que son construidos y negociados en las prácticas sociales. Entonces, desde esta aproximación, la terapia puede generar múltiples y diferentes conversaciones, capaces de llevar a la revisión ideas consolidadas sobre las que se apoya la identidad de los clientes. También como el saber está socialmente construido no se pueden postular significados preexistentes que el terapeuta pudiera descubrir, por ello el terapeuta es cada vez menos el actor principal durante el proceso terapéutico.

CAPÍTULO II.
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 Terapia Breve Centrado en los problemas (MRI)

Antecedentes

La terapia breve tiene como fin modificar una interacción problemática, ya sea de tipo familiar o individual, en la que el cliente y el terapeuta dirigen sus esfuerzos a la meta definida entre ambos (Freidberg, 1989). El modelo de Terapia Breve centrado en los problemas fue desarrollado en el Mental Research Institute (MRI) por John Weakland, D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch (Wittezaele y García, 1994).

El desarrollo de este modelo tiene sus comienzos en el trabajo de Gregory Bateson acerca de las paradojas de la abstracción en la comunicación, algunos de los personajes que colaboraron en el proyecto fueron Jhon Weakland, Jay Haley y William Fry. Posteriormente Don Jackson empezó a trabajar en colaboración con el grupo de Bateson y más tarde se incorporó al grupo. Durante el tiempo que duró el proyecto sus miembros consultaron a Erickson para examinar aspectos de la hipnosis y la terapia, así como la supervisión de sus propios casos (Cade y O' Hanlon, 1993). Erickson se preguntaba de qué forma, como terapeuta podía generar un cambio en la persona que acudía ante él y en el síntoma, lo que influyó para que los miembros del MRI se interesaran en comprender cómo se producía el cambio y en observar que función tenía el síntoma en la familia (Wittezaele y García, 1994). La influencia que tuvo fue que el terapeuta mantiene una postura directiva, es decir, él es el que guía y da rumbo al proceso.

En 1956 se publicó el trabajo de este grupo, bajo el nombre “Hacia una teoría de la esquizofrenia”. Para 1959 D. Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California; el grupo estaba formado por Jules Riskin y Virginia Satir, más adelante, se unieron Haley, Weakland y Watzlawick. El primer proyecto del MRI consistió en observar la relación existente entre la interacción familiar y el desarrollo de la enfermedad en los miembros de la familia. Por otro lado, Bateson no se integró al grupo, pero se mantuvo por algunos años como asesor. El trabajo que se hacía en el MRI se enfocó en tres grandes áreas: 1) la formación, 2) las investigaciones sobre la teoría de la comunicación y 3) las investigaciones sobre el proceso de cambio. Más tarde, en 1967, Richard Fisch se une al instituto y se crea el Centro de Terapia Breve, un centro de investigación. Partiendo de tal idea se fijaron tener diez sesiones como máximo de terapia y se preguntaban que debían hacer las personas. La respuesta a esta cuestión fue que debían impedir que las personas siguieran haciendo lo que hacían respecto al problema, a lo que llamaron intentos

de solución, pues al final no resolvían el problema. Estas nociones básicas se desarrollaron poco a poco, al igual que las técnicas de intervención, que serán las bases del trabajo terapéutico del modelo de terapia breve (Wittezaele y García, 1994).

Fundamentos teóricos

La terapia breve centrada en los problemas se sustenta en cuatro teorías: la Teoría de los grupos y la Teoría de los tipos lógicos (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974), la Teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1981) y la Teoría general de los sistemas (Bertalanffy, 1968), a continuación, se describe la forma en que repercutieron en este modelo.

Teoría de grupos

Esta teoría matemática surgió en la primera mitad del siglo XIX. Watzlawick, Weakland, y Fisch (1974) la utilizaron como una analogía para explicar la persistencia o invariabilidad que ocurren dentro de un sistema. A este tipo de cambio se le conoce como cambio tipo 1, ya que supone que entre más cambian las cosas, estas siguen permaneciendo igual, activándose mecanismos homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior.

Teoría de los tipos lógicos

Igualmente, Watzlawick, Weakland, y Fisch se basaron en esta teoría lógico-matemática para explicar aquellos tipos de cambio que trascienden de un determinado sistema, del cual no puede dar cuenta la teoría de los grupos. Por tanto, la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, o sea, entre sus miembros, sino en la relación entre miembro y clase, por tanto, la clase no puede ser miembro de sí misma, lo que implica un cambio de un nivel a un nivel superior, es decir un cambio en el sistema mismo. Esta clase de cambio se le ha denominado cambio tipo 2, implica una modificación en las reglas que gobiernan la estructura o su orden interno, es decir, el cambio del cambio.

Teoría de la comunicación humana

Watzlawick, Beavin, y Jackson (1981) propusieron la teoría de la comunicación humana desde el punto de vista de la conducta, es decir, se interesaron en el aspecto pragmático de la comunicación humana, concluyendo que toda conducta es comunicación. Partiendo de esta idea, la terapia breve se centra en la interacción que se da entre las personas y no en lo que sucede dentro de la persona, es decir en el cómo y no en el porqué de lo que sucede. Además, se interesa por el presente y no por el pasado de las personas.

Teoría general de los sistemas

Ludwing Bertalanffy (1968) describió y formuló los principios básicos para un sistema. Hizo referencia al sistema como un todo que se comporta de forma diferente a la de la suma de sus partes, siendo una totalidad ordenada. Estos principios pueden aplicarse a diferentes campos como la biología, las ciencias sociales y a la terapia familiar. Considerando a la familia como un sistema constituido por las continuas interacciones entre sus miembros y sus relaciones, como una totalidad y no como la suma de sus partes.

Características del Modelo

¿Cómo se crea un problema?

A lo largo del tiempo, los seres humanos nos enfrentamos a dificultades que son parte de la vida diaria. A partir de la experiencia, todos aprendemos a resolver estas dificultades, la mayoría de las veces las soluciones que empleamos en el pasado pueden aplicarse a la resolución de dificultades nuevas (Bobeles, 2009). Sin embargo, pueden surgir problemas como resultado de aplicar una solución que se usó en el pasado para resolver una situación actual, o bien para resolver situaciones diferentes, cuando se requiere de una solución distinta a la ya empleada. Esta clase de formación de problemas puede surgir en cualquier aspecto del funcionamiento humano: personal, interpersonal o con el mundo. Además, pueden permanecer similares o idénticos desde el punto de vista estructural, pero la intensidad de la dificultad y del sufrimiento puede incrementarse (Watzlawick et al. 1974).

Entonces las personas piensan que fracasaron en la resolución del problema debido a que no se esforzaron lo suficiente, en lugar de atribuirla a la naturaleza de la solución elegida (Bobeles, 2009) que consiste en hacer más de lo mismo. La solución que el individuo utiliza, que provoca el problema, está determinada por lo que él considera como la única forma razonable y/o saludable que puede llevar a cabo para resolver el problema, a pesar de que no haya funcionado (Fisch, Weakland, y Segal, 1982). Entonces, no son tanto las dificultades de la vida las que llevan a las personas a terapia, sino sus esfuerzos o soluciones infructuosas para resolverlas, que ocasiona que se exacerbe y perpetúe el problema. Así, tiene sentido pensar que, si se interrumpen esos intentos de solucionar el problema, éste se resolverá (Ray y Anger-Díaz, 2009).

Para Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) existen tres modos de crear un problema:

1. Los terribles simplificadores: son personas que intentan solucionar situaciones difíciles negando que el problema existe: es necesario actuar, pero no se emprende tal acción.

2. El síndrome de utopía: las personas intentan un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente: se emprende una acción cuando no se debería emprender.

3. Las paradojas: los individuos cometen un error de tipo lógico y se establece un juego sin fin, es decir, se intenta un cambio tipo 1 en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior, o bien, se intenta un cambio tipo 2 cuando resultaría adecuado un cambio tipo 1: la acción es emprendida a un nivel equivocado.

¿Quién acude a terapia?

Para Fisch, Weakland, y Segal (1982) una de las labores más importantes para un terapeuta breve consiste en influir sobre el cliente para que enfrente de una manera distinta sus problemas, para ello necesita conocer la postura de sus clientes. La postura se define como los valores y creencias que posee una persona y que determinan el modo en que actuará o no actuará, y se puede conocer a través del lenguaje. Se preguntará porque al terapeuta le interesa conocer la postura, la razón se debe a que ésta se utiliza para estimular la aceptación y la puesta en práctica de las directrices que determina para la solución del problema, evitando así, el uso de estrategias que provoquen que el individuo no coopere. Estos autores explicaron que el cliente puede tener tres posturas: ante el tratamiento, el problema y el terapeuta:

1. Postura ante el problema: las personas pueden manifestar una postura pesimista en relación a la solución del problema; o bien exteriorizar que el problema, aunque difícil, puede ser afrontado, o bien manifestar una gran expectativa con respecto a una vida libre de todo problema.

2. Postura ante el terapeuta: las personas pueden ser receptores pasivos de los conocimientos que posee el terapeuta; o, tomar a su cargo el tratamiento usando al terapeuta como elemento pasivo; o bien, buscar ayuda considerando una responsabilidad mutua entre ellos y el terapeuta.

3. Postura ante el tratamiento: a la terapia pueden llegar personas que se definan como clientes ya que estarán interesados en el cambio y en experimentar un alivio de la dolencia; o bien individuos que se consideran como no clientes, porque no están interesados en el cambio a pesar de que en la situación adviertan un malestar. Por lo general, las personas que adoptan esta postura han venido a terapia por imposición de una tercera. Por último, habrá personas que pueden estar verdaderamente incomodas por su problema, haber agotado todos sus recursos y buscado ayuda terapéutica. Sin embargo, no se encuentran dispuestos a permitir que el terapeuta los ayude, así impidiendo la solución del problema.

La entrevista inicial y la planificación del caso

En la entrevista inicial el terapeuta breve recaba información clara y explícita en términos de qué hacen y dicen los individuos cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo. Por tanto, el foco del terapeuta no está en la historia del problema sino en lo que sucede en el ahora y en las dolencias principales de quienes buscan ayuda (Fisch et al. 1982). También observa, aprende y conoce el lenguaje del cliente,

asimismo establece una relación con el cliente que se caracterice por el contacto y la confianza. De esta forma, se logra establecer un contacto interpersonal, se hace posible manipular y cambiar de rumbos sus acciones, y evitar que no coopere (Nardone y Watzlawick, 1992).

Otro paso importante es la planificación del caso, que se vuelve una pieza fundamental para aplicar con eficiencia la propia influencia y para resolver los problemas con rapidez. Estos dos elementos son imprescindibles para llevar a cabo un tratamiento breve y efectivo. Los elementos para la planificación se describen a continuación (Fisch et al. 1982):

1. Establecer el problema del cliente: se requiere una comprensión clara del problema que lo ha traído a consulta.

2. Establecer la solución intentada por el cliente: es necesario contar con una comprensión completa y exacta de las soluciones. Por lo general, la mayoría de las soluciones se pueden agrupar en una categoría, esto ayuda a encontrar el impulso básico de las soluciones intentadas.

3. Decidir qué se debe evitar: el terapeuta debe impedir que el cliente y las personas involucradas continúen utilizando las soluciones intentadas para resolver el problema. Además, esta información permite la formulación de estrategias para cada caso, es decir, la terapia se adapta al paciente y no el paciente a la terapia (Nardone y Watzlawick, 1992).

4. Formular un enfoque estratégico: la terapia sólo puede avanzar cuando el terapeuta trabaja guiado por su estrategia de tratamiento. Las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del paciente, apartándose 180 grados de dicha dirección.

5. Formular tácticas concretas: el terapeuta necesita planificar sus intervenciones previendo qué acciones se alejan de la solución intentada, qué acciones mantienen el problema, qué acciones se incorporarían con mayor facilidad a la rutina del cliente, y qué persona (s) desempeñan un papel más estratégico para la persistencia del problema.

6. Encuadrar la sugerencia en un contexto: vender la tarea: una vez formulada la sugerencia o la tarea, es necesario conseguir que el cliente la lleve a cabo, por lo cual el terapeuta debe planear el modo de persuadir a éste a aceptarla, y para ello, tomará en cuenta el marco de referencia del cliente, es decir, su postura. En consecuencia, la tarea de enmarcar y definir de nuevo el marco de referencia de la persona desempeña un papel significativo en la duración del tratamiento.

7. *Formular objetivos y evaluar el resultado:* el objetivo general es la solución de la dolencia del cliente. Por ello, el terapeuta debe relacionar los procedimientos y el objetivo del tratamiento. Además, es de vital importancia pactar el objetivo con el cliente, de esta forma se le transmite el mensaje: de que él puede y es capaz de lograr lo que se propone en la terapia (Nardone y Watzlawick, 1992). Para evaluar el

tratamiento, se tomará como indicador de éxito terapéutico la declaración del cliente. No obstante, el terapeuta también comprobará por diversas vías el resultado.

Intervenciones generales

Para Fisch, Weakland y Segal (1982) la terapia breve busca influir sobre el cliente de modo que su problema se solucione a satisfacción de éste, para ello el terapeuta debe intervenir. Existen diferentes tipos de intervenciones que el terapeuta utiliza para poner en práctica la estrategia o impulso básico del tratamiento. El primer grupo lo comprenden las intervenciones generales, que pueden ser utilizadas en cualquier momento del tratamiento y en cualquier tipo de problema. Para estos autores existen cuatro tipos de intervenciones generales:

No apresurarse

Se le dice al paciente que no se apresure en la solución del problema, ofreciéndole una explicación que justifique que no vaya tan deprisa. Esta solución se prescribe cuando la persona se esfuerza demasiado, o en los que hacen presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa en tanto ellos se limitan a permanecer pasivos o no colaboran.

Los peligros de una mejoría

Consiste en preguntarle al paciente si se encuentra en condiciones para reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. Este método se puede utilizar para: a) aumentar la motivación, y b) que el paciente siga nuevas directivas, después de no haber cumplido con las que se le prescribió anteriormente.

Un cambio de dirección

El terapeuta modifica su postura, la directriz o la estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. Suele emplearse cuando terapeuta y cliente comienzan a discutir, y no se da cuenta de ello, o cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede, pero más tarde se observa como no beneficioso.

Cómo empeorar el problema

Se le ofrece la sugerencia de hacer cosas para que la situación empeore. Este método se utiliza cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha negado a probar algo nuevo.

Intervenciones principales

El segundo grupo de intervenciones planificadas lo comprenden las intervenciones principales. Son utilizadas después de haber recabado información suficiente y haberla integrado en la planificación del caso que se ajusta a las necesidades específicas de la situación. A continuación, se muestran los diferentes tipos de intervenciones derivadas de los cinco intentos básicos de solución, que se observan en la práctica clínica (Fisch et al. 1982).

Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo

El paciente presenta problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico. Normalmente, el rendimiento de estas actividades es fluctuante. Pero, el paciente define dichas fluctuaciones como un problema y lleva a cabo medidas que le sirvan para corregirlas y evitar que aparezcan de nuevo, estas acciones únicamente empeoran su condición ya que está intentando forzar algo que solo puede obtenerse de manera espontánea. Para la solución de este tipo de problemas, se lleva al paciente a que experimente el síntoma, de esta forma renuncia a sus intentos de autorregulación y deja de esforzarse demasiado, es así como se resuelve el problema.

Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

La mayoría de los individuos no presentan problema alguno para llevar a cabo cierta acción, pero de un momento a otro se les presenta alguna dificultad, lo cual a su vez les hace especular sobre la misma y manifestar estados de terror o de ansiedad al pensar que podría reaparecer en circunstancias peligrosas, mortíferas o humillantes para él; esto se conoce como “qué pasaría si”. Entonces, el paciente está convencido que el acontecimiento es algo que no puede dominar, lo cual lo convierte en un problema inacabable y por ende aplazable. El intento básico de solución del paciente consiste en prepararse para afrontar su problema; el terapeuta por su parte debe evitar formular interpretaciones o estrategias que sean variantes de la solución dada por él. Lo que se requiere son tácticas que expongan al paciente al problema, al mismo tiempo que estas mismas exijan una ausencia de dominio (o un dominio incompleto) del problema.

Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

Los problemas que se relacionan con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal, lo cual exige una mutua colaboración de ambas partes. La solución que propone el paciente consiste en exigir que la otra persona lo trate como si fuese superior, legitimando su posición. Una solución a este conflicto es hacer que el solicitante de la terapia asuma una postura de inferioridad o debilidad. El

terapeuta asimismo necesita dar una explicación al cliente que le permita aprender a efectuar solicitudes en un estilo no autoritario.

Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación

Consiste en que la persona haga algo porque quiere no porque el otro se lo pide, es decir una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión. Por ende, pedir abiertamente lo que uno desea es considerado como autoritario e inútil. La estrategia para este problema consiste en que la persona que solicita algo lo haga directamente, también se puede hacer ver que sus peticiones indirectas son algo inconscientemente destructivo, y a la inversa, haciéndole ver que es algo beneficioso aquello que considera como destructivo, específicamente hablando de las solicitudes directas. El paciente necesita convencerse de que no es tan poderoso, y el terapeuta debe transmitírselo y en caso de ser necesario, ponerle alguna sanción si no cumple con lo que se le dice.

Confirmar las sospechas de acusador a través de un intento de defensa propia

En este tipo de problemas, hay alguien que formula acusaciones acerca de otra persona, y éste responde mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa, este comportamiento suele confirmar las sospechas de la otra persona. El resultado es que la persona continúa con sus acusaciones y la otra con su defensa, esta pauta de interacción se conoce como “el juego del acusador y del defensor”. La única forma en que el acusador puede entender mejor su errónea acusación consiste en que el defensor acepte las acusaciones, sobre todo si tal aceptación se lleva a un grado obviamente absurdo. También se puede finalizar mediante la intervención llamada “interferencia”, que consiste en reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre las dos partes al no saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.

Consideraciones finales

El papel del terapeuta en este modelo es directivo y estratégico, es decir, el terapeuta debe guiar la sesión, dirigir las preguntas y proponer nuevas tareas, de forma que el cliente pueda aprender nuevos significados y comportamientos (Espinosa, 2004). Además, hacer terapia breve no quiere decir que se haga menos o que sea superficial. Más bien busca ser efectiva y eficiente a corto plazo, esto es posible porque no define los problemas en términos de patologías personales e interpersonales y no se centra en el pasado, sino más bien los define en términos de interacción, se centra en el aquí y en el ahora, asimismo establece objetivos claros y precisos, dando como resultado una terapia breve.

Otra de las críticas que han recibido las terapias breves como lo es la terapia centrada en los problemas, es que, por su brevedad, puede que los síntomas se encubran por otros o aparezcan después de un tiempo (Wittezaele y García, 1994). Beyebach (1999) ha encontrado que rara vez aparecen problemas nuevos tras haber concluido la terapia, por lo que sugiere que puede descartarse que se produzca una sustitución de síntomas. Al hacer un seguimiento después de haber concluido la terapia, las personas reportan que se habían generado nuevos cambios y otras mejorías, lo que lleva a pensar en el efecto bola de nieve, que hace alusión a que cambios pequeños generan cambios en otras áreas.

2.1.2 Modelo Estructural

Antecedentes

El modelo estructural estudia al individuo en su contexto, es decir es un miembro activo y reactivo de grupos sociales (Desatnik, 2004; Minuchin, 1979).

El modelo estructural de terapia familiar fue desarrollado en la segunda mitad del siglo XX por el médico-psiquiatra Salvador Minuchin, nació en Argentina en 1921 en el marco de una familia judía. Emigró a Estados Unidos para situarse en la ciudad de New York, donde se especializó como psicoanalista, posteriormente realizó trabajos en Israel.

A partir de su práctica clínica y de su contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica, propuso formas novedosas de afrontar los problemas de salud mental, nacidas en parte de su trabajo con poblaciones de zonas marginadas en la Clínica Child Guidance de Filadelfia, Estados Unidos y con familias que tenían miembros con problemas psicosomáticos (Desatnik, 2004). Otros representantes de este modelo son: Jorge Colapinto, Charles Fishman, Harry Aponte y Berenice Rosman.

En 1969, junto con Haley, Montalvo y Rosman crearon programas de entrenamiento para terapeutas con supervisión en vivo. También desarrolló junto con Colapinto programas de prevención y atención a familias marginadas y a familias “de acogida” (*Ibíd*).

Premisas básicas del modelo estructural

Minuchin (1979) propone tres axiomas en los que se basa este modelo:

El primer axioma hace referencia a que el desarrollo psíquico de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. Es decir, el individuo influye sobre su contexto y es influido por este. Además, es parte de un sistema social al que debe adaptarse. En esta adaptación la familia se encuentra sometida a una presión interna originada en el desarrollo de sus miembros y subsistemas y del ciclo familiar,

y a presión externa ocasionada en los requerimientos para adaptarse a las instituciones sociales y a los procesos sociales/culturales que influyen sobre los miembros de la familia.

El segundo axioma se refiere que al modificar la organización de la familia, se producen cambios en la conducta y procesos psíquicos internos de los miembros de ese grupo; por lo que se habla de un proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas, los cambios impuestos por un individuo sobre sus circunstancias y la forma en que los feedback en relación con estos cambios afectan su acción posterior, con ello aumentando las posibilidades de intervención terapéutica.

El tercer axioma es cuando el terapeuta trabaja con un paciente o una familia, su conducta influye en el contexto. Esto quiere decir que el terapeuta y la familia o el paciente forman un nuevo sistema, terapéutico en este caso. Por tanto, lo que suceda en ese espacio repercute en el sistema, en el paciente o familia y en el terapeuta.

La terapia estructural de familia es una terapia de acción, ya que el terapeuta tiene un papel activo en las sesiones, pues responde a los acontecimientos que suceden en la sesión, observa, planea y se plantea interrogantes. Se basa en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado porque se manifiesta en el aquí y en el ahora. El objetivo de estas intervenciones es el sistema familiar y la experiencia individual. El sistema familiar tiene propiedades de autoperpetuación, es decir, el proceso que inicia el terapeuta se mantendrá en ausencia de este por los mecanismos de autorregulación del sistema.

Además, se interesa por encontrar cómo es que los miembros del sistema (familiar, institucional, psicosocial) participan en el mantenimiento del síntoma y, a la par, entender cómo a través del síntoma se mantiene la estabilidad familiar (Desatnik, 2004).

Estructura familiar

El enfoque estructural se basa en que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas disposiciones que gobiernan sus transacciones. Estas disposiciones no siempre son reconocidas o explícitas, constituyen un todo: la estructura familiar.

El sistema familiar tiene una estructura que se define como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia” (Minuchin, 1979). La estructura familiar es un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.

Este sistema funciona a través de pautas transaccionales repetidas, las cuales establecen de qué manera, cuándo, con quien relacionarse y regulan la conducta de los miembros de la familia.

Las pautas transaccionales son mantenidas por dos sistemas:

1. Implica las reglas universales que regulan la organización familiar y la complementariedad de funciones entre sus miembros.

2. La idiosincracia que implica las expectativas mutuas de los miembros del sistema familiar.

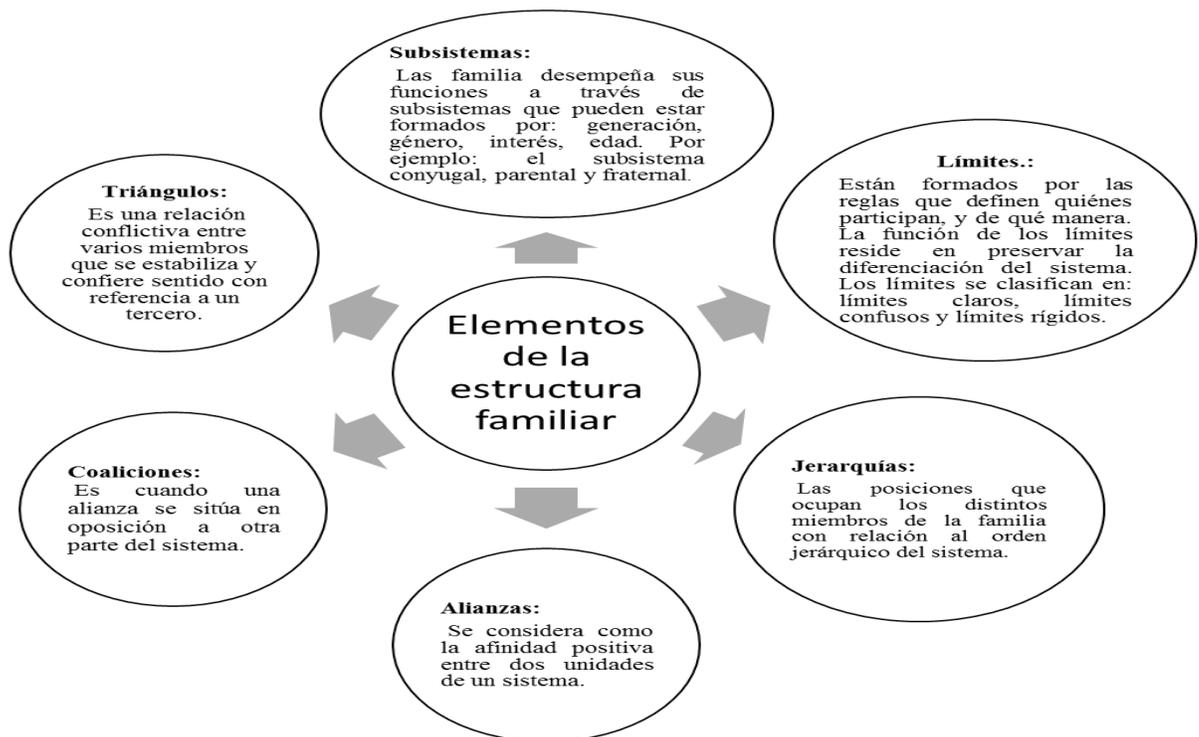
La familia tiene dos funciones: la primera es la protección psico-social de sus miembros y la segunda la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura. Además de ello, les proporciona un sentido de identidad independiente, que posee dos elementos: un sentimiento de identidad y otro de separación. El sentimiento de identidad de cada miembro está influido por el sentimiento de pertenencia a una familia. El sentido de separación y de individuación se logra mediante la participación en diferentes subsistemas familiares y grupos extrafamiliares (*Ibíd*).

Elementos de la estructura familiar

En la figura 4 se muestran los elementos de la estructura familiar: los subsistemas y los límites, Umbarger, añade otros: jerarquías, alianzas, coaliciones y triángulos (Desatnik, 2004, Minuchin, 1979).

Una familia con una apropiada organización estructural tendrá límites claramente diferenciados. El subsistema marital tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de la pareja. El subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y organizaciones jerárquicas, de forma que a niños (as) se les asignen las tareas y privilegios de acuerdo a su edad y sexo, determinados por la cultura familiar (Hoffman, 1987).

Figura 4. Elementos de la estructura familiar (Minuchin,1979, Desatnik, 2004)



El terapeuta puede observar la estructura familiar al asociarse con ella, mediante dos procesos: la acomodación que implica respetar la estructura ya existente y la reestructuración que consiste en cuestionar la estructura que existen en sus diferentes manifestaciones, para poder modificar las pautas disfuncionales.

Las técnicas de la terapia estructural (Minuchin,1979), que permiten reorganizar a la familia se dividen en tres grupos:

1. Reencuadre: cuestionamiento del síntoma
2. Reestructuración: cuestionamiento de la estructura.
3. Construcción de la realidad: cuestionamiento de la realidad familiar

Estrategias y técnicas estructurales

A lo largo del tiempo, la familia va experimentando circunstancias cambiantes, ante las cuales siente estrés, por ende, tiene la necesidad de una adaptación continua, para lo cual debe contar con una gama de pautas transaccionales alternativas y flexibles para movilizarlas, de forma que pueda cambiar de acuerdo con estas demandas externas e internas. Pero cuando ésta no cuenta con los elementos para el cambio y la adaptación, puede desarrollar mecanismos homeostáticos para minimizar la aceptación del cambio. Entre estos mecanismos encontramos el síntoma que adquiere una función en el sistema y se conecta con las estructuras familiares (Desatnik, 2004).

Por lo anterior, los terapeutas de familia concuerdan en que es preciso cuestionar los aspectos disfuncionales que mantienen la homeostasis familiar. El terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de modificar la organización familiar a través del cambio de las posiciones de los miembros en relación con sus circunstancias y con su contexto familiar, buscando transformar su experiencia dentro del sistema.

Estrategias e intervenciones

En las tablas 1, 2 y 3 se presentan del lado izquierdo las estrategias principales del Modelo Estructural que se desprenden del reencuadre, la reestructuración: y la construcción de la realidad; mientras que en el centro se muestran las técnicas de cada estrategia y del lado derecho las acciones concretas que se pueden realizar para aplicar cada técnica (Minuchin,1979; Minuchin y Fishman, 1989).

La técnica es el camino para alcanzar el cambio, pero lo que le imparte un rumbo es la conceptualización que hace el terapeuta sobre la dinámica de la familia y el proceso de cambio (Minuchin y Fishman, 1989).

Tabla 1. Cuestionamiento del síntoma y sus técnicas

Estrategias	Técnicas	Acciones concretas
Cuestionamiento del síntoma Modificar la concepción que la familia tiene del problema: el problema no reside en el paciente individualizado, sino en las pautas de interacción de la familia.	Escenificación	
	La familia representa las pautas interaccionales disfuncionales en presencia del terapeuta.	Interacciones espontáneas
	Requiere un terapeuta activo que se sienta cómodo participando y movilizándolo a las personas cuyas respuestas no se pueden predecir.	Provocar interacciones Interacciones alternativas
	Enfoque	
	El terapeuta selecciona y organiza la información que la familia le brinda acerca de un tema, en un esquema terapéutico que promueva el cambio.	Seleccionar un enfoque Elaborar un tema para trabajar sobre el
	Intensidad	
	Repetición de un mensaje a lo largo de una sesión	Repetición del mensaje Repetición de interacciones isomórficas Modificación del tiempo Cambio de distancia Resistencia a la presión de la familia

Tabla 2. Cuestionamiento de la estructura familiar y sus técnicas

Estrategias	Técnicas	Acciones concretas
	Fijación de fronteras	
	Consiste en regular la permeabilidad de los límites que separan a los holones entre sí.	Distancia psicológica entre los miembros de la familia Duración de la interacción dentro de un holón

Tabla 2. Cuestionamiento de la estructura familiar y sus técnicas (continuación)

Estrategias	Técnicas	Acciones concretas
<p>Cuestionamiento de la estructura familiar</p> <p>Modificar las posiciones disfuncionales (alianzas excesivas o escasas, coaliciones, chivos expiatorios) que los miembros ocupan dentro de diferentes holones familiares.</p>	<p>Desequilibramiento</p> <p>Consiste en modificar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema</p>	<p>Alianza con miembros de la familia</p> <p>Ignorar a miembros de la familia</p> <p>Coalición contra miembros de la familia</p>
	<p>Complementariedad</p> <p>Su meta es cambiar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, cuestionando la idea íntegra de jerarquía.</p>	<p>Cuestionamiento del problema</p> <p>Cuestionamiento del control lineal</p> <p>Cuestionamiento de recortar los sucesos</p>

Tabla 3. Cuestionamiento de la realidad y sus técnicas

Estrategias	Técnicas	Acciones concretas
<p>Cuestionamiento de la realidad familiar</p> <p>Modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia para lo cual se deben elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos.</p>	<p>Constructos cognitivos</p> <p>La familia adopta un esquema explicativo preferencial, este puede y debe ser cuestionado y modificado. El objetivo es que adopte una concepción diferente o más amplia acerca del mundo, que no haga necesario el síntoma y promueva el desarrollo de modalidades nuevas de interacción.</p>	<p>Símbolos universales</p> <p>Verdades familiares</p> <p>Consejo profesional</p>
	<p>Lados fuertes de la familia</p> <p>El terapeuta sondea los elementos o lados fuertes que posee la familia, que, si se les comprende y se les utiliza, se pueden convertir en herramientas que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de los miembros de la familia</p>	<p>Los aportes de la familia</p> <p>Respuesta al paciente individualizado</p> <p>Alternativas de interacción</p>

Consideraciones finales

Los pioneros de la terapia familiar nos mostraron a ir más allá de las posiciones individuales para entender los patrones interaccionales que las convierten en una familia, es decir, que las vidas de las personas están enlazadas de manera inextricable y que el comportamiento de los miembros, en gran parte, se debe a las interacciones unos con otros. Esto es importante, ya que no se puede dejar de lado, la forma en que influyen los otros miembros en el comportamiento del otro, y viceversa, lo cual muchas veces las familias dejan de ver; el terapeuta debe notar las interacciones entre los miembros y la familia tiene que darse cuenta que su comportamiento influye en los demás.

Las diferentes terapias, entre ellas la terapia estructural basadas en esta premisa tienen como meta modificar la organización familiar, debido a esto, se cree que cuando se transforma la organización familiar, también cambiaba la vida de cada uno de los miembros de la familia. Esto condujo aprender a ver la unidad del sistema: la familia, sin embargo, en el acto de alejarse para apreciar el sistema, a veces, se perdía de vista a los seres humanos individuales que conforman a la familia (Minuchin, Nichols, y Lee, 2007).

Para modificar la organización familiar la terapia estructural hace uso de diferentes técnicas (véase tablas 1, 2 y 3). Sin embargo, Minuchin y Fishman (1989) nos dice que la técnica no es la meta. La meta sólo se puede alcanzar si se deja de lado la técnica. Así mismo refiere, que más allá de las técnicas está la sabiduría, que es el conocimiento de la conexión que enlaza las cosas entre sí. Por tanto, cuando la técnica se guía por esa sabiduría, la terapia se convierte en un arte de curar.

Una de las críticas al modelo fue que los terapeutas en algún punto se centraron más en las técnicas terapéuticas para cambiar a la familia que en comprender a estas (Minuchin et al. 2007). En algunas ocasiones los terapeutas en formación se encuentran más preocupados por cómo van aplicar la técnica, en lugar de comprender y conocer a la familia.

A pesar de ello, el modelo de terapia estructural de Minuchin representa una forma sistémica, con fundamentos teóricos y clínicos de acuerdo con los postulados de la teoría general de sistemas, la cibernética de primer y segundo orden, así como una herramienta para la investigación- acción en el campo psicosocial. Este autor, ha ampliado sus propuestas de los escenarios terapéuticos a la comprensión y acción en escenarios comunitarios institucionales, de los sistemas de salud y legales, lo que ha aportado elementos valiosos para el trabajo en salud mental (Desatnik, 2004).

Minuchin, Nichols, y Lee (2007) explican:

“La terapia familiar estructural ofreció un marco de referencia que dio orden y significado a las transacciones [que se presentan en la familia, las parejas e individuos], aunque es posible que en el proceso se haya equivocado por no haber tomado en cuenta la dinámica individual; es decir, rechazar la influencia

de la historia personal en la construcción de la experiencia familiar, y cuyo significado fue desatendido para favorecer el proceso” (p.23).

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

Cada uno de los casos presentados tiene una diversidad de temas para desarrollarse. No obstante, se eligió un tema a desarrollar por caso. El caso clínico titulado “El Cuidador” que se trabajó con el Modelo de Terapia Breve centrado en los Problemas (MRI) tenía temas de pareja, de autoestima, de responsabilidad hacía uno mismo y el tema de cuidador primario. Se eligió trabajar con este tema, pues la persona se desarrolla en un contexto de cuidador de enfermos y de su pareja, además porque cuando se habla de cuidador de un enfermo se hace mucho énfasis en los efectos adversos que tiene para el cuidador o para el grupo familiar. Pero qué pasa cuando el “cuidador” se encarga de otra persona que no necesariamente se encuentra enferma, como pueden ser los hijos, la pareja, los adultos mayores, entre otros; en el que al igual que con un enfermo atiende sus necesidades físicas, emocionales (e incluso económicas), y se ve en la necesidad de reorganizar sus actividades e inclusive posponerlas o dejarlas de llevar a cabo.

Aunque a quien se cuida muchas veces no padece una enfermedad, podría decir que existe el componente afectivo, moral y de parentesco que le hace tomar esta responsabilidad, y que si esta persona se negara a realizarlo tendría sentimientos y pensamientos de culpa por no atender a este “*deber*” *derivado del parentesco*, como sucede en el caso de Marco quien cuida de dos familiares con un diagnóstico médico y de su esposa. A lo que quiero llegar con esta reflexión es qué analicemos que a veces este parentesco obliga a sentirse responsables del cuidado de otros miembros.

Un elemento más al tener un rol de cuidador es que tienen derechos, que muchas veces no saben que los tienen por ende no los conocen, o renuncian a ellos, o no se sienten con el derecho de tenerlos por el hecho de que hay alguien más que los necesita o depende de ellos. Es fundamental resaltar y dar a conocer estos derechos, ya que las personas con el rol de cuidador, en ocasiones se sientan mal por experimentar emociones y pensamientos negativos, por decir no ante ciertas demandas (algunas excesivas), o por tener espacios y actividades para ellos mismos. El que los cuidadores se piensen como personas que pueden tener estos derechos, ayudaría a normalizar los pensamientos, emociones que experimentan y a connotarlos de forma distinta (quizá se sentirían menos culpables, podrían ser más receptivos a recibir ayuda de otros) y a responsabilizarse y autocuidarse a sí mismos.

El segundo caso clínico titulado “Mujer y el rol de ama de casa” que se trabajó con el Modelo Estructural al igual que el primer caso tiene diferentes temas a desarrollar, se eligió el tema del trabajo

doméstico no remunerado que realizan las “ama de casa”, ya que en nuestra cultura es considerado como un trabajo propio de las mujeres, lo que invisibiliza los roles de género y la cultura patriarcal, la desvalorización y poco reconocimiento por este tipo de trabajo. Por ejemplo, cuando a los varones se les interroga sobre a qué se dedica su esposa, hacen referencia a que “ella no trabaja, es ama de casa” o bien, en el caso de una mujer que permanece en el hogar cuidando y atendiendo las necesidades del hogar, se le pregunte a qué se dedica, responda “soy ama de casa”.

Asimismo, es una reflexión e invitación hacia nosotros terapeut@s a cuestionarnos acerca de cómo percibimos esta labor y la trabajamos en el espacio terapéutico, pues en ocasiones tampoco lo reconocemos como un trabajo y lo continuamos connotando como una labor propia de las mujeres.

También sería importante cuestionarnos acerca de las características que llevan a considerar una actividad como un trabajo, pues si bien una de las características aparte de las ya mencionadas para que no sea reconocido como un trabajo los quehaceres del hogar, es el espacio físico en el que se desarrolla, pues si bien la idea de trabajar a veces implica que se haga fuera de casa, ya sea en una oficina, en una fábrica, o en otra casa, mientras que los que se realizan en casa y por parte de las mujeres sean considerados como una labor propia de ella, aunado a la idea de que el varón es quien lleva el sustento al hogar y la mujer quien se queda en casa.

Un aspecto transcendental que se debería de poner en tela de juicio para que esta labor sea reconocida como un trabajo es la creencia de que es una actividad de las mujeres, pues de esta forma varones y mujeres considerarían que sus parejas (hombres) no ayudan en la casa y en el cuidado de los hijos, sino que cooperan y participan en estas actividades como parte del sistema familiar, y que no es una labor exclusiva de la mujer. Igualmente, esta idea ha contribuido a no reconocer el valor económico que tiene llevarlo a cabo y ocasiona que el trabajo doméstico remunerado se desarrolle en condiciones precarias, bajos salarios, tratos desiguales (en algunas situaciones se da la excepción). Como indica el INEGI en 2014, si se contrataran estos servicios, por cada 100 pesos generados en la economía, adicionalmente por este servicio se generarían un poco más de 20 pesos, lo que llevaría a cuestionarse que las mujeres si trabajan en casa, que son una fuente de trabajo importantísimo para las familias. Imaginemos que el trabajo que realizamos en casa fuera pagado, ¿cuánto dinero deberían de gastar las familias por tener acceso a este servicio?

Haciendo este análisis, no solo tendría que trabajarse con las mujeres, si bien sería importante, también sería necesario hacerlo con varones, niños, niñas, es decir, con la sociedad completa que le permita cuestionarse algunos valores y roles atribuidos a hombres y a mujeres por la cultura del patriarcado.

CAPÍTULO III.
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS
PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas

Durante la maestría estuve en diferentes sedes clínicas; “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro y Dr. Guillermo Dávila, dónde adquirí diferentes habilidades clínicas, que a continuación se enlistan:

- Escucha activa
- El uso de genogramas en la entrevista inicial y durante el proceso terapéutico. Herramienta que permite condensar información relevante como edad, nombre, ocupación, enfermedades, parentesco y el tipo de relación que existe entre cada uno de los miembros de la familia. Así como el uso del programa GenoPro para su elaboración.
- Elaboración de reportes de las sesiones.
- Manejo y control de expedientes.
- Integración del proceso terapéutico
- Planeación de las sesiones, considerando que este plan puede modificarse en el momento de la sesión, ya que dependerá de lo que el individuo, pareja o familia lleven a sesión.
- Cuando se hacen preguntas durante la sesión, a veces los individuos, parejas o familias, pueden no responder a la pregunta, desviarse a otro tema, o tanto terapeuta como consultante (es) pueden perderse en la historia, o el/la terapeuta puede dejar pasar la pregunta comenzando hablar de otro tema o pasar a otro miembro con otra pregunta. Adquirí la habilidad de identificar si las personas están respondiendo a tu pregunta, en caso que no lo hicieran no soltar la pregunta, ya sea formulándola nuevamente o rediseñando la pregunta. Por ejemplo, si se presenta esta situación en la sesión puedes escucharlos y después preguntarles ¿lo te están contando, qué relación tiene con lo que se está hablando en ese momento?, otra forma es comentarles que es muy importante lo que te están diciendo pero que en estos momentos es importante enfocarse en el tema que se está abordando, o preguntarles si la pregunta que les has hecho les ha quedado clara, y en caso de que no, poder rediseñarla.
- Puede haber sesiones en las que algún miembro no quiera hablar o responder a tus preguntas, si hay más de un miembro presente se pueden utilizar preguntas circulares que te permitan conocer a través de otro miembro lo que está pensando ese miembro, o utilizando al ausente implícito, si el proceso terapéutico es individual.
- Puede darse el caso que durante la sesión se esté hablando de algún tema en particular y alguno de los miembros se desvía, una habilidad importante fue no desviarme de la conversación cuando ellos empiezan hablar sobre otro aspecto, a menos que ya no sea necesario continuar explorando ese tema.

- En una conversación, los terapeutas y consultantes pueden enfocarse más en la historia que en el proceso, por lo que fue importante aprender a no perderse en la historia. Con ello, no quiero decir que no sea importante, pero no siempre es necesario sumergirse en ésta.

- En terapia de pareja o de familia en ocasiones alguno de los miembros tiene más voz que los otros durante la sesión, es indispensable que todos los miembros sean escuchados y evitar darle más voz a uno que a otro. Esto es importante porque puede parecer que te estás aliando a ese miembro que estás escuchando más, el otro miembro puede no sentirse escuchado o con la oportunidad de participar en la sesión.

- Durante las sesiones puede presentarse el caso que alguno de los miembros empiece a quejarse del otro, para no seguir con la queja, hay que pasar al miembro que está siendo acusado e indagar sobre lo que el otro miembro está diciendo, pero es importante cuidar el tipo de preguntas o comentarios que se hacen, ya que puede generar la justificación y la queja de ese miembro.

- Elaboración de hipótesis incluyendo a todo el sistema.

- Exploración de la pauta: cómo, cuándo, dónde y quiénes participan.

- Durante el proceso terapéutico a veces se hace necesario metacomunicar lo que está pasando en las sesiones y de preferencia hay que posponer cualquier otra acción que se esté llevando a cabo en ese momento, debido a que a veces se está dejando elementos importantes de lado y generando un impasse terapéutico.

- Al finalizar la sesión puedes prescribir tareas (para reflexionar, observar o de hacer) empero, no son necesarias, esto lo debes de considerar de acuerdo a tu forma de trabajo y al tipo de consultantes que atiendas.

- Utilizar el lenguaje del consultante es un elemento importante a considerar durante el proceso terapéutico, ya que te permite acercarte a su postura, hacer empatía, lo que puede tener un impacto en el desarrollo de la terapia.

- Con la Epistemología Sistémica deja de usarse el verbo ser para describir a las personas y se utiliza el verbo se muestran, es decir, a las personas se les definía como celosas, miedosas, lo que dificultaba cambiar la forma de percibirlos y el poder realizar intervenciones enfocadas a estas descripciones, pues ya tenían una característica fija. Al introducir se muestra, se hace énfasis en su comportamiento y no en las características que describen a las personas, lo que permite intervenir en su conducta y con ello las personas pueden visualizarse así mismas de forma diferente, y las demás también pueden percibirlos diferentes, y da la posibilidad nuevas identidades.

- Parte de las intervenciones que realizamos están basadas en la elaboración de preguntas, en ocasiones las que formulamos tienen como respuesta un sí o un no, o respuestas que ya conocemos. Sin

embargo, fue importante desarrollar la habilidad de elaborar preguntas que no tuvieran un sí o un no, sino desde la curiosidad y que permitan seguir con la conversación terapéutica.

- Si se dan opciones de respuesta a los consultantes, se sugiere que estas no sean solo con dos opciones, sino que se le da una gama amplia de posibles respuestas y de diversas cualidades. Por ejemplo, si se está externalizando el miedo, se le pregunta qué relación tienes con el miedo. Se le dan algunas ideas como son amigos, enemigos, son compañeros, en lugar de solo decirle el miedo es tu amigo.

- Intervención clínica en coterapia: planeación de las sesiones, organización dentro de las sesiones, establecer formas de comunicación dentro de las sesiones, continuar explorando lo que el otro coterapeuta empezaba a explorar.

3.1.1 Casos Atendidos

En la tabla 4 se muestran los casos atendidos en las diferentes sedes clínicas como terapeuta y coterapeuta, el modelo que se utilizó, el número de sesiones, el motivo de consulta que refieren los consultantes y el resultado del proceso terapéutico (alta, baja, canalización).

Tabla 4. Descripción (modelo que se utilizó, número de sesiones, motivo de consulta y el resultado del proceso terapéutico) de los casos atendidos en diferentes sedes clínicas como terapeuta y coterapeuta.

Caso	Modelo	Sede Clínica	Tipo de participación	# de sesiones	Motivo de consulta	Terminación del proceso
1. Pareja	Pareja	Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro	Terapeuta	7	Infidelidad	Alta
2. Individual	Soluciones	Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro	Terapeuta	4	Problemas con su hija	Alta
3. Individual	Narrativo	Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro	Terapeuta	10	Problemas de relación con su hija	Alta
4. Individual	Sistémico	Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Terapeuta	1	Problemas del infante	Canalizó a terapia infantil
5. Pareja	Estructural	Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Terapeuta	8	La hija se fue de la casa	Baja

Tabla 4. Descripción (modelo que se utilizó, número de sesiones, motivo de consulta y el resultado del proceso terapéutico) de los casos atendidos en diferentes sedes clínicas como terapeuta y coterapeuta (continuación)

Caso	Modelo	Sede Clínica	Tipo de participación	# de sesiones	Motivo de consulta	Terminación del proceso
6. Individual	MRI	Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	8	Separación de su pareja	Alta
7. Familiar	Sistémico	Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	13	Ausencia del padre	Alta
8. Pareja	Equipo reflexivo	Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	6	Conflictos por manejo de la ira y falta de confianza	Alta
9. Familiar	Soluciones	Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	7	El padre tiene problemas con sus hijos	Canalizó a Psicoterapia del adolescente

3.1.2 Integración del caso clínico “El Cuidador”

RESUMEN

Este estudio de caso muestra la eficacia del Modelo de Terapia Breve centrado en los problemas (MRI). El modelo propone que el problema son las soluciones intentadas para resolverlo, se interrumpen estos intentos planteando objetivos y un número breve de sesiones. Marco refiere tener problemas en su relación de pareja al sentir la responsabilidad de cuidarla a pesar de querer separarse. Se estableció modificar la manera en que se relacionaba con su entorno debido a su rígido concepto de lo que significa ser responsable. Se exploraron las pautas para conocer las soluciones intentadas y poder bloquearlas, aplicando las técnicas propias del modelo. Las metas terapéuticas fueron alcanzadas en 7 sesiones, cuando Marco logró afrontar su sentido de responsabilidad sin sentirse culpable.

3.1.2.1 Marco Teórico: Miembro (s) de la familia que cuidan a otro (s) miembro (s) con alguna enfermedad

En algún momento todos (as) cuidamos de alguien, ya sea que se les proporcione cuidados a los niños (as), esposos (as), parejas, amigos (as), el uno al otro, a una persona discapacitada, enferma o de edad avanzada. En algunas ocasiones, estos cuidados deben ser proporcionados en conjunto por profesionales de la salud y familiares. En este apartado se tratará sobre un miembro o miembros de un sistema familiar que cuidan a otro miembro enfermo.

Un cuidador es aquella persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, puede ser la esposa (o), hija(o), hermano (a), un familiar cercano, alguien que le es significativo, o un profesional pagado. Estas personas ponen en marcha diferentes recursos como la solidaridad con la persona que se ve afectada, la realización de diversas actividades para apoyar al grupo familiar y al enfermo, la reorganización de su tiempo y sus actividades. Por lo que su trabajo se vuelve de suma importancia para la familia conforme avanza la enfermedad, no únicamente por la atención directa al familiar, sino también por su rol en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia (Betzdek Legal Services, 2012; Expósito Concepción, 2008).

¿Qué es lo que lleva a un familiar a cuidar a su familiar enfermo? La antropóloga Comas d' Argemir explica que el cuidado tiene dos componentes: el componente afectivo y el componente moral. El cuidar a un miembro en la familia implica un fuerte componente afectivo (se ama a las personas para las cuales se realiza este trabajo) pero también tiene un componente moral, que se deriva de un conjunto de obligaciones y deberes procedentes de los lazos de parentesco. Este *cumplimiento del deber* es el soporte de las conductas de las familias cuidadoras (Expósito Concepción, 2008).

Estos cuidados proporcionados deben ser continuos e integrales durante las diferentes fases o estados de la enfermedad, lo que demanda mucho apoyo y en muchas ocasiones implica un cambio de vida para todas las personas involucradas, que la mayoría de las veces no se está preparado.

Ahora bien, los cuidadores proporcionan diversos tipos de cuidado, incluyendo: ayudar a preparar alimentos, la limpieza, el manejo de las finanzas personales o familiares, llevar al familiar enfermo a sus citas con el médico u hospital, apoyo económico para cubrir gastos como medicamentos, asearlos, darles sus medicamentos, alimentarlos, entre otros más. Proporcionar este tipo de atención durante un tiempo prolongado genera que los cuidadores presenten fatiga, sensación de fracaso, deshumanización de la asistencia, insomnio, síntomas somáticos, pérdida del sentido de la prioridad, aislamiento social, problemas de salud, automedicación al no asistir al médico, irritabilidad, falta de organización, desgaste emocional (*Ibíd*). Estos síntomas se acentúan cuando el cuidador es solo una persona y se hace cargo de todas las

necesidades del familiar enfermo, que a su vez genera un descuido de su persona y sus necesidades físicas y emocionales.

Es por ello que el cuidador o cuidadores deben dejarse ayudar e intentar distribuir el trabajo en forma más equitativa y aceptar relevos para su descanso, y solicitar a familiares, amigos o vecinos que le han manifestado el deseo de apoyarlos, que le sustituyan para poder descansar o cambiar de actividad y tener tiempo para sí mismos, a fin de evitar el agotamiento físico y emocional. Es primordial que las personas cuidadoras conserven su círculo de amigos, procuren realizar las actividades que hacían antes de dedicarse al cuidado de su familiar, contar con una persona con la que puedan hablar sobre sus sentimientos y preocupaciones, estas pautas de cuidado son formas de reducir el agotamiento, el estrés y mejorar su estado de salud físico y emocional.

Cuidado en el hogar

Antes de decidir si el cuidado en el hogar es apropiado es necesario evaluar las necesidades del ser querido, y conocer qué tipo de ayuda y cuidados médicos se le deberán proporcionar, siendo necesario que los familiares conversen con los profesionales de salud para tomar la decisión más adecuada para el enfermo y la familia.

Una vez que se ha decidido que el cuidado se puede llevar en el hogar, es importante considerar que conforme las necesidades del familiar cambian, la participación de la familia, amigos y profesionales también puede cambiar.

Existen diversas opciones para alguien que será cuidado en el hogar: la persona puede quedarse en su propio hogar con la ayuda de miembros de la familia o con la ayuda de proveedores de cuidado pagados, o irse a vivir con un miembro de la familia dispuesto a darle los cuidados necesarios.

Derechos de las personas cuidadoras

En el Manual de Recomendaciones para cuidadores de pacientes con gran discapacidad neurológica nos indican algunos derechos de las personas cuidadoras (Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud, 2011) que se podrían considerar para cualquier persona con el rol de cuidador, se enlistan a continuación:

- Derecho de cuidar de sí mismos, teniendo espacios, tiempo y actividades para ellos sin remordimientos, sentimientos de culpa, miedo y sin autocrítica.
- Derecho de tener momentos o espacios de su vida que no incluyan a la persona a la que cuidan.
- Derecho de experimentar emociones negativas como tristeza, rabia o enfado.

- Derecho de resolver por sí mismos aquello que sean capaces y, a preguntar y solicitar ayuda a otras personas para resolver aquello que consideran no son capaces o no comprenden, reconociendo así los límites de su propia resistencia y fuerza.

- Derecho de buscar soluciones que se ajusten a sus necesidades y a los de sus familiares.

- Derecho de ser tratados con respeto por aquellas personas a quienes solicitan apoyo y ayuda.

- Derecho de cometer errores y ser disculpados por ello.

- Derecho de ser reconocidos como integrantes valiosos e importantes del núcleo familiar incluso cuando sus puntos de vista sean distintos.

- Derecho a recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por lo que hacen por la persona a quien cuidan.

- El derecho a admitir y expresar sentimientos, tanto positivos como negativos.

- Derecho a decir *no* ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.

- Derecho a seguir desarrollando su propia vida y disfrutar de ella/él.

- Derecho a rechazar cualquier intento de manipulación que haga la persona cuidada, que la lleve a sentirse culpable, responsable o deprimido.

- Derecho a estar orgullosos por la labor que desempeñan y reconocer el valor que tienen para satisfacer las necesidades y cuidados de la persona a la que cuidan.

- El derecho a recibir ayuda y soporte, al igual que la persona a la que cuidan.

3.1.2.2 Descripción del proceso terapéutico caso clínico “El Cuidador”

El siguiente caso clínico fue atendido en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” en coterapia por las terapeutas *Gabriela Cervantes Galicia* y *Luis Darío Villela Soto*, bajo la supervisión directa de la Mtra. Miriam Zavala Díaz en la materia Supervisión Clínica del Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas (MRI) y con el equipo terapéutico: Andrea Anaya Acosta, Elizabeth Alderete Rivera, Anaid Georgina Casas López, Paola Anaid Carreño Fernández, Victoria Cervantes Camacho, Cindy Roxanna Estrada Tosca, Elia Cecilia Fajardo Escoffié y Nancy Isabel Morales Aguilar.

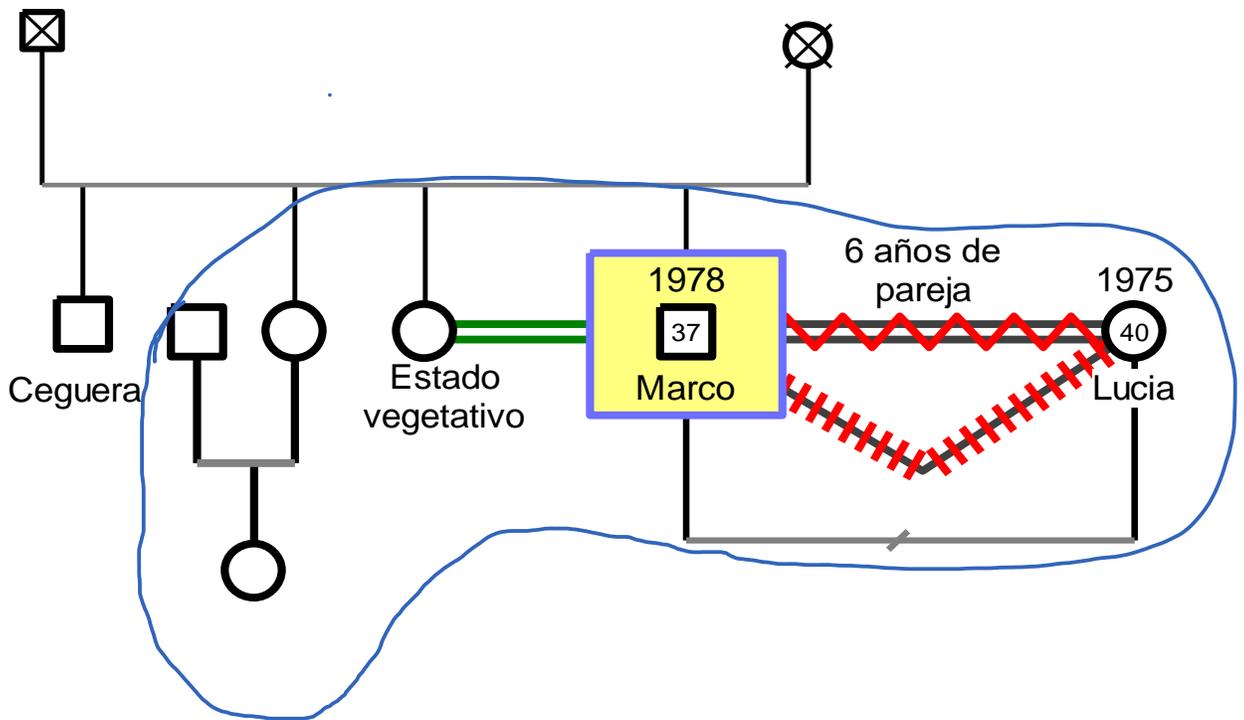
El proceso terapéutico se realizó de forma individualizada y el marco epistemológico que se utilizó para el diseño de las intervenciones y del proceso fue el Modelo del MRI. Tuvo una duración de 8 sesiones y el tiempo entre una sesión y otra fue de una semana. El espacio físico donde se llevaron a cabo las sesiones fue en la cámara de Gesell de dicho centro, la cual estaba equipada con cámaras y sistema de audio. El equipo terapéutico se comunicaba con los terapeutas a través de papelititos.

Datos generales del consultante¹

Nombre: Marco
Edad: 37 años
Edo. Civil: Casado
Escolaridad: Licenciado en veterinaria
Ocupación: Académico en la UNAM
Nivel socioeconómico: Medio

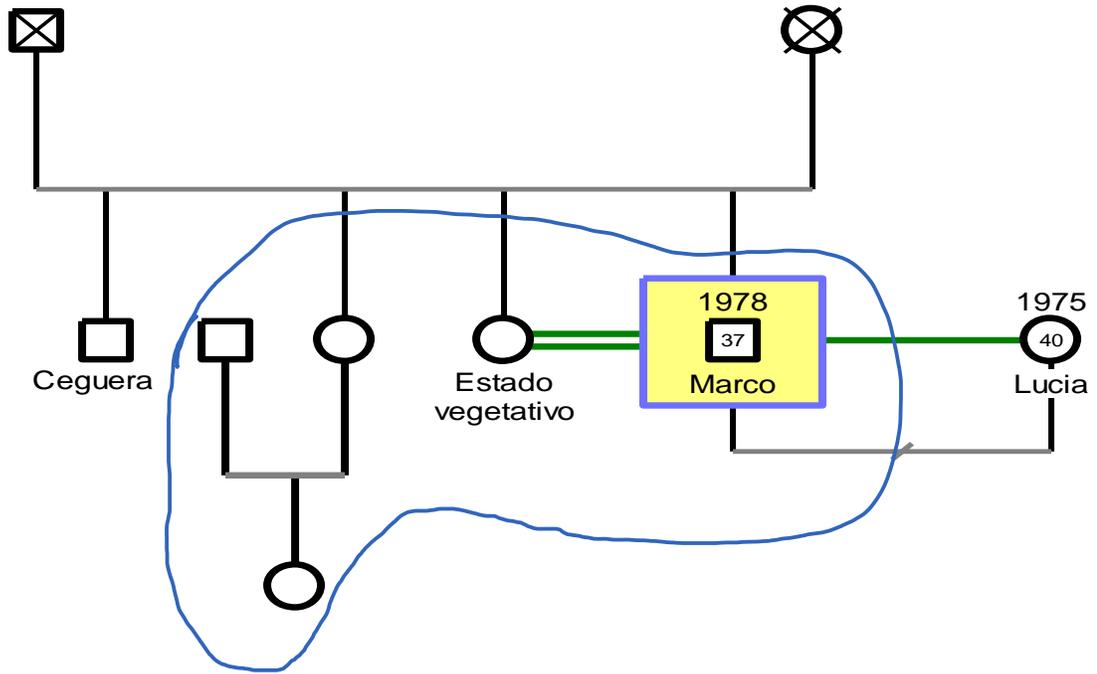
Familiograma

A) Al inicio del proceso terapéutico



¹ El nombre de los consultantes ha sido modificado

B) Al final del proceso terapéutico



Acotaciones

	Cercano/ cuidador
	Separación
	Armonía
	Viven juntos
	Cercanos/ conflicto
	Desconfianza
	Paciente identificado

Marco vive en la casa que era de sus padres, con su pareja, sus dos hermanas, una de las cuales está casada y tiene una hija; la otra se encuentra en estado vegetativo, por lo que los hermanos se turnan para cuidar de ella, aunque siempre él termina asumiendo mayor responsabilidad. La relación con ellas es cordial

y armoniosa. De igual modo, aunque su hermano no vive con ellos, refiere tener una buena relación con su hermano, quien tiene ceguera, y a quién en ocasiones suele acompañar a sus consultas médicas o algún otro sitio.

Motivo de consulta

Marco narra tener problemas de inseguridad en el área conyugal y laboral, así como codependencia, baja autoestima y problemas de pareja. Manifiesta tener sentimientos de culpa y remordimiento en sus relaciones interpersonales, específicamente en la dinámica familiar y conyugal, así como en la toma de decisiones.

La relación con su esposa es conflictiva y refiere que ella lo cela mucho, lo cual ha ocasionado discusiones. Considera que ha dejado de realizar actividades que disfrutaba y de frecuentar amistades y familiares, con tal de evitar conflictos con Lucia, su pareja. Éstas son soluciones que ha intentado para resolver el problema. No obstante, esto no le ha dado resultado, provocando en él sentimientos de frustración y culpa.

Antecedentes del problema

El consultante manifiesta que los problemas de autoestima iniciaron cuando tenía 10 años; sin embargo, se han incrementado desde hace 6 años, cuando inicia su relación de pareja actual. Marco describe que se casó con Lucia porque se sintió comprometido y responsable, ya que ella le manifestó que casarse le daría seguridad en su relación; sin embargo, él no estaba seguro de hacerlo. También, reconoce que por los celos de su pareja ha dejado de realizar actividades que disfrutaba y de frecuentar amistades y familiares, para evitar problemas con ella. A pesar de ello, sigue habiendo conflicto y esto provoca en él sentimientos de frustración, ansiedad y culpa. La pareja se ha separado en periodos anteriores, regresando al poco tiempo.

Otra forma en la que intentaron resolver el conflicto fue acudir a terapia de pareja, aproximadamente 10 meses antes de este proceso terapéutico, pero sólo se presentaron a tres sesiones debido a que él se sintió expuesto e incómodo, motivo por el cual abandonaron el proceso terapéutico.

Objetivos del consultante al asistir a terapia

Inicialmente, Marco deseaba trabajar con su “inseguridad” y “autoestima”, ya que consideraba que era muy fácil que los demás influyeran en sus decisiones y terminara por hacer lo que otros le decían. Además, quería poder poner límites en su relación de pareja y poder terminarla, puesto que se relacionaba con personas que necesitan de su ayuda incondicional. Posteriormente durante el proceso se van negociando

otros objetivos con él: buscar sentirse en control y calma con él mismo, no accediendo a los deseos de otras personas sobre los propios, poder nombrar a la voz y controlarla y dejar de tener sentimientos de culpa.

Definición del problema

Como se mencionó anteriormente, el modelo terapéutico que se utilizó para la construcción del proceso terapéutico fue el de Terapia Breve Centrado en los Problemas (MRI). Por lo que se definió el problema en base a este modelo.

Al comienzo del proceso terapéutico, éste se centró en conocer a detalle la forma en que Marco se relacionaba con su pareja y las soluciones intentadas para resolverlo, ya que desde esta perspectiva, la problemática del consultante se determina a partir de los intentos de solución infructuosos o soluciones ensayadas, que las personas han utilizado para hacer frente a los trastornos o síntomas actuales, lo cual genera pautas y circuitos disfuncionales de relación mantenidos por el sistema consultante (Calderón, 2009; Nardone y Watzlawick, 1992).

En este sentido, la motivación básica que guiaba los intentos de solución por parte de Marco era la evitación del conflicto con su esposa. Siguiendo los intentos de solución más frecuentes de los consultantes descritos por Fisch, Weakland y Segal (1982) se concibe que la problemática de Marco se mantenía por la combinación de las siguientes:

- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa: dar explicaciones y justificaciones ante las sospechas de Lucía, respecto a infidelidades por parte de Marco.
- El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo (evitar el conflicto): quedarse callado ante los reclamos; cuando Lucía se alteraba y somatizaba, Marco solía quedarse ahí para tranquilizarla o llevarla al doctor; ceder ante las exigencias de Lucía respecto a pasar tiempo juntos o hacer las cosas como ella quería, lo cual incluía que él se alejara de sus amistades y familiares; separarse, terminar la relación (aunque sólo por periodos cortos).

Para Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) existen tres formas de crear un problema, de las cuales Marco se ubica en las siguientes:

- Síndrome de Utopía: Marco sabía que podía cambiar ciertos comportamientos para estar mejor, pero en parte esperaba que, al hacer estas modificaciones, los demás a su alrededor se comportaran también de forma distinta, en especial Lucía; en este sentido, él intentaba resolver un problema que es inmodificable (cambiar a Lucía). De igual modo, en la primera parte de tratamiento, Marco expresaba una postura en la que parecía querer obtener una solución última al problema, que consistía en ser lo más responsable posible (solucionar todo a todos).

- Paradoja: Marco intentaba un cambio tipo 1 (dar explicaciones a Lucia, cambiar su número celular, quedarse callado, alejarse de sus amistades, etc.), todo ello dirigido a evadir las consecuencias de una decisión más definitiva. En realidad, lo que se requería era un cambio tipo 2, que implicaba la realización de tareas para romper la pauta, las cuales se explicarán más adelante. A pesar de que Marco tenía claro que debía realizar ciertas modificaciones en su conducta para que su situación mejorara, esperaba un cambio en Lucia, pero deseaba que éste fuera algo que ella realmente deseara. A lo largo de las sesiones él relató que los cambios en ella eran sólo temporales y circunstanciales, cuando veía que él se alejaba.

Descripción de las intervenciones realizadas durante el proceso terapéutico

Al explorar el motivo de consulta, Marco refiere que tiene problemas de inseguridad, llevándolo a tomar malas decisiones que no lo dejan estar en paz, así como miedo a la soledad, que lo lleva a estar con personas que necesitan de su ayuda. El consultante refiere problemas con su pareja; menciona que Lucia constantemente se muestra celosa, le reclama y lo chantajea; esto lo lleva a sentir intranquilidad.

Posteriormente, Marco relaciona su inseguridad con el problema conyugal; indica que éste lo lleva a dejarse influenciar. La inseguridad la identifica a un nivel interno, no tanto conductualmente, pero se refleja en no poner un alto a su pareja. En la cuestión laboral no se refleja la inseguridad, porque tiene que concentrarse en sus actividades. Así, se establece una distinción entre el “Marco en el trabajo”, que es una persona transparente y libre, en contraste con el “Marco en casa”, que se siente inseguro, intranquilo ante los reclamos, celos y chantaje, que lo llevan a defenderse. Marco expresa que para mostrarse seguro él podría poner límites en su relación de pareja, por ejemplo, podría irse a trabajar fuera del Distrito Federal, que es algo que ha querido hacer pero que no lo ha hecho.

Para conocer la postura del consultante frente al proceso terapéutico y su nivel de motivación se le preguntó ¿qué tan dispuesto está a hacer las cosas que se propongan, aunque le parezcan extrañas? Respondió que está dispuesto a cumplir con lo que se le pida. Finalmente, se redefine la codependencia y la inseguridad como una dificultad para ejecutar las decisiones y poner límites en su relación de pareja. Se asignó una tarea que consistió en responder a su esposa de forma distinta, ya que cuando ella lo acusaba él se defendía, le explicaba, se justificaba y trataba de tranquilizarla, dejaba de “ser transparente” (ser él mismo, hablar con sus amigos o a cualquier persona, saludar a otros, sentirse libre), entonces para romper con este circuito se le pidió que cuando ella lo acuse, decir: *“entiendo que te la estás pasando muy mal, pero es lo único que puedo ser”*, y posteriormente alejarse de ella.

Al redefinir la problemática de Marco de “codependencia e inseguridad” a “poner límites en su relación de pareja”, se consideró en la categoría de problema “interacción entre el sujeto y los demás” (Nardone y Watzlawick, 1992).

De acuerdo al modelo, se puede definir lo siguiente en cuanto a la postura del consultante:

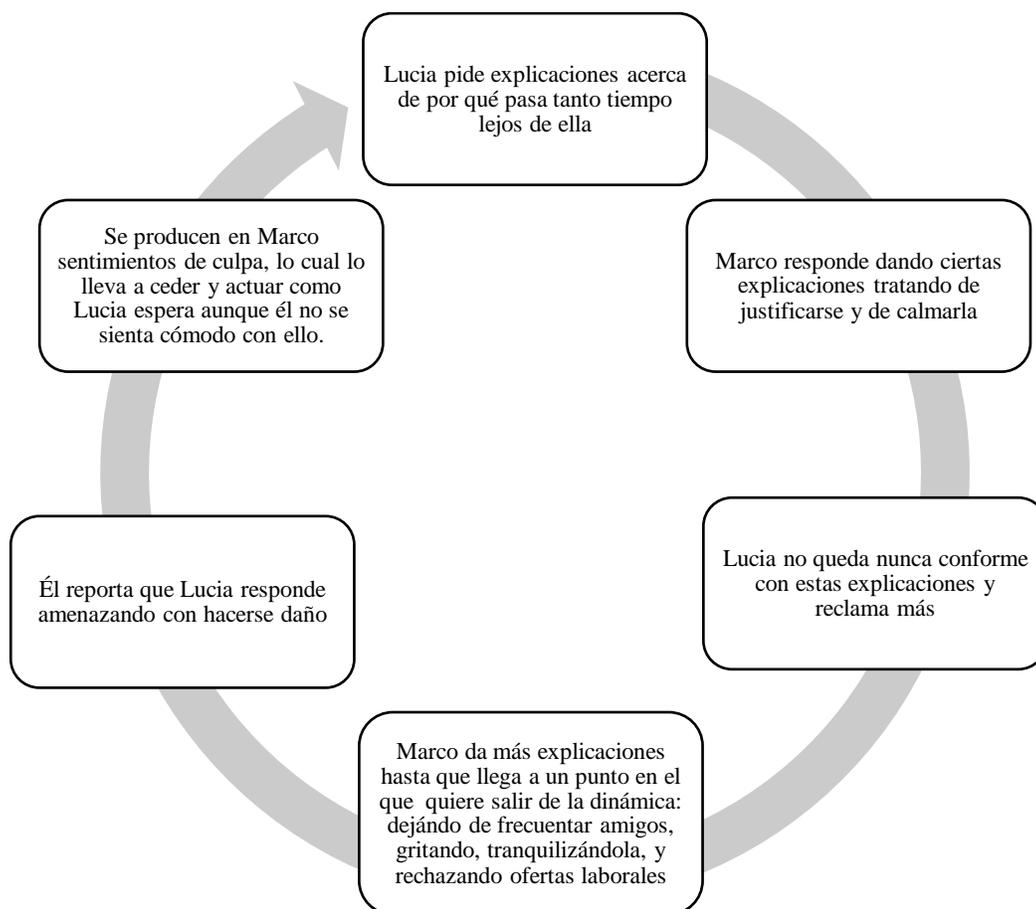
- Postura ante la dolencia: Marco consideró que su problema era muy incómodo, por lo cual, para él, el cambio era una necesidad.
- Postura ante la solución del problema: Marco manifiesta que el problema, aunque difícil, puede ser afrontado.
- Postura ante la terapia: Se considera a Marco como un cliente, ya que, en general, se mostró muy interesado y comprometido con el cambio; aun cuando las intervenciones le parecieran extravagantes, seguía las indicaciones de los terapeutas teniendo una postura de aceptación y colaboración. Buscó activamente la ayuda del terapeuta; no hubo necesidad de convencerlo, por lo que la mayoría de las prescripciones fueron de forma directa.

El objetivo de la segunda sesión fue revisar la tarea, obtener la información sobre la pauta interaccional que impide que ejecute y que ponga límites a Lucia, así como seguir definiendo la problemática. Marco comentó que, a lo largo de los últimos 15 días, se presentaron cuatro episodios de conflicto con su pareja, en las primeras tres veces logró llevar a cabo la tarea y responder como se le había indicado. Comentó que cuando lo hizo, se sintió más tranquilo, aunque después apareció un sentimiento de culpa. Así, se procedió a hacer una separación entre los problemas de Marco y los problemas de Lucia, enfocando el conflicto en los pensamientos de culpa.

Con lo anterior, se hizo una redefinición del problema, de marcar los límites en su relación de pareja a trabajar en sus pensamientos de culpa, para poder terminar la relación de pareja con Lucia. Se hizo evidente que los pensamientos de culpa no sólo surgían a partir de los reclamos y chantajes de Lucia, sino también se presentaban en relación con el cuidado de su hermana. La problemática pasó de ser considerada en la categoría de problema “interacción entre el sujeto y los demás” a un problema de “interacción del individuo consigo mismo” (Nardone y Watzlawick, 1992).

De igual modo, se propuso hablar de pensamientos de culpa en comparación con los sentimientos, ya que es más fácil tener control sobre los primeros. Finalmente, se asignó continuar con la tarea prescrita en la primera sesión (responder a su esposa con el siguiente mensaje “*entiendo que te la estás pasando muy mal, pero es lo único que puedo ser*”), y se agregó escribir un diario de la culpa, donde tenía que anotar sus pensamientos todas las veces que aparecieran. Con la información obtenida en esta sesión se definió la pauta de interacción de la problemática de la siguiente manera (véase figura 5):

Figura 5. Pauta de interacción que mantiene la problemática



El objetivo de la tercera sesión fue observar si el diario de la culpa cumplió la función de romper o modificar la pauta de interacción entre Marco y Lucía, así como revisar su mapa del mundo para visualizar y comprender las creencias que estaban sosteniendo los pensamientos de culpa y el rol de cuidador primario.

Al comenzar la sesión Marco mencionó haber realizado la tarea, aunque el escrito lo hacía en la noche y no en el momento en el que venían los pensamientos de culpa, ya que éstos aparecían con mayor frecuencia cuando iba manejando, es decir, cuando estaba solo y tenía tiempo de reflexionar. Mencionó haberse dado cuenta que sentía lástima por Lucía, ya que pensaba que, sin él, ella quedaría desamparada, y esto le generó mucha culpa.

El consultante señaló que tiene una casa en Coacalco, donde Lucía estaba alojándose en esos momentos por cuestiones de salud y porque podía contagiar a su hermana. Lucía utilizó los siguientes argumentos para que Marco se quedara con ella: “me voy a matar”, “me siento mal”, “no he comido”, “no tengo dinero”, etc. Él se paralizaba al pensar que ella podría lastimarse por su culpa y por eso se quedaba,

aunque al mismo tiempo se cuestionaba si era un chantaje. Cuando pensaba que lo estaba manipulando, los pensamientos de culpa desaparecían y se convertían en enojo. Esto mismo ocurría cuando intentaba terminar la relación con ella, ya que pensaba que era su responsabilidad ayudarla, aunque sabía que Lucia tiene capacidades para resolver su situación.

Se exploró cómo estaba relacionada la enfermedad de la hermana con los pensamientos de culpa y al mismo tiempo, con su relación con Lucia. Marco mencionó que es una persona responsable no solamente con su esposa, sino que también con su hermana discapacitada. Mencionó que se siente una persona indispensable, lo cual le genera enojo hacia sí mismo porque deja de ser responsable con él.

Se indagó el concepto de responsabilidad y de ser indispensable, y se cuestionó si son conceptos similares. Para él, ambos conceptos significaban lo mismo; piensa que el ser indispensable implica que no existen otras personas que resuelvan la situación, y que ser responsable es responder ante sus actos. Se estableció que se puede ser responsable sin ser indispensable cuando existe confianza en la otra persona, es decir, que debe confiar en que la otra persona cumplirá con sus responsabilidades.

Como tarea se le dejó que trajera definiciones de responsabilidad, que reflexionara acerca de que la responsabilidad también lo incluye a él mismo y ¿qué podría hacer o dejar de hacer para enseñarle a Lucia a ser responsable? Se le pidió que trajera dos ejemplos de cómo había sido en esta semana “ser” responsable de sí mismo y cómo había hecho cosas para enseñarle a Lucia a ser responsable de sí misma.

El objetivo de la cuarta sesión fue reflexionar acerca de los conceptos de responsabilidad y de ser indispensable, así como la manera en que esto se relacionaba con Lucia. Se revisaron las definiciones de responsabilidad y surgieron conceptos como libertad, conciencia, reparación de los daños causados y consecuencias. Marco consideró haber cometido un error al casarse con Lucia y consideró que está pagando las consecuencias. Se le cuestionó que también existe una responsabilidad consigo mismo y el ser responsable no implica ponerse al servicio de otros.

Se revisaron las situaciones en las que Marco se hace responsable de sí mismo y aquellas en las que ayuda a Lucia a hacerse responsable. En los ejemplos consigo mismo relató decisiones de vida que ha asumido a pesar del desacuerdo de otros (dejar de estudiar un tiempo y no trabajar como “trailerero” al igual que su padre) y en los ejemplos sobre Lucia mencionó intentar que ella se haga consciente de sus actos. Comentó que Lucia no vive sus consecuencias porque él le soluciona todo para complacerla y evitar conflictos.

Se le plantearon dos posibles caminos: el del cambio y el de no cambio, y se le invitó a reflexionar acerca de las consecuencias y los beneficios que traerían cada uno de estos caminos, ya que se consideraba probable que Marco esté tan acostumbrado a ser indispensable que no pueda vivir con una mujer responsable

de sí misma. También se le sugirió escuchar “la voz” que le impedía poner límites y dejar a Lucia, en vez de intentar deshacerse de esta voz y callarla.

Marco no asistió a la quinta sesión, sin embargo, se le envió un correo con el siguiente mensaje: “Queremos que sepas que una vez más el grupo está dividido. Una parte piensa que vamos muy bien y nota que te muestras dispuesto a hacer lo necesario para liberarte de las responsabilidades que no te corresponden y poder ser libre de ocuparte de ti, de vivir tu vida. Sin embargo, otra parte del grupo tiene dudas acerca de que estemos tomando el rumbo adecuado para ayudarte a lograr tus objetivos de sentirte más tranquilo y poder separarte de Lucia; piensa que hemos estado ignorando la importancia que para ti tienen la responsabilidad, así como la tranquilidad enorme que ganas al cumplir con lo que consideras tu deber, ya que al hacer las cosas tú, sin delegar nada en nadie, te aseguras de tener el control de todo”.

El objetivo de la sexta sesión fue conocer las ideas que se generaron en Marco al recibir el mensaje del equipo (correo), y explorar qué decidió hacer con respecto a la responsabilidad, particularmente qué hizo con la “voz”.

Dentro de la sesión, Marco mencionó que logró discutir con Lucia y llegar a una conclusión: “ni tu ni yo estamos bien”; también abordó la posibilidad del divorcio, estableciendo dos meses de prueba para que la relación funcione, antes de decidir. Habló de los cambios que ha desarrollado para sentirse más tranquilo y menos responsable de su pareja, como son: ocupar su tiempo en actividades que le gustan a él, enfocarse en un proyecto que tiene en su trabajo; tomarse su tiempo, su espacio y pensar en sí mismo. El lograr hacer una separación con Lucia los días que ella se encontraba en la casa de Coacalco, le ayudó a identificar más fácilmente los chantajes que ella le hace y a no caer en ellos, de manera que hizo cambios en su relación.

Sin embargo, Marco indicó que le hace falta callar a la voz y dejar de estar en la “etapa tibia”, para poder tomar decisiones; refirió que quiere separarse pero que aún no se siente firme, le gustaría tomar decisiones y afrontar lo que sea, al mismo tiempo quiere recuperar las cosas que ha dejado (amigos, familia, etc.). También, mencionó que él tiene muchos apegos que le impiden tomar sus decisiones y realizar las actividades que él quisiera. Debido a lo anterior, se redefinió el apego, pasando de ser algo negativo a algo sano y necesario.

De igual manera, se redefinió el objetivo de la terapia; en vez de apoyarlo a que se separe de Lucia, se le ayudaría a ponerle nombre a la voz y controlarla. Para comenzar con el nuevo objetivo, se le dejó de tarea, que pensara e hiciera cosas para poder “domesticar la voz”.

Los objetivos planteados en la séptima sesión fueron revisar la tarea, redefinir lo que Marco refiere como problemas de baja autoestima y codependencia e indagar sobre la pauta entre Lucia y él. Marco mencionó que pensó en hacer cosas diferentes, pero resultó infructuoso, porque no se le ocurrió nada y no

pudo llegar a ninguna conclusión. También se indagó sobre la pauta entre Lucia y Marco, observando algunos cambios en la misma. Marco refirió que decidió darse su tiempo para realizar actividades que le gustan, pero al tomar esa decisión, se sintió mal, ansioso e intranquilo; interrumpió sus actividades para asegurarse que Lucia se encontrara bien, intentó ahorrarse discusiones, aunque no lo logró y señaló que si se toma su tiempo se convierte en un problema mayor. Se hizo la distinción entre conflictos mayores y menores, así como del costo-beneficio que esta manera de actuar le trae.

Al describir nuevas estrategias para domesticar la voz, Marco señaló: “yo siento que tengo un problema de autoestima y siento que no me merezco las cosas, creo que soy codependiente de Lucia y no me la he podido quitar”. Posteriormente, se redefinió la baja autoestima como una expresión de la voz de culpa y se finalizó la sesión con la normalización de las recaídas, indicándole que el equipo cometió una falta al no advertirle que iba a tener un retroceso cuando regresara su esposa a la casa. Se le dejó de tarea echar un volado diario, para indicar la postura que mantendría durante ese día: cuando cayera sol estaría en postura “tibia”, lo cual implicaría quedarse en casa, pasársela bien, hacer el intento de que las cosas funcionaran con Lucia; por otro lado, cuando cayera águila, estar en una postura “fría” o “caliente”, debería tomar decisiones más definitivas, enfrentar incomodidades y las consecuencias de las decisiones.

La octava sesión tuvo como objetivo la revisión de la tarea para observar si le fue de utilidad para tomar decisiones más definitivas, dejando de escuchar a “la voz”. Marco mencionó que la tarea se realizó “a medias” y narró una situación en la que respondió de manera fría, volteándose a ver a sí mismo para mantener esta postura. Lucia amenazó con irse de la casa cuando él no cedió ante sus reclamos, y él, a pesar de haber tenido la sensación de querer rescatarla nuevamente, permitió que ella se haga cargo de sus decisiones. Mencionó haber tenido sentimientos encontrados, ya que, aunque la experiencia le dice que los cambios en su esposa son temporales, la manera en la que abordó esta vez la situación le hizo sentir más tranquilo, le dio menos explicaciones a ella y mantuvo su vida privada.

Se hizo una recapitulación de la sesión y posteriormente una evaluación de la terapia y de lo que tenía que seguir trabajando para mantener el cambio. Se prescribió una recaída y se hizo una recapitulación del proceso terapéutico para devolverle la agencia personal sobre los logros.

Se observó que Marco logró deslindarse de ciertas responsabilidades y que comenzó a notar cambios en su entorno cuando él hacía cosas distintas, es decir, cuando se volteaba a ver a sí mismo. Marco mencionó estar listo para seguir trabajando en el cambio por sí mismo porque ya tiene las herramientas necesarias para lograrlo. Si bien no se dio de alta el caso, se consideró que se alcanzaron los objetivos terapéuticos planteados. Se hizo una sesión de seguimiento en agosto.

Siguiendo el concepto de “cambio mínimo” (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974), se considera que las modificaciones que Marco ha logrado, inducirán a cambios posteriores más significativos en distintas áreas de su vida.

Se llevó a cabo la sesión de seguimiento, se encontró que los cambios que Marco hizo durante el proceso terapéutico seguían persistiendo en el tiempo y además se seguían generando otros cambios: se mudó a vivir solo y declaró sentirse muy tranquilo y en paz consigo mismo, siguió afrontando con seriedad sus responsabilidades pero ya no permite que estas lo abruman, refiere sentirse en completa libertad de conocerse a sí mismo y disfrutar a la gente que lo rodea y lo reconoce, se separó de Lucia en buenos términos pues aún la apoya, retomó sus amistades, mejoró sus relaciones familiares, en el trabajo le hicieron una propuesta laboral que aceptó e implicó un cambio en las funciones que venía desarrollando y ahora reconoce sus fortalezas y recursos para enfrentar las dificultades que se le presenten “ya sé, como utilizar mi miedo y mi responsabilidad a favor”.

Intervenciones dirigidas al cambio

El proceso terapéutico estuvo dirigido a romper las pautas problemáticas consigo mismo y con su pareja. De acuerdo con las estrategias propuestas por Fisch, Weakland y Segal (1982) se llevaron a cabo las siguientes intervenciones generales (véase tabla 5) y principales (véase tabla 6).

Tabla 5. Intervenciones generales implementadas durante el proceso terapéutico

<i>Intervenciones generales</i>	
No apresurarse	Después de la primera sesión, Marco llegó muy entusiasmado, comentando que había visto cambios importantes en su interacción con Lucia; había podido ignorarla cuando ella comenzaba con reclamos, lo cual lo hacía sentir más tranquilo. Siguiendo lo que indica la teoría, se le dijo a Marco que no fuera tan rápido, que los cambios exigen tiempo para poderse sostener y las modificaciones lentas se mantienen con mayor firmeza. Con esto se buscó prevenir una recaída y evitar que Marco se desanimara ante el proceso terapéutico.
Peligros de una mejoría	Se le dijo a Marco que la mitad del grupo pensaba que él iba bien en el sentido de poder dejar la responsabilidad de que las cosas fueran bien con Lucia y la otra mitad del grupo pensaba que dejar una responsabilidad tan grande no era fácil y requería más tiempo y trabajo, pues no se sabía si sería capaz de vivir con una mujer que se hiciera responsable de sí misma. Se buscó que Marco reconociera los peligros inherentes a la solución del problema para aumentar su motivación y que cumpliera con las tareas con mayor continuidad.

Tabla 5. Intervenciones generales implementadas durante el proceso terapéutico

<i>Intervenciones generales</i>	
Cambio de dirección	Inicialmente, el objetivo que se había planteado con Marco era que lograra separarse de Lucia. En un segundo punto del proceso, se reformuló el objetivo, buscando que Marco pudiera sentirse menos culpable y responsable respecto a lo que pasa con ella y respecto a la totalidad de la relación. El objetivo y beneficio de la variación en la postura y en la estrategia, fue evitar la resistencia que se hubiera generado al insistir en la separación de Lucia, y aumentar la eficiencia de la terapia.
Cómo empeorar el problema	Se ofrecieron tres opciones a Marco. Debía escoger por azar entre ser “tibio”, lo cual implicaba actuar aguantándose, dando explicaciones, sintiéndose culpable y enojado; actuar “caliente”, dando la razón y complaciendo en todas sus peticiones a Lucia y actuar “frío”, que implica no ceder ni complacerla en nada, retirarse de la situación de conflicto y no prestarse en ningún momento a escuchar las quejas de ella. Los terapeutas abandonaron la actitud de “esto podría ser útil” y usaron como estrategia todas las cosas que Marco había estado haciendo para solucionar su problema. La utilidad fue que Marco pudiera hacerse más consciente de lo que sucedería si continuaba realizando las acciones anteriores, subrayando su papel activo en la persistencia del problema.

Tabla 6. Intervenciones principales implementadas en el proceso terapéutico

<i>Intervenciones principales</i>	
Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo	Marco evitaba tomar una decisión por el temor a que Lucia se hiciera daño, pero al mismo tiempo se obligaba a confrontarla, no en términos de un cambio, sino en hacer más de lo mismo, de forma que con su discurso pudiera lograr en ella algo diferente. Se usó esta estrategia debido a que el problema implicaba una evasión por parte del consultante. Se buscaba exponerlo a dejar que las cosas pasaran (a su temor respecto a que Lucia se hiciera daño) y verificar si realmente sucedía.
Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa	Se llevó a Marco a actuar con Lucia de una forma en que justificaba todas sus acciones cuando no estaba junto a ella, lo que provocaba que ella siguiera reclamando de manera cotidiana ya que sus sospechas se veían confirmadas. Se plantearon tareas como el decirle a Lucia que él era el peor esposo, pero era lo que había; reencuadrar el problema como una voz que necesitaba ser domesticada; redefinir su concepto de responsabilidad para lograr que Marco rompiera la pauta de ser el perseguido. Se planteó una tarea donde se interrumpía la secuencia de acusaciones y justificaciones, logrando que uno de los actores abandone su papel mediante la “interferencia”, en el que no hay claridad sobre cuándo sucede esto. Esta situación se conoce como “juego del acusador y del defensor”, en el caso del defensor sirve aceptar las acusaciones llevándolas a un grado absurdo. El “juego del acusador y del defensor” se termina cuando una de las partes abandona su papel repetitivo, introduciendo un elemento de incertidumbre a la relación.

Otras intervenciones que se llevaron a cabo se describen a continuación:

Reestructuración. El enfoque constructivista descarta la concepción de representación del mundo como independiente del observador. El conocimiento es resultado de nuestra propia reflexión según la experiencia actual (viabilidad) a partir de lo que percibimos y concebimos (Glaserfeld, 1996). Se buscó reencuadrar el concepto de responsabilidad y de ser indispensable, para cuestionar su mapa del mundo. Toda psicoterapia efectiva consiste en un cambio exitoso en el marco de referencia, es decir, del sentido y valor que una persona atribuye a un aspecto particular de la realidad que da razón de su pena y sufrimiento. Reencuadrar (reframe) significa cambiar el marco conceptual y emocional con el cual se experimenta una situación concreta, cambiando su sentido y dando origen a una nueva “realidad” (Watzlawick, 1999). En este sentido, con Marco se realizaron las siguientes acciones:

- Resignificar la inseguridad y codependencia como no sentirse capaz de ejecutar.
- Resignificar el concepto de apego y autoestima, poniéndolo en términos de conductas observables.
- El problema era su falta de decisión para tomar acciones puntuales, siendo esto provocado por un erróneo concepto de responsabilidad y por la incapacidad de eliminar “la voz” que le decía que solo estaría tranquilo si cede a los deseos de Lucia.
- Normalizar la recaída y la incomodidad al tomar decisiones (sesión 6 y 7). Se le dijo que volver al estado anterior era normal puesto que la tarea se volvía más difícil porque Lucia estaba presente y las voces se alborotaban; los terapeutas dijeron que ellos habían sido responsables por no haberlo previsto. Respecto a la incomodidad al tomar decisiones, se le hizo ver que cuando éstas se toman, no todas las personas alrededor están conformes con ello, pero que uno debe decidir.
- Se reencuadró la baja autoestima, diciendo que una persona con baja autoestima no pide ayuda, no se cuestiona o duda de si merece la vida que está llevando. Eso que él llamaba autoestima se resignificó como autocrítica y se volvió a llevar hacia “la voz”.
- El volado en cuanto a actuar tibio, frío o caliente, es una forma de “actuar como si”. La tibieza se resignificó como no responsabilidad porque él no asumía sus consecuencias.

Uso de lenguaje metafórico. Según lo propuesto por Nardone y Watzlawick (1992), se estableció la metáfora de la domesticación de “la voz” como si se tratase de la relación entre un humano y una “bestia” determinándose que dicha “voz” no debía ser eliminada, sino domesticada, para así ser tomada en cuenta (sesión 4).

Prescripciones directas

1. Mensaje “one down”: “sé que no soy el marido que quisieras, pero es lo que hay”. Se pidió a Marco dar este mensaje a Lucia cada vez que se avecinara un conflicto y los reclamos de ella. Cada vez que Lucia comenzara con reclamos y a acorralarlo, amenazando con ponerse mal o hacerse daño, él se alejaría, saliendo de la habitación o de la casa por 30 minutos, con el objetivo de romper la pauta (*Ibíd*).

2. Diario de la culpa. Más que el contenido del diario, en el que Marco registraría los acontecimientos que lo hicieran sentir culpable, tenía el objetivo del cambio en la pauta de sus propios pensamientos. Esta tarea lo ayudó a darse cuenta de los chantajes de Lucia y de que parte de lo que lo mantiene en la relación es la lástima que siente por ella (sesión 2).

3. Para cuestionar las premisas que sostienen el mapa del mundo, se pueden hacer dos cosas: mandar a reflexionar sobre estas premisas o mandar hacer cosas distintas con la misma finalidad. En este caso, se le mandó reflexionar sobre el concepto de responsabilidad y de ser indispensable, así como buscar definiciones de responsabilidad y escoger dos que más le gustaran para discutir las en la sesión (sesión 3).

Uso de paradojas. Se formuló una división en el equipo terapéutico respecto a dos posturas; la primera, que él estaba listo para el cambio; la segunda, que no estaba listo. Esta fue una prescripción con el fin de entrar en un dilema que lo llevara a tomar decisiones respecto a la postura en su relación (sesión 4) (*Ibíd*).

Reflexiones desde la cibernética de segundo orden

Al principio del proceso me sentía con temor y nervios porque era mi primera vez como terapeuta, pensaba que no tenía los conocimientos suficientes, las herramientas y la experiencia para el caso. Igualmente, ser vista por mis compañeras y pensar que me podían juzgar, me provocaba las sensaciones mencionadas, pero al platicar con los miembros del equipo terapéutico me ayudaron a ver que entre más me preocupaba por querer desaparecer esta sensación y esos pensamientos, más se exacerbaban. Además, era la oportunidad para adquirir esa práctica y esas habilidades que no tenía, que al final me ayudaría a mi proceso como terapeuta.

En la primera sesión me sentía nerviosa, pero no me centré en mis sensaciones, sino en el proceso terapéutico. Eso me hizo estar activa y alerta, fue una parte que contribuyó a una buena sesión y sobre todo a que Marco se sintiera escuchado. Otro elemento muy importante fue Darío como coterapeuta, quien en todo momento me apoyó al igual que el equipo terapéutico. Al final, no puedo decir que han desaparecido esos temores, pero sí la intensidad y el deseo de quererlos erradicar, hoy podemos convivir. Ahora puedo

observar que como terapeutas en formación a veces queremos apresurarnos a tener ciertas herramientas para poderlas aplicar en los casos y se deja de mirar que es un proceso en el que estamos adquiriendo estos conocimientos, y más que no fuera capaz de hacerlo bien por la falta de conocimientos, era debido a este proceso.

Otro momento importante en el proceso, fue el ir haciendo cambios en la forma en que Darío y yo participábamos en la terapia; al principio, daba la impresión de que ambos perseguíamos el mismo objetivo, pero cada uno buscando sus propios medios para alcanzarlo. Darío y yo hablamos acerca de que estando los dos juntos, nos podíamos interrumpir y preguntar. También la supervisora ayudó porque platicó con el grupo sobre la coterapia. Después de contar con esa información, logramos hacer cambios y comenzamos a trabajar como equipo. Un ejemplo de ello fue en la última sesión, donde Darío explicó algo que yo estaba buscando decir. Algo más que contribuyó fue la planeación de las sesiones, tanto por nosotros como por el equipo, quienes hacían aportaciones que enriquecían el trabajo de la terapia. El resultado fue que no solamente nos ayudó a nuestra formación como terapeutas sino también a Marco.

Un aprendizaje más fue el comentario de nuestra supervisora en cuanto a que teníamos que ser más naturales dentro de la sesión. Un día sucedió que Marco nos contó que iba haciendo cambios, y tanto Darío como yo, reaccionamos como si no fuera importante. A lo largo de las sesiones, busqué modificarlo, al final nos permitía estar más cómodos a todos y sentir que no era sólo una cuestión académica, sino una relación entre personas.

A lo largo del proceso Marco nos iba dejando ver que hacía cambios para resolver su problema, todos en el equipo estábamos entusiasmados por el avance. Fue una ocasión que él llegó haciendo varios cambios, nos hizo pensar que seguiría así. Sin embargo, a la siguiente sesión regresó diciendo que las cosas no estaban tan bien. Asumimos que fue nuestro error, por no haber contemplado el contexto en el que se presentaba el problema y me hizo pensar que nos llevaría más tiempo el proceso, lo cual influyó en la última sesión, haciéndome creer que no habría muchos avances.

Por último, hubo momentos en los que forcejeamos con Marco para que entendiera lo que nosotros queríamos decirle. Reflexioné que había momentos en los que me aferro a que la gente entienda lo que quiero decir, lo que me llevó a relacionarlo con la idea de una verdad absoluta y a cuestionarme para qué quiero que las personas lo vean así, y esto en qué forma me hace relacionarme con el otro. Esto me hizo más sensible en las sesiones para poder observarlo y trabajarlo para mi crecimiento personal y profesional.

3.1.2.3 *Análisis y discusión teórico- metodológica caso clínico “El Cuidador”*

El Modelo del MRI, plantea que las personas pueden definirse como clientes o compradores; o bien como no clientes, es decir como visitantes o demandantes. Por lo que, en el caso se definió que el tipo de

consultante que se tenía ante la terapia era un cliente o un comprador. Cabe señalar que se debe tener mucho cuidado en la forma en que se usa este lenguaje, pues se pueden considerar estos términos como algo que describe y construye una realidad, y dejar de pensarlos como descripciones que se emplean en el modelo, o como aspectos que facilitan el abordaje desde este enfoque.

Otro punto en el que hace mucho énfasis el modelo es que la información que se obtenga sobre la naturaleza del problema, cómo se está afrontando dicho problema, objetivos mínimos del cliente, y el lenguaje del cliente, se obtenga en términos de conductas y de forma clara y explícita, ya que de esta forma se permite un abordaje breve y efectivo. Además, son el fundamento sobre los cuales se planifican y se realizan las intervenciones. Como se demostró en el caso el recoger la información de dicha forma permitió obtener resultados efectivos y en poco tiempo. Otro componente que hizo que el proceso fuera breve y efectivo fue no sumergirse en el carácter histórico o anecdótico de las problemáticas que las personas llevan a consulta, si bien en algunos casos se escuchó al consultante cuando hacía referencia en este punto, pero en ningún momento se perdió de vista que la exploración de la problemática tenía que estar centrada en el aquí-ahora, es decir, en lo que está sucediendo en el presente. A este carácter breve también se le sumó el definir los objetivos en términos claros, operacionales y observables, facilitando tener claridad en el proceso y en los objetivos que se deseaban alcanzar, ya que si se hubieran establecido de forma ambigua los cambios que se querían alcanzar, se corría el riesgo de establecer objetivos quizá imposibles de alcanzar y que hicieran que el proceso fuera más largo, en ese caso ya no se estaría hablando de un proceso breve, que es lo que caracteriza al modelo del MRI.

Para este enfoque, los problemas son resultado y se mantienen por el tipo de solución que las personas utilizan, pues van encaminadas hacer más de lo mismo, por ello fue fundamental conocer que soluciones había empleado Marco y Lucía para hacer frente al problema con la finalidad de bloquear estos intentos de solución. Todas estas acciones realizadas se les llamará impulso básico pues se centran en un determinado tipo de soluciones, que en el caso de Marco era evitar el conflicto. Para ello era necesario planificar las sesiones y diseñar intervenciones que evitaran este impulso básico. Por ejemplo: se le asignó una tarea que consistió en responder a su esposa de forma distinta: *“entiendo que te la estás pasando muy mal, pero es lo único que puedo ser”*, y posteriormente alejarse de ella, contrario a lo que él venía realizando que era defenderse, explicarle, justificarse, tranquilizarla, entre otras.

Para este caso fue importante conocer la postura de Marco ante el problema, las soluciones y la terapia, en primer lugar porque es otro factor además de los ya citados anteriormente para realizar un proceso breve, en segundo lugar porque se utilizó para aumentar la colaboración de Marco, la aceptación y la puesta en práctica de las intervenciones diseñadas por el sistema terapéutico y en tercer lugar porque a través de

conocer su postura ante estas tres cosas, se pudo influir sobre él para que afrontara de una forma distinta el problema.

Siguiendo con el análisis, uno puede diseñar una sugerencia, una tarea o una intervención, no obstante conseguir que el cliente la lleve a cabo es otro tenor, por lo que es necesario “venderla”, para ello se utiliza el marco de referencia del cliente, que se expresa en su postura (creencias y valores). En consecuencia, las tareas de enmarcar y definir de nuevo el marco de referencia de Marco desempeñaron un significativo papel en el acortamiento del tratamiento, otro factor para hacer un proceso breve. Por ejemplo: se resignificó la inseguridad y codependencia como no sentirse capaz de ejecutar.

Como se comentó líneas arriba a través de conocer la postura de las personas se puede influir sobre ellas, otra forma de hacerlo es a través del lenguaje, pues puede dirigirse el pensamiento, la experiencia y las conductas en determinadas direcciones, es decir, el lenguaje describe, crea y distingue realidades. De esta forma el terapeuta puede contribuir a crear problemas terapéuticos o crear soluciones mediante su manera de llevar la entrevista y la terapia en sí. Como se observa en el caso de Marco donde a través del uso del lenguaje se redefinieron ideas como inseguridad y codependencia a no sentirse capaz de ejecutar, la baja autoestima se reencuadró como alguien que no pide ayuda, que no se cuestiona o duda de si merece la vida que está llevando, sentimientos de culpa a pensamientos de culpa, el usar una definición distinta permitió trabajar con conceptos menos abstractos y más fáciles de manejar y de cambiar. Por ejemplo, se dejó de utilizar la palabra “sentimientos” porque hace alusión a que son puros e incontrolables, y se sustituyó por “pensamientos” que parte de la idea de que se pueden modificar.

Dentro de las intervenciones que se prescribieron había algunas destinadas a que Marco fuera más lento, ya que el modelo trabaja con el principio de que un cambio pequeño en una parte de la vida del individuo crea un efecto de bola de nieve, o sea, que se expande a otras áreas, asimismo porque Marco era un cliente que se esforzaba y que llegaba a la siguiente sesión informando sobre algún cambio o una mejoría, también lo invitaban a que siguiera colaborando con cualquier sugerencia que se formulara. Otra idea que está relacionada con el cambio mínimo y que se plasmó en el proceso con Marco es que está misma bola de nieve una vez que rueda, el terapeuta solo necesita apartarse del camino, a lo largo del tratamiento lo que se intentó fue no crear dependencia motivo por el cual, se le devolvió que los cambios que había hecho eran por él y que estaba listo para continuar trabajando en el cambio por sí mismo (octava sesión). Aunado a estas ideas del cambio, hubo sesiones en las que se normalizó que hubiera retrocesos, con la finalidad de que Marco no se desalentara ante los retrocesos y disminuyera su motivación para seguir cooperando.

Dentro de este modelo la directividad del terapeuta es muy sutil y se puede enmascarar, mediante una no directividad aparente o postura “one down”. Esto mismo sucede con las prescripciones terapéuticas están disfrazadas o encubiertas, aparentemente orientadas a un efecto trivial, aunque en realidad tienen como

finalidad un cambio concreto y real de la situación problemática (Fisch, Weakland, y Segal, 1982). Esta posición del terapeuta se utilizó en situaciones en las que, si algo no salía bien, el equipo y los terapeutas se responsabilizaban por ello como cuando Lucía regresó a la casa después de estar unos días en Coacalco, y a Marco le resultó más difícil controlar la “voz”, y empezó a actuar como antes lo hacía (no discutir, asegurarse que Lucía se encontrara bien, aplazar o cancelar sus actividades), ante estos acontecimientos los terapeutas le señalaron que habían cometido una falta al no advertirle que iba a tener un retroceso cuando regresara su esposa a la casa (séptima sesión). Esta es una de las críticas que podría hacerse al modelo, que este tipo de acciones puede conllevar a que los consultantes no se responsabilicen, pero el objetivo de estas prescripciones es más estratégico, realmente se busca un cambio, por lo que aquí los terapeutas son estratégicos.

Al inicio del proceso terapéutico, Marco mostró estar muy entusiasmado por hacer cambios en su situación y se esforzaba para ello, cabe resaltar que al igual que él, el equipo también se encontraba entusiasmado y se esperaba que siguiera trabajando por los cambios. Sin embargo, en algunas sesiones él se cuestionaba o dudaba ese cambio, es decir, presentaba algunas “resistencias” y en una ocasión no asistió a una sesión. Por lo que se utilizó la intervención “los peligros de una mejoría”, en la que se le indicó que posiblemente no estaba preparado para vivir con una mujer responsable de sí misma, con la intención de aumentar su motivación y de utilizar la “resistencia” que llegaba a mostrar como una forma de generar un avance en la terapia, lo que a su vez contrarrestaba la resistencia.

Para finalizar el análisis del caso, se le prescribió una tarea (sesión 4): que trajera dos ejemplos de cómo había sido ser responsable de sí mismo y cómo había hecho cosas para enseñarle a Lucía a ser responsable de sí misma. Sin embargo, no se planteó de forma adecuada lo que generó que no se pudiera aprovechar al máximo dicha intervención.

3.1.2.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas

El sistema terapéutico en los dos casos clínicos estuvo conformado por el equipo terapéutico (terapeutas en formación y supervisores) y los terapeutas a cargo. La forma en que se estructuró y funcionó el equipo terapéutico presentó algunas diferencias en los casos, un elemento que prevaleció fue la estructuración de las sesiones, que se muestra a continuación:

Presesión. Se pueden formular hipótesis, objetivos, temas a explorar sobre el problema de la familia, pareja o individuo, a través de la información obtenida.

Entrevista. Se utilizan las técnicas del modelo que se esté utilizando o si no se está siguiendo un solo modelo se usan diferentes técnicas de los modelos de la terapia familiar.

Pausa. El equipo terapéutico se reúne para discutir las hipótesis o lo que ha sucedido dentro de la sesión, y elabora un mensaje o una intervención para la familia.

Intervención. Los terapeutas a cargo regresan con la familia, la pareja o el individuo y dan a conocer la prescripción o mensaje del equipo.

Post- sesión. El equipo se reúne para analizar las reacciones de la familia, pareja e individuo ante la prescripción, formulando ya sea nuevas hipótesis, preguntas u objetivos.

En el caso clínico “El Cuidador”, el sistema terapéutico estuvo conformado por el equipo terapéutico (8 terapeutas y supervisora) y dos terapeutas a cargo del caso.

El equipo terapéutico participó de forma activa y estratégica durante las sesiones, ya sea transmitiendo algún mensaje para Marco, o alguna pregunta o comentario para los terapeutas. En la pausa se generaba un mensaje por parte del equipo para los terapeutas y el consultante, y/o la prescripción de alguna tarea, siempre con la finalidad de alcanzar la meta terapéutica.

La participación que tuvo el equipo era importante, ya que generaba nuevas aperturas en las conservaciones, preguntas que creaban nuevas posibilidades o en algunos casos rescataban ideas o preguntas que se habían dejado de lado durante la sesión y era esencial continuar explorándolas. Asimismo, el equipo fue una pieza fundamental en intervenciones que querían desafiar a Marco y motivarlo a continuar con el cambio, es decir, en nombre del equipo se le transmitían mensajes y/o prescripciones, cuidando así la alianza de los terapeutas con él. Por ejemplo, en la sesión 5 se le envió un correo electrónico con el siguiente mensaje: “Queremos que sepas que una vez más el grupo está dividido. Una parte piensa que vamos bien... Sin embargo, otra parte tiene dudas acerca de que estemos tomando el rumbo adecuado” (véase sección 3.1.2.2, p.59). Por lo general, los terapeutas se unían a la parte del equipo que pensaba que él era capaz de hacer cambios.

El equipo terapéutico y los terapeutas a cargo establecieron como medio de comunicación el uso de papелitos que contenían información (preguntas o mensajes) para los terapeutas y/o Marco (no se contaba con interfón), esto se comentó con el consultante (en algún momento de la terapia él conoció al equipo).

Una ventaja que ofrecía este sistema era que se metían por debajo de la puerta y evitaba que se perdiera el mensaje o la pregunta original. A veces el inconveniente era que los terapeutas tenían que pensar como introducir o retomar la pregunta o el mensaje, ya que en ocasiones se había pasado a explorar otro tema.

Otro elemento de análisis es el sistema de terapeutas a cargo y supervisora, en este caso la supervisora rescataba ideas a través del envío de papелitos, y su participación era de guía hacía los terapeutas, y en la ocasión que llegó a entrar para transmitir un mensaje que tenía el equipo para Marco, su intervención se centró en ello y nunca en reconducir o conducir la sesión. Además, con sus aportaciones acerca del papel

de los terapeutas dentro de las sesiones, creaba un espacio de crecimiento y desarrollo para los mismos. Por lo que siempre, los terapeutas tuvieron un papel central en la conducción del caso, favoreciendo la alianza terapéutica, así mismo el equipo y la supervisión cumplieron con la finalidad de ser un apoyo para el caso.

Para concluir se hizo el análisis del trabajo en coterapia, en esta situación se observó que, los dos terapeutas lograron entenderse y realizar un trabajo en el que ambos participaron de forma activa, que se reflejaba durante las sesiones con el consultante y en el proceso terapéutico. Durante esta modalidad de trabajo se fueron desarrollando claves de comunicación entre ambos terapeutas, con la finalidad de no interrumpir al otro, de conducir mejor la sesión, o si alguno de los terapeutas estaba explorando algún tema, y el otro terapeuta tenía una aportación, pregunta o duda pudiera introducirla. En otros momentos, los terapeutas crearon espacios de conversación entre ellos para transmitirle mensajes a Marco, provocando que él los escuchara con una apertura diferente al no ser comunicados de manera directa.

Por tales razones fue fundamental que los diferentes grupos que conformaban el sistema terapéutico estuvieran re-evaluando su participación individualmente y como sistema, para que así pudieran establecer alternativas en las que el trabajo de todo el sistema se viera favorecido y resultara benéfico para los consultantes.

3.1.3 Integración del caso clínico “Mujer y el rol de ama de casa”

RESUMEN

Este estudio de caso se trabajó con el Modelo Estructural, que pone el acento en modificar la estructura organizacional y el funcionamiento familiar. La pareja Patricia y Alonso inicialmente solicitó el apoyo psicológico para su hija Marina. Sin embargo, no fue posible brindarle el servicio a ella. El proceso terapéutico inició con la asistencia de la pareja, se estableció trabajar en: cómo podían transmitirle a su hija que contaba con ellos, cómo la situación que habían pasado podía ser útil para que los encontrara diferente y les ayudara a estar mejor como familia. También se trabajó en la relación de Alonso con sus hijos Ernesto y Alexis, asimismo que estos miembros tomaran mayor participación en las labores del hogar. El resultado de las intervenciones fue que Alonso dejó la terapia. Se continuó con Patricia, estableciendo nuevos objetivos. Se interrumpió la terapia por el período vacacional, intentando retomarlo con el inicio del ciclo escolar, pero no se logró tener contacto nuevamente.

3.1.3.1 Marco Teórico: Trabajo doméstico en el hogar

Las labores del cuidado del hogar son fundamentales para el funcionamiento del núcleo familiar y de la sociedad en su conjunto, no obstante, estas labores han sido adjudicadas a las mujeres al considerarlas como algo propio de ellas, por lo que se encuentra fuertemente desvalorado en términos culturales y económicos. Asimismo, el trabajo doméstico remunerado ha reemplazado generalmente al trabajo doméstico no remunerado que aún en día realizan las mujeres como “dueñas de casa”.

Valenzuela y Mora (2009) explican que el trabajo doméstico representa hoy en día una parte importante de la fuerza laboral en todo el mundo, pero especialmente en los países en vías de desarrollo. Las mujeres son las que constituyen esta fuerza laboral mayoritariamente, sus condiciones de trabajo están entre las más precarias. Una de sus características en la actualidad es la gran incorporación de mujeres migrantes a este tipo de trabajo. Entre los factores que han contribuido a un aumento en la demanda de trabajadoras domésticas se encuentra el incremento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, la falta de políticas públicas que permitan conciliar el trabajo con la vida familiar, la feminización de las migraciones internacionales y el envejecimiento demográfico de las sociedades.

Estas mismas autoras señalan que la falta de reconocimiento del valor agregado que aportan las trabajadoras domésticas, ha ocasionado que no sea tomado en cuenta en las legislaciones, a no ser reconocido como otros trabajos, a bajos salarios e insuficiente protección social, a tratos desiguales, injustos y abusivos, al aislamiento social y físico en el que se desarrolla, esto se debe a que, al no realizarse en una fábrica u oficina, sino en el hogar y al ser asociado a una labor propia de las mujeres, permanece virtualmente invisible a los ojos públicos.

El trabajo doméstico tiene gran importancia como continúa fuente de empleo femenino en América Latina, que es particularmente visible en el segmento de la población de bajos recursos, que en ocasiones es su ingreso al mercado laboral. Entre los factores que mantienen esta ocupación como una fuerza de trabajo femenino es el acceso de las mujeres de clase media y alta al mercado laboral, la asociación como un símbolo de estatus o una forma de asegurar mayor tiempo para actividades de recreación y manutención del estilo de vida del grupo familiar (Anderson, 2001).

De acuerdo con información del INEGI (2014) el valor económico que genera el trabajo doméstico y cuidado no remunerado en el hogar (es el tiempo destinado por y los miembros del hogar para realizar las labores de limpieza de la vivienda, preparar los alimentos, limpiar la ropa, hacer las compras de bienes y servicios, así como brindar cuidados generales y de salud cuyo fin es satisfacer las necesidades de los integrantes sin obtener un pago o remuneración) en la sociedad mexicana equivale a 20.5% del Producto Interno Bruto (PIB); lo que quiere decir que por cada 100 pesos generados en la economía, adicionalmente se generarían poco más de 20 pesos si se compraran dichos servicios, lo que refleja la importancia

económica que tiene el trabajo doméstico. Cabe resaltar que el valor de las labores domésticas y de cuidados no remunerados es superior a la participación individual de cualquier actividad económica del país. Si se desglosa el trabajo doméstico en tipos de actividades, los cuidados y apoyo a los integrantes del hogar son los más importantes económicamente, con un valor igual a 7.1% del PIB nacional; en segundo lugar, se ubica la función de alimentación con 4.8% del PIB.

Siguiendo con las estadísticas del INEGI, la población que realiza las labores domésticas y de cuidados está representada por mujeres 52.6%, mientras que los hombres representan el 47.4%. No obstante, son las mujeres quienes aportan 77.7% de las horas totales, equivalente a 3.5 veces la contribución de los hombres a estos quehaceres y con un valor económico de 75.7 por ciento, en cambio ellos destinan en promedio 12.1% horas y su aportación al valor económico es de 24.3%.

Pero, a cuánto equivale el aporte de cada persona por sus labores domésticas y de cuidado en el hogar. En 2013, cada mujer de 12 y más años de edad trabajó el correspondiente a 42,500 pesos netos anuales por sus labores domésticas y de cuidados no remunerados, mientras que los hombres generaron 13,900 pesos en promedio en el mismo período. Esta diferencia se acentúa en las zonas rurales donde las mujeres realizan más horas de este trabajo, y su valor económico equivaldría a 49,700 pesos. Esta tendencia se mantiene para quienes están casados o unidos, donde las labores domésticas y de cuidado que realizan los hombres equivale a 16,200 pesos; mientras que la aportación de las mujeres asciende a 57,600 pesos. Esto se acentúa más cuando en los hogares hay niños y niñas menores de 6 años, ya que las mujeres trabajaron el equivalente a 60 mil pesos, mientras que los hombres aportan 17,300 pesos.

Por otra parte, las mujeres de entre 20 y 39 años de edad son las que mayor aportación realizan a las labores domésticas y de cuidado, con un equivalente de 51,700 pesos anuales; mientras que, el grupo que menos contribuye a estas actividades, son los varones de entre 12 y 19 años, con un trabajo similar a 9 mil pesos anuales. Siguiendo con estos datos, si se considera la relación de parentesco con el jefe del hogar, las mujeres cónyuges obtendrían 58,100 pesos por sus labores domésticas, monto que representa 2.3 veces lo que realizan los hombres en la misma condición. Ahora bien, si se considera el nivel de escolaridad se observa que a mayor nivel de escolaridad los hombres incrementan su participación en este tipo de actividades. Si se toma en cuenta el número de miembros del hogar; los hombres que habitan en hogares integrados por 7 o más personas realizan menos labores domésticas y de cuidado; con una aportación equivalente a 12,700 pesos en 2013; en cambio las mujeres que viven en hogares conformados por 4 o 5 integrantes son las que más horas destinan a este tipo de actividades, con una contribución equivalente a 44,500 pesos en el mismo año.

Estos datos muestran que estas labores siguen estando a cargo de las mujeres y vislumbran los roles de género establecidos socialmente. Además, que independientemente si es remunerado o no, el trabajo

doméstico sigue estando desvalorizado socialmente y económicamente, y mientras se siga asociando como una tarea de las mujeres, no se le dará la importancia que este tiene.

3.1.3.2 Descripción del proceso terapéutico caso clínico “Mujer y el rol de ama de casa”

El siguiente caso clínico fue atendido en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro” a cargo de la terapeuta *Gabriela Cervantes Galicia*, bajo la supervisión directa de la Mtra. Martha López Zamudio en la sede para la práctica Clínica, y con el equipo terapéutico: Elizabeth Alderete Rivera.

El proceso terapéutico se realizó en la modalidad de terapia de pareja y los marcos epistemológicos que se emplearon para el diseño de las intervenciones y el proceso fue el modelo estructural. Tuvo una duración de 8 sesiones y el tiempo entre una sesión y otra fue de 15 días. En un principio para seguir las sesiones se hizo mediante el circuito cerrado, posteriormente se llevaron a cabo en la cámara de Gesell de dicho centro, la cual estaba equipada con cámaras y sistema de audio. La forma en que el equipo terapéutico se comunica con la terapeuta fue a través de llamadas telefónicas y papelitos.

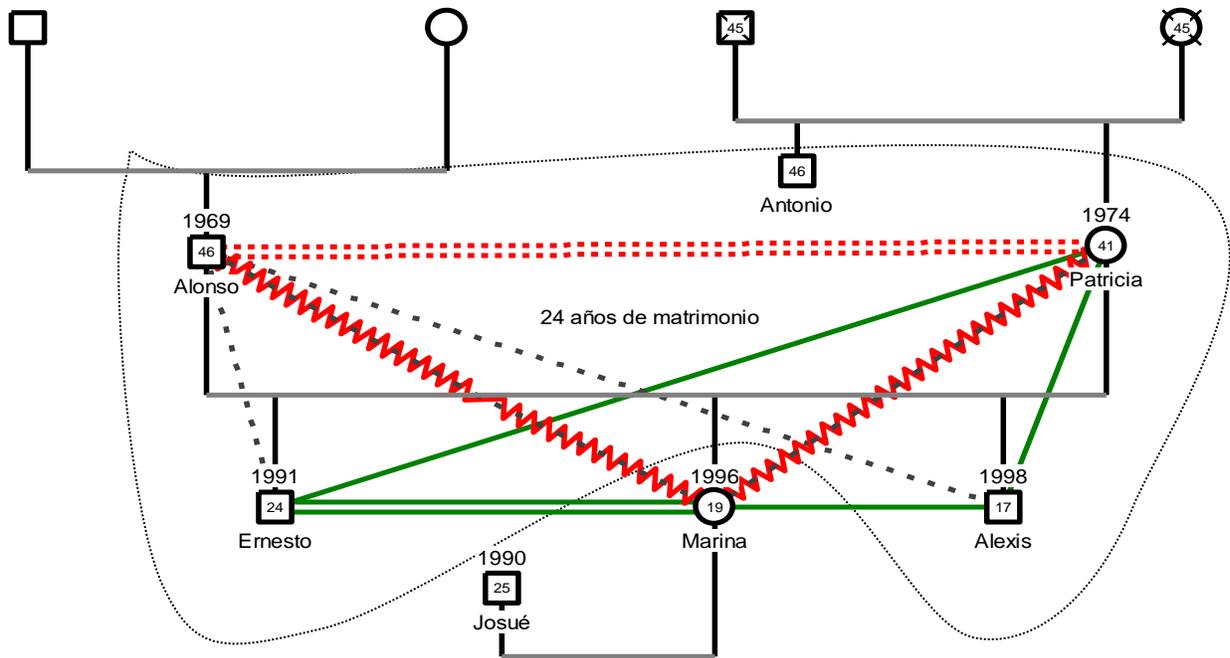
Datos generales de la pareja Patricia- Alonso²

Nombre de los consultantes	Edad	Ocupación
Patricia	40 años	Ama de casa/ comerciante
Alonso	46 años	Reparador de aparatos electrodomésticos

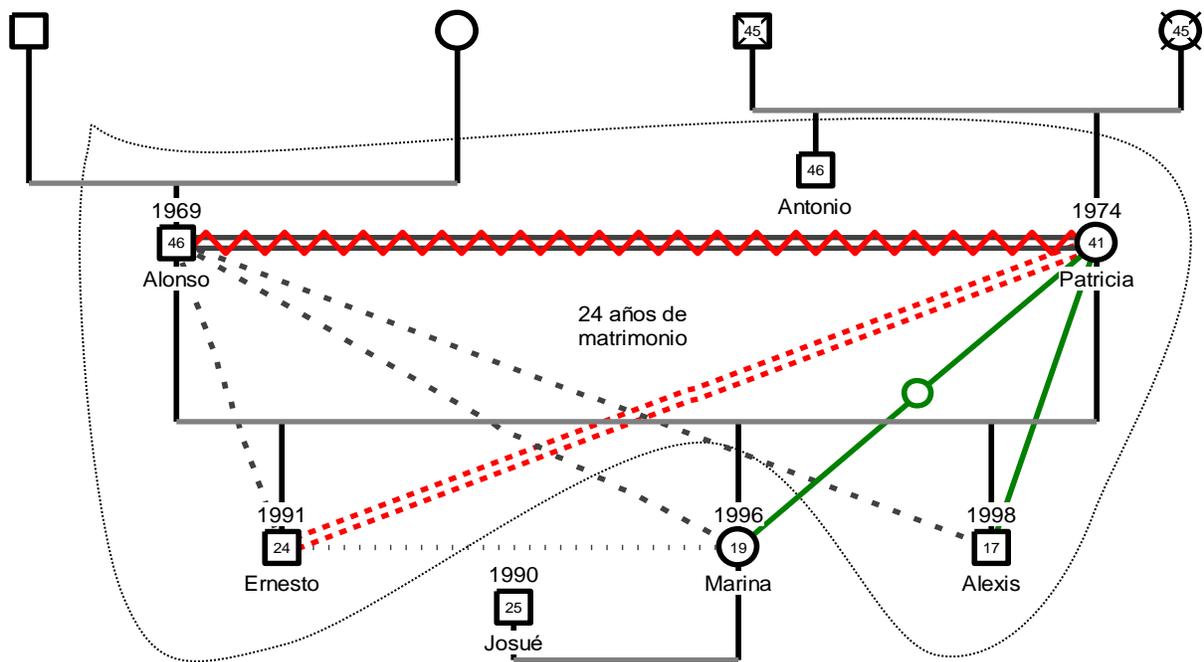
² El nombre de los consultantes ha sido modificado

Familiograma

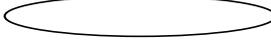
A) Al inicio del proceso terapéutico



B) Al final de la última sesión



Acotaciones

	Cercano
	Distante
	Armonía
	Viven juntos
	Distante/ conflicto
	Cercano/ hostil
	Conflicto
	Distancia/apoyo
	Mantienen contacto

Motivo de consulta

En palabras del Sr. Alonso, el apoyo psicológico en parte era para él y la Sra. Patricia, su esposa, pero principalmente lo solicitaron para su hija Marina, con la finalidad de evitar que se fuera con su novio “Josué” y echara a perder su vida. En cambio, la Sra. Patricia refirió que no sólo vino por Mariana, sino por ella, porque no entendía a su hija y no sabía cómo explicarle lo que ella vivió y que no quería que le pasara lo mismo y repitiera la cadena otra vez. No obstante, el Sr. Alonso refirió que la ayuda había llegado tarde, pues Marina ya se había ido de casa, debido a esto el motivo de consulta cambió para centrarse en cómo apoyar y hacerle saber a Marina que contaba con sus padres (Patricia señala que “no sabía cómo ayudar a su hija”), y cómo la convivencia familiar estaba afectando a sus otros hijos y el entorno familiar.

Antecedentes del problema

La pareja mencionó que solicitaron la ayuda para su hija Marina, de 19 años, la segunda hija de tres hijos; quien tenía una relación de noviazgo con un joven llamado Josué, que en la opinión de Patricia y Alonso era una persona que no le convenía a su hija y querían que ella se diera cuenta de esto.

En diciembre de 2013, el joven viajó con su familia a la Ciudad de México para llevarse a vivir a Marina con ellos, tanto Alonso y Patricia se opusieron y le propusieron al joven que fuera a vivir a la ciudad para que pudieran establecer una relación “normal”. Asimismo, la relación de Marina con sus padres era de poca confianza, motivo por el cual no les contaba sus cosas. En noviembre de 2014, entre la Sra. Patricia y su hija se suscitó una discusión por esta situación, ambos padres terminaron agrediendo a su hija. Después del incidente, la relación con su hija era más distante y por un tiempo se fue a vivir con una tía a Puebla. En enero de 2015, Marina regresó a casa, el 6 de febrero salió de casa para ir al trabajo, sin embargo, ya no regresó. Los señores recibieron un mensaje, donde les comunicaba que estaba bien.

Aunado a esta situación, en la familia (por parte del Sr. Alonso y sus dos hijos; Ernesto y Alexis) existe poca participación en las tareas del hogar, lo que genera que a Patricia se le cargue el trabajo, además, la convivencia familiar entre sus miembros es casi nula, principalmente entre Alonso y sus hijos, Ernesto y Alexis. Patricia, es quien realiza todas las labores del hogar y si el resto no realiza sus labores dentro del hogar, ella termina por hacerlas, también es quien procura establecer una relación con sus hijos y constantemente le está pidiendo a su pareja que se acerque más a sus hijos. Por otra parte, Alonso coincide con su pareja en que hay falta de cooperación y colaboración, no obstante, participa activamente con conductas contrarias, esquiva el problema atribuyéndoselo a sus hijos o a la ineficacia de Patricia. La pareja acudió al Centro Comunitario por sugerencia de su hijo Ernesto y de su novia. Además, para Patricia es importante trabajar en la convivencia familiar porque no quiere que sus hijos se vayan de casa porque no aguantan más la situación en la misma o que en un futuro sus hijos se encuentren solos y sin el apoyo de su familia.

Objetivos de la pareja al asistir a terapia

Inicialmente la pareja deseaba que se trabajara con Marina para evitar que se fuera con su novio, pero como esto ya no era posible se negoció otro objetivo con la pareja: en cómo podían transmitirle a Marina que contaba con ellos y en cómo esta situación que había pasado podía ser útil para que ella los encontrara de forma diferente y como familia estuvieran mejor. Posteriormente conforme avanzaron las sesiones se fueron negociando otros objetivos como: que los diferentes miembros de la familia (especialmente Alonso) tuvieran una mejor relación y mayor convivencia con el resto de la familia. Asimismo, que Alonso, y sus dos hijos Ernesto y Alexis tuvieran una participación más activa en las labores del hogar. En la sexta sesión se volvieron a renegociar los objetivos, ya que Alonso abandonó la terapia y sólo se siguió trabajando con Patricia. Con ella se negoció diferentes objetivos: que ella siguiera haciendo cambios tanto a nivel familiar (dejar de hacer algunas cosas de casa que les corresponden a otros miembros, hacer que el dinero le rinda) e individual (buscar actividades para ella, tener un trabajo que le permita

independizarse económicamente de su esposo) y para que, tuviera una relación más cercana con sus dos hijos y su hija.

Definición del problema

El problema se definió por un lado desde la terapia breve, “como una terrible simplificación” (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974), derivado del sistema de creencias y una ideología machista. Por ejemplo: para el sr. Alonso no existe un problema en su familia, es decir, no considera que la poca participación que él y sus hijos tienen en las labores del hogar, así como la poca convivencia con sus hijos sean un problema, tal actitud lo llevó a abandonar la terapia y argumentar que no entendía en qué momento se pasó de la situación de Marina a la cooperación de la casa. Y se complementa con otra definición en términos de la terapia estructural (Minuchin y Fishman, 1989): el Sr. Alonso es un miembro periférico en el sistema y está poco involucrado con el sistema filial. Se observó que Alonso y Patricia discuten respecto al tema de cómo es la relación de Alonso con sus hijos y de cómo ella termina haciendo las cosas por sus hijos, lo que genera pautas transaccionales repetidas, las cuales establecen el cómo se relacionan y a su vez, regulan la conducta de los miembros de la familia.

Descripción de las intervenciones realizadas durante el proceso terapéutico

En la primera y segunda sesión los padres venían muy angustiados por la huida de Marina de casa, no sabían si se encontraba bien, además no tenían la certeza que se hubiera ido con su novio, lo que generaba que su inquietud fuera mayor. En estas sesiones para disminuir su preocupación se hizo uso de la normalización; se utilizó para señalarles que se entendía su angustia y que era una situación muy difícil para ambos, posteriormente se empleó ante la preocupación que mostraron al no saber dónde se encontraba su hija, se les dijo que era angustiante no saber de ella, pero que habían hecho lo que se puede hacer en estos casos: mantener la calma. Otra prescripción que se le indicó para disminuir su ansiedad fue que pensarán si había formas de saber dónde estaba, si esto era así, que lo llevaran a cabo. El resultado de estas acciones, fue que la pareja pudo estar más tranquila, tener noticias acerca de ella y averiguar activamente sobre la situación de su hija.

También, en estas sesiones se utilizó los lados fuertes (recursos) de la pareja en dos sentidos; el primero para invitarlos a pensar de qué forma podrían hacerle saber a Marina que están con ella y que, si algo malo sucedía, podía volver. En el segundo caso se resaltó que como familia poseían el recurso del diálogo y lo iban a aprovechar para platicar acerca de la postura que cada uno tenía respecto a la situación, así como los pros y contras de sus posiciones. El resultado fue que Alonso modificó su postura, pues en la

primera sesión manifestó que no la apoyaría, después hizo hincapié en que si su hija volviera estaría dispuesto a ayudarla, sin embargo, él no reconoció ese cambio, sino más bien que no se había expresado bien.

Otra intervención que se llevó a cabo fue la reestructuración (Watzlawick et al. 1974; Watzlawick, 1999) para promover un significado distinto de la culpa que sentían los padres por la falta de comprensión y el uso de la agresión, y de la inversión tan grande de tiempo que hacían en estar pensando en lo que hacía, decía y pensaba su hija, para dirigirlo a cómo podrían utilizar lo que les sucedió para ser una mejor familia y cómo les gustaría que ella los encontrara a ellos y como familia.

En la tercera sesión se dejó de hablar de Marina y se pasó a tratar el tema de que la convivencia familiar era casi nula entre sus miembros, en especial entre Alonso y sus hijos. Para este objetivo se empleó la técnica de intensidad del modelo estructural; mediante la acción concreta de modificar el tiempo de interacción entre los subsistemas parental y filial (Minuchin y Fishman, 1989), es decir, se le pidió al señor Alonso que creara espacios de convivencia con sus dos hijos. A la par, a través de la fijación de fronteras mediante la acción concreta de la distancia psicológica, se le pidió a la señora Patricia que observara y registrara las cosas que él estaba haciendo acertadamente. Ante estas prescripciones Alonso consideró que había realizado lo que se le indicó, pero Patricia observó cambios muy pequeños.

A lo largo de la terapia se usó el interrogatorio circular (Fleurbaey, Nelson y Rosenthal, 1986), mediante preguntas dirigidas a conocer: la postura de Patricia y Alonso, los patrones de relaciones y creencias que perpetúan el problema, introducir información acerca de cómo el otro ve las cosas, el efecto que tiene en el otro su conducta, para marcar la diferencia y llevar a los consultantes a responsabilizarse de sus acciones.

Para la cuarta sesión se seguía abordando el tema de la convivencia y parecía ser que, desde la mirada de Alonso, Patricia era la del problema por lo que nuevamente se utilizó la reestructuración para modificar esta percepción e introducir la idea de que no era un problema exclusivo de ella, sino de todos los miembros de su familia. En esta sesión comentaron que estaban pensando dejar la terapia, por lo cual se investigó si la razón obedecía a que nosotros estábamos haciendo algo que los hiciera sentir incómodos, a lo que ellos respondieron que es porque han visto cosas que no les agradan mucho de su situación, esto fue importante porque desde la terapia breve antes de pensar que el fracaso se debe a los consultantes, se asume que son nuestras intervenciones las que no están siendo adecuadas para ellos (Watzlawick et al. 1974).

En la quinta sesión se le devolvió a la pareja la pauta de la relación y los efectos que ésta tiene en su relación y en su familia: para Alonso el problema en su familia permanece porque su esposa, Patricia, termina haciendo las cosas por sus hijos, en cambio, ella piensa que él no se involucra e interesa por sus hijos. Igualmente, se le pidió que dejaran de hacer más de lo mismo: platicar, la persuasión, la armonía, la

comunicación, ya que esto es lo que mantiene el problema (Fisch, Weakland, y Segal, 1982). Otro aspecto que causa conflicto en la familia es la poca participación de Alonso, Alexis y Ernesto en el aseo de la casa, respecto a ello, se acordó con Alonso que tendría una participación más activa en los quehaceres de la casa. Sin embargo, no tuvo un resultado favorable ya que terminó señalando que no comprendía en qué momento se había pasado de tratar la situación de Marina a las labores del hogar y dejando el proceso terapéutico. En ese momento se le dio contención y se validó a Patricia.

Para la séptima sesión se trabajó con ella y se observó que estaba realizando cambios. Esto permitió hacer uso de preguntas orientadas a saber que estaba haciendo diferente, con la finalidad de amplificar el cambio, y se le expresó que era necesario que deje de hacer cosas por los demás, o sea, seguir haciendo más de lo mismo. En esa sesión se identificó que el problema se seguía manteniendo debido a un error de tipificación lógica, la paradoja (Watzlawick et al. 1974): Patricia, por un lado, solicitaba que su esposo hiciera las cosas por voluntad y, por otro lado, quería que él cooperara. En la sesión ocho, se trabajó para romper la paradoja mediante la separación de estas dos cosas al investigar que de estas dos cosas era más importante para ella. Otro punto que se abordó fue la necesidad que expresó Patricia de trabajar para lograr que en casa hubiera una convivencia más sana, apoyo y colaboración; se prescribió que no esperara a que ellos se acercaran, sino que ella empezara a buscar los espacios para convivir con su familia.

Los cambios que se observaron durante el proceso fueron: Patricia dejó de preocuparse por si a sus hijos les gustaba lo que había en casa de comer, anteriormente les hubiera preguntado “si quieres te preparo algo”, ahora es que coman lo que hay. Dejó de servirles e insistirles para que comieran, ahora permite que ellos lo resuelvan y ya no su mamá, como lo hacía antes. Empezó a buscar espacios para ella misma, por ejemplo, reunirse con un grupo de vecinas, retomar el bordado y la pintura, cuando antes toda su atención estaba enfocada en las labores del hogar y en su familia. Durante mucho tiempo dependió económicamente de Alonso, ahora está trabajando para que económicamente, no dependa exclusivamente de él. La consultante identificó que, para poder llevar a cabo cosas, escuchaba la opinión de su familia y muchas veces terminaba haciendo lo que estos decían, ahora empieza a escuchar lo que ella necesita. Un ejemplo fue cuando estaba envolviendo unos paquetes para entregar y Alonso le dio su punto de vista de cómo hacerlo, en esta ocasión ya no tomó en cuenta su opinión y lo realizó como quería. Antes buscaba tener a tiempo la comida para Alonso, sin embargo, ahora él tiene que esperarse si la comida no está antes de que se vaya a trabajar. Se identificó que ella al principio hablaba que por lo regular su sistema nervioso lo tiene muy alterado, conforme fueron pasando las sesiones, ya no hizo referencia a esta idea. Se observó que la pareja dejó de centrar su atención en la salida de Marina de casa, así como estar pensando en lo que podría pasar en un futuro con ella, y se enfocaron en lo que si estaba sucediendo en casa en esos momentos.

Cabe señalar, que el proceso terapéutico ya no se continuó con la Sra. Patricia, si bien ella se comprometió a seguir después del período vacacional, cuando se le buscó ya no respondió a las llamadas y tampoco ella se comunicó.

Reflexiones desde la cibernética de segundo orden

El inicio del proceso terapéutico me parecía más sencillo y sentía que no implicaba un reto muy grande, debido a que el objetivo era el encuadre e investigar la problemática, con ello no quiero decir que sea menos importante, pero conforme iban transcurriendo las sesiones iban siendo de mayor dificultad, por lo que implicó un reto mayor, ya que requirió que fuera desarrollando otras habilidades que no tenía, esto me hizo sentirme nerviosa y preocupada, veía que me faltaban conocimientos tanto teóricos como prácticos que estaba adquiriendo y otros que no. Sin embargo, fue importante mi disposición e interés por aprender.

Una de habilidades que desarrollé fue que tanto Patricia como Alonso fueran escuchados el mismo tiempo, pues al principio ocurría que le daba más voz a uno que otro, esto generaba que ella/él no tuviera la oportunidad de expresarse o de sentirse escuchada/o. No obstante, contaba con el equipo, quien me hacía notar estos puntos ciegos, esto refleja el papel tan importante que tienen los miembros del equipo en el sistema terapéutico. También me sucedió que cuando uno empezaba a quejarse del otro, no sabía cómo y qué preguntas hacer para no dar crédito a lo que estaba diciendo de la otra persona y para dirigirme hacía esa persona y preguntarle que estaba sucediendo, pero sin descalificar al primero; a veces el efecto de las preguntas era que el “acusado” empezaba a justificarse. Esta es una de las destrezas que más trabajo me ha costado ir desarrollando, pero el equipo me fue proporcionando pistas de en qué momento era preciso dar la palabra al otro miembro, para no seguir fomentando la queja y la justificación. Aunado a lo anterior, para no generar peleas en la sesión, trataba que no me dieran tantas explicaciones, pero a veces me daba la impresión que me faltaban pedazos de información para entender la problemática.

Otro punto que se relaciona mucho con los anteriores, es cuando haces preguntas y ellos no responden, en ocasiones uno se pierde en la historia, dejando de lado la información de interés, en esas ocasiones tenía al equipo terapéutico quien me ayudaba a retomar el rumbo. Esta fue una labor más sencilla y puedo decir que logré hacerla parte de mí, me ayudó mucho poderla llevar a otros escenarios de mi vida cotidiana y no solo a la sesión.

Este caso me trajo dos retos en mi desarrollo profesional: el primero fue poder identificar con mayor claridad la pauta y tener más clara esta diferencia entre proceso y contenido, pues a veces no tenía claro cuando estaba a nivel de contenido y era necesario pasar a nivel de proceso. El otro reto que se me presentó, es tener más fluidez en el lenguaje que utilizo y en las preguntas, ya que, al escuchar mis grabaciones, me

di cuenta que a veces parece que es más una conversación de consejos y me gustaría poder introducir el uso de preguntas como una herramienta para crear una diferencia.

Por otro lado, el equipo terapéutico fue una guía para mí, en momentos en los que no sabía hacia donde llevar el proceso y en dos sucesos que se presentaron; el primero cuando los solicitantes mencionaron que no sabían si continuar en el proceso y el segundo cuando el Sr. Alonso decidió retirarse de la terapia. También la Sra. Patricia, ha sido un elemento muy importante, ya que a pesar de que su esposo dejó la terapia, ella continuó con el proceso y empezó a hacer cambios, esto me alentó a estar alerta sobre las cosas que la pudieran ayudar y a seguir trabajando junto con ella para lograr los objetivos que quería conseguir en este espacio.

3.1.3.3 *Análisis y discusión teórico- metodológica caso clínico “Mujer y el rol de ama de casa”*

Como se comentó anteriormente la ayuda en un principio se solicitó para su hija, Marina, después al renegociarse la meta terapéutica con ellos, ésta estaba enfocada en la convivencia familiar un aspecto que para Patricia era de interés y le preocupaba que cambiara en su familia, por lo que ella aceptó sin ningún problema. Por el contrario, para Alonso no fue una meta terapéutica que le pareciera válida y con la que se comprometiera, sino una meta que lo cuestionaba como padre y esposo, que le hacía perder privilegios, posición y poder en su familia, de manera que terminó desertando de la terapia, argumentando que no entendía cuando se pasó de la situación de Marina a la cooperación de la casa, depositando la responsabilidad de los conflictos o de la ineficacia para resolverlos en su esposa y el equipo terapéutico, y en actitudes como que el lenguaje que se utilizaba no era claro para él, o si se le hacía un señalamiento, respondía que ya lo había reflexionado o que estaba trabajando en ese cambio.

En este caso se tuvo que haber definido con él un objetivo terapéutico que lo implicara más y comprometiera en el proceso. Otro momento que haría más lento sería el cuestionarlo acerca de su participación en casa y con sus hijos, ya que, si lo vemos en términos de alianza terapéutica, el hecho de trabajar por la convivencia familiar nos hacía más cercanas a Patricia que a él y fue un objetivo que él no había comprado del todo.

Una de las cosas que nos propone el MRI es conocer la postura del consultante y utilizarla, en este caso conocíamos que su postura era machista, la cual hoy la utilizaría con el fin de cuestionarla, haciendo preguntas como: ¿qué es para Alonso ser padre?, ¿cómo se relaciona un padre o esposo con su familia?, ¿cuáles son para él las funciones que un padre o esposo lleva a cabo?, ¿qué cree que suceda si el sigue relacionándose como hasta ahora? ¿si él se vería relacionándose de otra forma (cercana) con su familia? ¿si

le gusta la imagen que tienen sus hijos de él? ¿cómo le gustaría que sus hijos lo vieran? ¿qué quisiera que sus hijos recordaran de él? ¿cómo le gustaría que sus hijos lo recordaran? ¿si la forma en que lo hace lo acerca a lo que él quiere?

Dentro de las intervenciones más adecuadas y que permitió que la pareja continuara el proceso a pesar de que su primer motivo de consulta ya no podía trabajarse, fue el ayudarles a manejar la salida de casa de su hija, a buscar formas que les permitiera saber el paradero de su hija y si se encontraba bien. Los resultados de estas intervenciones fueron que la pareja pudo estar más tranquila, llevar a cabo acciones de manera activa y utilizar los recursos con los que contaban.

Fue importante devolverles la pautas, ya que cada uno definía el problema de manera lineal, es decir, éste se mantenía por las acciones que el otro hacía, por tanto, el problema estaba en Patricia o en Alonso, no alcanzando a ver que no era exclusivo de uno sino de todos los miembros de la familia y que estaba en la convivencia familiar. Además, permitió cuestionar esta postura machista donde si algo sucede es porque algo hace mal la mujer o lo provoca, otro efecto que tuvo fue validar a Patricia haciéndole saber que ella no era el problema y que si querían que algo cambiara no era la única que tenía que hacerlo.

Para finalizar, dentro de este caso también como terapeutas se hizo uso de una postura “one down”, en el momento en que la pareja comentó que estaban pensando dejar la terapia, señalándoles que, si una de las razones era porque los estábamos haciendo sentir incómodos, el resultado fue que ellos se responsabilizaron de esa decisión como: “que estaban viendo cosas que nos les agradaban mucho”.

3.1.3.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas

El sistema terapéutico en este caso estuvo conformado por el equipo terapéutico (terapeuta en formación y supervisora) y terapeuta a cargo. Cada una de las sesiones se estructuró en diferentes tiempos: pre-sesión, entrevista, pausa, intervención y la post- sesión (para mayor detalle véase la sección 3.1.2.4)

El equipo terapéutico participó de forma activa durante las sesiones, ya sea transmitiendo algún mensaje para la pareja, alguna pregunta o comentario para la terapeuta. En la pausa se generaba un mensaje por parte del equipo para la terapeuta y la pareja, y/o la prescripción de alguna tarea.

La participación que tuvo el equipo fue importante, ya que generaba nuevas aperturas en las conversaciones, preguntas que creaban nuevas posibilidades o en algunos casos rescataban ideas o preguntas que se habían dejado de lado durante la sesión y era esencial continuar explorándolas. En otras ocasiones fue una guía para la terapeuta en momentos que se encontraba confusa sobre que seguir explorando, así mismo ayudaba en instantes en los que le daba más voz a un miembro que al otro, en los que se centraba en la historia o la anécdota, y en proponer tareas para el final de la sesión.

Un elemento a cuidar por parte de la terapeuta a cargo durante el momento de la entrevista eran los objetivos que se habían planteado con el resto del sistema terapéutico en la presesión, ya que estos en algunas ocasiones tenían que ser re-planteados dentro de las sesiones, pues los consultantes llevaban a sesión otros aspectos a trabajar, de acuerdo a esto el sistema terapéutico, principalmente los terapeutas tenían que ser flexibles con los objetivos de las sesiones para atender la demanda que en ese momento se estaba haciendo. Asimismo, era primordial tener cuidado con los diálogos que se establecían en la presesión, pues podía correrse el riesgo de llevar una visión con la pareja que limitara la escucha, la generación de nuevos diálogos con ellos, y la apertura de otras visiones.

Al principio de las sesiones una de las dificultades que hubo entre el equipo terapéutico y la terapeuta a cargo, es que no se contaba con interfón y la sesión era a través de circuito cerrado, estableciendo como medio de comunicación el uso del teléfono, que en ocasiones fallaba la comunicación, entorpeciendo la transmisión del mensaje a los consultantes o a la terapeuta. Posteriormente, las sesiones se siguieron a través de la cámara de Gesell, estableciendo el uso de papelitos, que ayudaba a que el mensaje, pregunta o duda fuera transmitido tal y como lo había planteado el equipo, esto se logró re-evaluando el funcionamiento del sistema terapéutico.

El análisis del sistema terapeuta a cargo y supervisora, en algunos casos la supervisión resultaba ser muy directiva, lo que bloqueaba a la terapeuta dentro de las sesiones, generaba interrupciones en el proceso, dudas acerca de lo que se estaba o se quería transmitir, desconcierto en los consultantes, o también que la terapeuta dejara de ser activa en las sesiones.

También hubo ocasiones en las que la supervisora participó en las sesiones, algunas veces la terapeuta-supervisora era más activa en las intervenciones que la terapeuta a cargo, ya que desarrollaba ideas que consideraba eran oportunas abordar en las sesiones. No obstante, fue fundamental que los diferentes sistemas que conformaban el sistema terapéutico re-evaluaran su participación individualmente y como sistema a lo largo de las sesiones, logrando así, establecer alternativas en las que el trabajo y el funcionamiento del sistema terapéutico se vio favorecido, el terapeuta seguía desarrollando habilidades clínicas, el proceso terapéutico seguía avanzando y los consultantes resultaban beneficiados al haber una coordinación entre la supervisora, terapeuta y equipo terapéutico.

3.2 Habilidades de investigación

En la parte de investigación se utilizaron dos tipos de enfoques: cuantitativo y cualitativo, adquiriendo diversas habilidades que se enlistan a continuación:

- Recolección de datos en campo y en sitios webs.
- Cuando se diseña un cuestionario se debe prestar atención y cuidado a la elaboración de los reactivos, ya que estos deben de tener claridad léxica y de contenido. También se debe corroborar que el contenido de los reactivos esté en relación con lo que se quiere medir.
- En toda investigación se debe tener un objetivo que permite definir el tipo de población, los instrumentos a utilizar, la metodología y el marco teórico.
- Anteriormente los cuestionarios que se utilizaban en investigaciones se diseñaban para ser impresos y realizarlos cara a cara. Sin embargo, con los avances de la tecnología ahora se pueden diseñar a través de páginas webs que permite su difusión a través de redes sociales como facebook, twitter pudiendo llegar a más personas y a diferentes localidades en menos tiempo.
- Para conocer si los reactivos que se construyeron, están midiendo el constructo que se quiere medir, se somete a un proceso de validación de facie por Qsort, en la que varios jueces especializados en los diferentes constructos o dimensiones agrupan los reactivos de acuerdo a la definición del constructo dada por el investigador. De esta forma se conoce si el reactivo está bien elaborado en cuanto al contenido, a veces el reactivo puede categorizarse en más de dos dimensiones.
- La mayoría de las investigaciones se realizan con un equipo de trabajo, para lo que se desarrollan habilidades para colaborar con un equipo en el proyecto de investigación.
 - Búsqueda de información bibliográfica en diferentes sitios webs.
 - Manejo del paquete estadístico SPSS.
 - Planeación de una investigación ya sea con un enfoque de tipo cuantitativo o cualitativo.
 - Elaboración y realización de entrevistas semiestructuradas.

3.2.1 Reporte de investigaciones

En los siguientes dos apartados se mostrarán las investigaciones que se realizaron durante la maestría, en el primer apartado aparece la investigación cuantitativa que se realizó en la materia de métodos de investigación aplicada I y en el segundo apartado la investigación cualitativa que se desarrolló en la materia de métodos de investigación aplicada II.

3.2.1.1 *Metodología cuantitativa*

A continuación, se presenta la investigación realizada con una metodología cuantitativa:

HOMBRES EN TRANSICIÓN: DE LA MASCULINIDAD TRADICIONAL A LA PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO DE LA CASA Y DE LOS HIJOS³

Nancy Isabel Morales, Gabriela Cervantes y Nazira Calleja

RESUMEN

La masculinidad tradicional constituye una construcción cultural que implica la superioridad del hombre sobre la mujer y la asignación al varón de la jefatura de la familia. Con el propósito de evaluar los cambios generados en esta conceptualización de género y en la participación masculina en las labores domésticas y en el cuidado de los hijos, fue aplicada una batería de instrumentos a 315 hombres de 20 a 82 años. Se encontró que los hombres jóvenes, con estudios medios o superiores, originarios del Distrito Federal, que tenían pareja y vivían con ella y que tenían hijos obtuvieron puntajes bajos en la creencia en la superioridad y en la jefatura masculinas. También se obtuvieron diferencias significativas por edad, escolaridad, ocupación, lugar de origen, pareja e hijos respecto de la participación de los varones en las labores domésticas y en la atención de los hijos. Se concluye que los cambios en la masculinidad hegemónica han dado paso a roles transicionales que apuntan a formas más flexibles y abiertas de relaciones familiares.

Palabras clave: masculinidad tradicional, masculinidad transicional, roles de género, paternidad, labores domésticas.

INTRODUCCIÓN

Género es el conjunto de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a los seres humanos, mediante un proceso de construcción social

³El presente trabajo forma parte de la línea de investigación “Nuevas masculinidades” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

que tiene aspectos distintivos y determina las concepciones sobre ser hombre o ser mujer. Cada cultura marca al sexo con el género y el género marca todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso y lo cotidiano (Lagarde, 2005).

Lamas (2000) indica que el género se da a partir del nacimiento por la apariencia de los genitales, pero es alrededor de los 2 o 3 años que se adquiere la identidad, ya que los niños se identifican con el grupo al que pertenecen y sus comportamientos se ajustan a lo que los padres, compañeros y la cultura en general consideran propio de cada género. Sanz (2008) afirma que no existe una masculinidad o feminidad únicas, sino una gran diversidad de identidades masculinas y femeninas aprendidas durante un proceso educativo diferenciado. Es así como la cultura asigna formas de ser hombre y ser mujer, dadas por las construcciones sociales tradicionales que mantienen desigualdades y diferencias, donde los varones prevalecen en una posición privilegiada, ya que existe una jerarquía de poder, no sólo económica sino social, que es la base de un sistema de dominación-sumisión (Lagarde, 2005).

Para Díaz-Guerrero (2003), la masculinidad es vista desde una postura hegemónica que implica la subordinación de las mujeres y se construye a partir de las clases sociales, la cultura, los grupos etarios y la jerarquía social. Guevara (2008) afirma que existen múltiples masculinidades, es decir, distintos significados de ser hombre, a partir los cuales se construyen diferentes modelos de masculinidad; sin embargo, en la sociedad actual prevalece la masculinidad hegemónica. En la cultura mexicana, en particular, continúa predominando la masculinidad tradicional, en la que un hombre se caracteriza por ser machista, agresivo, mujeriego y dominante. En cambio, la mujer es considerada un ser amoroso y destinada al cuidado de los hijos, cuyo deber es obedecer, complementar y colaborar con el varón; es la responsable de la vida dentro del hogar y de la reproducción (Rocha y Díaz-Loving, 2011).

Esta concepción masculina se sustenta en mitos patriarcales e ideales que se transforman en mandatos sociales acerca de “cómo debe ser un verdadero hombre”. Las víctimas de esta construcción no sólo son las mujeres, sino lo son también los hombres, porque se les impele a buscar el poder y a ejercerlo, así como a reprimir demostraciones de afecto hacia su pareja y hacia sus hijos e hijas, y simular comportamientos diferentes a su sentir, lo cual es vivido por muchos varones con frustración e incomodidad (Soto, 2013). Estas construcciones culturales ejercen una gran presión sobre los hombres, ya que los coloca como responsables, proveedores, competentes, jefes de hogar y autoridad en la familia. Adicionalmente, la masculinidad dominante indica que los hombres deben ser padres, lo que consagra la relación con su pareja (Olivarri, 2000); su deber es constituir una familia, estructurada a partir de claras relaciones de autoridad y afecto con la mujer y los hijos, con dominio en el ámbito público que le permitan proveerla, protegerla y guiarla (Bonino, 2004). No obstante, la paternidad tradicional, que reproduce elementos fuertemente

arraigados y propios del sistema patriarcal, deteriora la calidad de las relaciones e incluso atenta contra la integridad de niños y niñas (Ortega, 2009).

Los grandes cambios ocurridos en las sociedades contemporáneas en las últimas décadas, producto de la movilidad social y geográfica, la mayor esperanza de vida, la expansión de los sistemas educativos, las demandas de diversos grupos sociales, así como a las exigencias de la modernización, ha conducido al cuestionamiento de las identidades tanto masculinas como femeninas y a la generación de relaciones más equitativas. Hoy en día se están desarrollando procesos de deconstrucción encaminados a la transformación de la masculinidad (Olivarri, 2000). Se transita hacia formas de masculinidad más flexibles y más abiertas a la equidad, en las que se comparten responsabilidades económicas, hay más participación en el cuidado de los hijos y existe una mayor expresión emocional, lo que permite que las parejas se relacionen con roles de género transicionales y contraculturales (Burín, 2007). Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005) señalan que este cambio se debe al desarrollo intelectual, personal y profesional de los hombres, lo que les permite compartir características, comportamientos y responsabilidades con las mujeres.

Connell (2003) ha encontrado que la clase social es un factor determinante de la masculinidad; sus hallazgos mostraron que los varones que tienen un nivel socioeconómico medio pasan un mayor tiempo con sus hijos y se involucran en sus actividades diarias, como las tareas escolares, en tanto que los hombres de clase alta permanecen periféricos al sistema familiar, permanecen ausentes y se vinculan de forma menos próxima emocionalmente con sus hijos.

El propósito del presente estudio fue evaluar en qué medida los hombres se identifican aún con la masculinidad tradicional o, por el contrario, están transitando hacia una masculinidad más flexible, caracterizada por su participación en el cuidado del hogar y de los hijos. Un objetivo adicional fue determinar si la edad, la escolaridad, la ocupación, el lugar de origen y la presencia de pareja y de hijos se encontraban asociados con la masculinidad.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio 315 hombres, cuyas edades oscilaron entre los 20 y los 82 años ($M=36.48$; $DE=13.74$). Más de la mitad de los entrevistados (65.10%) tenían escolaridad de licenciatura o posgrado; la mayor parte de ellos (77.80%) se dedicaba a trabajar o trabajaban y estudiaban; cuatro de cada 10 pertenecían al nivel socioeconómico bajo; la mayoría había nacido en el Distrito Federal. La muestra se dividió similarmente entre quienes tenían pareja y vivían con ella, los que no vivían con ella y los que no

tenían pareja; más de la mitad tenía hijos. La distribución porcentual de la muestra con base en sus características sociodemográficas se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Porcentaje</i>
Edad	20 a 29 años	38.30
	30 a 49 años	44.70
	50 a 82 años	16.90
Escolaridad	Primaria y secundaria	11.40
	Preparatoria o técnico	23.50
	Licenciatura	53.70
	Posgrado	11.40
Ocupación	Sólo trabaja	54.90
	Sólo estudia	13.00
	Trabaja y estudia	22.90
	No trabaja ni estudia	9.20
Lugar de origen	Distrito Federal	72.90
	Otros estados	27.10
Pareja	Tiene pareja y vive con ella	39.60
	Tiene pareja y no vive con ella	27.20
	No tiene pareja	33.20
Hijos	Tiene hijos	56.20
	No tiene hijos	43.80

Instrumentos

Se conformó una batería que incluía un cuestionario sociodemográfico y tres escalas: Masculinidad Tradicional, Participación en las Labores Domésticas y Participación en la Atención a los Hijos.

a) Cuestionario sociodemográfico. Se incluyeron reactivos que evaluaban: edad, escolaridad, ocupación, lugar de origen, relación de pareja y presencia de hijos.

b) Escala de Masculinidad Tradicional. Se construyó una escala conformada por 11 reactivos con seis opciones de respuesta, de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo”. El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax arrojó dos factores, que explicaron el 54.84% de la varianza total. El primer factor fue denominado Jefatura masculina e incluyó seis reactivos (“El eje de una familia es indudablemente el hombre”; “El hombre es el único responsable del sostén de la familia”; “Ser hombre implica mayor responsabilidad que ser mujer”; “Un verdadero hombre es el que provee económicamente a su familia; “Un verdadero hombre tiene que ser padre”; “Un hombre debe ser más

racional que emocional”). El segundo factor estuvo integrado por cinco reactivos relativos a la creencia en la Superioridad masculina (“El hombre es superior a la mujer”; “La vida es más feliz para un hombre que para una mujer”; “Es mejor ser hombre que ser mujer”; “Una familia funciona mejor si es el hombre quien establece las reglas del hogar”; “A las mujeres les corresponde hacer los quehaceres domésticos”). El índice de consistencia interna obtenido para la escala total fue $\alpha = .877$. El índice de correlación entre los factores fue de .681.

c) Escala de Participación en las Labores Domésticas. La escala evalúa la frecuencia (“Siempre”, “Casi siempre”, “Muchas veces”, “Algunas veces”, “Casi nunca” o “Nunca”) con la que los respondientes efectúan actividades domésticas en su casa. Éstas son: “Limpio pisos”, “Limpio la cocina”, “Lavo baños”, “Lavo trastes”, “Cocino”, “Lavo ropa”, “Hago las compras” y “Plancho”. Los ocho reactivos conformaron un solo factor que explicó el 55.61% de la varianza total; la consistencia interna obtenida para la escala fue $\alpha = .88$.

d) Escala de Participación en la Atención a los Hijos. La escala constó de 10 actividades relativas a la atención a los hijos que la persona había efectuado (para quienes tenían hijos mayores) o realizaba en el presente (para los respondientes con hijos pequeños). Las opciones de respuestas fueron seis: de “Siempre” a “Nunca”). El análisis factorial arrojó dos factores que explicaron el 64.97% de la varianza total. El primer factor integró seis reactivos sobre el Cuidado práctico de los hijos: “Los bañé o los baño”, “Cambié o cambio sus pañales”, “Les daba o les doy de comer”, “Les ayudada o ayudo a vestirse”, “Hice o hago la tarea con ellos”, “Jugué o juego con ellos”. El segundo factor fue denominado Involucramiento con los hijos, y constó de cuatro reactivos: “Los acompañé o acompañé en momentos importantes”, “Asistí o asisto a las juntas de la escuela”, “Me interesé o me intereso en las actividades de ellos” y “Conversé o converso con ellos”. La correlación interfactor fue $r = .657, p < .001$. La consistencia interna obtenida para la escala fue $\alpha = .907$.

Procedimiento

Los instrumentos fueron piloteados con el propósito de obtener información respecto a la claridad léxica de los reactivos y de su contenido, así como de la precisión de las instrucciones. Una vez efectuadas las correcciones pertinentes, se realizó la aplicación final en lugares públicos, escuelas, centros de trabajo y casas, tanto de manera individual como grupal; también se efectuó vía electrónica. Se solicitaba a los varones su colaboración para responder la batería, haciendo énfasis en la confidencialidad de sus respuestas. Al final, se agradecía su participación.

Se realizó la codificación de las respuestas, las cuales fueron procesadas con el paquete estadístico SPSS, versión 20. Se efectuaron análisis factoriales y de consistencia interna para determinar las

propiedades psicométricas de las escalas. Se obtuvieron correlaciones interfactor y estadísticos descriptivos para cada uno de los factores; también se realizaron pruebas t y análisis de varianza para estudiar diferencias en los factores por las variables demográficas.

RESULTADOS

Masculinidad tradicional

La media obtenida por los participantes en el primer factor de la Escala de Masculinidad Tradicional, denominado Jefatura masculina, que evalúa la percepción de que el hombre es la autoridad en la familia y el responsable de su cuidado, fue de 2.91 (DE=1.00), y la del segundo factor, relativo a la creencia en la superioridad del hombre sobre la mujer, fue de 2.34 (DE=0.89); ambas se ubicaron por debajo de la media teórica (3.5). Al efectuar los análisis por variables demográficas se encontraron diferencias significativas en todas ellas (véase tabla 2). Obtuvieron puntajes más altos, tanto en la subescala de jefatura masculina como en la de superioridad masculina, los hombres de mayor edad (de 50 años o más), los que estudiaron sólo primaria o secundaria, quienes no trabajaban ni estudiaban, aquellos que habían nacido en estados diferentes al Distrito Federal, los que tenían pareja y vivían con ella, y quienes tenían hijos. La correlación obtenida entre ambas subescalas fue $r=.691$ ($p<.001$).

Tabla 2. Diferencias en las subescalas de la Escala de Masculinidad Tradicional por variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>Categorías</i>	<i>Media* (DE)</i>	<i>Prueba Estadística</i>	<i>Prueba post hoc de Tukey (p<.05)</i>
<i>Subescala de Jefatura Masculina</i>				
Edad	20 a 29 años	2.71 (1.01)	F(2,308)= 8.367 p<.001	20/30–50/79 31/49–50/79
	30 a 49 años	2.87 (0.96)		
	50 a 79 años	3.39 (0.88)		
Escolaridad	Primaria y secundaria (PyS)	3.94 (0.82)	F(3,309)= 22.353 p<.001	PyS–B PyS–L PyS–P B–L B–P
	Bachillerato (B)	3.11 (0.94)		
	Licenciatura (L)	2.73 (0.92)		
	Posgrado (P)	2.38 (0.93)		
Ocupación	Sólo trabaja (ST)	2.98 (0.99)	F(3,309)= 5.525 p=.001	SE–NTyNE TyE–NTyNE
	Sólo estudia (SE)	2.67 (0.96)		
	Trabaja y estudia (TyE)	2.67 (0.90)		
	No trabaja ni estudia (NEyNT)	3.47 (1.19)		
Lugar de origen	Distrito Federal	2.77 (0.97)	t(310)= 4.153 p<.001	
	Otros estados	3.29 (1.02)		

Tabla 2. Diferencias en las subescalas de la Escala de Masculinidad Tradicional por variables sociodemográficas (continuación)

<i>Variables</i>	<i>Categorías</i>	<i>Media* (DE)</i>	<i>Prueba Estadística</i>	<i>Prueba post hoc de Tukey (p<.05)</i>
Pareja	No tienen pareja (NP)	2.96 (1.05)	F(2,308)= 9.767 p<.001	NP-PNV PV-PNV
	Tienen pareja, no vive con ella (PV)	2.53 (0.97)		
	Tiene pareja, vive con ella (PNV)	3.13 (0.92)		
Hijos	No tiene hijos	2.64 (0.95)	t(311)= 5.586 p<.001	
	Tiene hijos	3.26 (0.97)		
<i>Subescala de Superioridad Masculina</i>				
Edad	20 a 29 años	2.23 (0.94)	F(2,309)=5.788 p=.003	20/30-50/79 31/49-50/79
	30 a 49 años	2.27 (0.83)		
	50 a 79 años	2.69 (0.73)		
Escolaridad	Primaria y secundaria (PyS)	3.00 (0.90)	F(3,310)=9.955 p<.001	PyS-B PyS-L PyS-P
	Bachillerato (B)	2.39 (0.81)		
	Licenciatura (L)	2.24 (0.87)		
	Posgrado (P)	2.03 (0.75)		
Ocupación	Sólo trabaja (ST)	2.34 (0.87)	F(3,310)=3.977 p=.008	ST-NTyNE SE-NTyNE TyE-NTyNE
	Sólo estudia (SE)	2.16 (0.81)		
	Trabaja y estudia (TyE)	2.24 (0.88)		
	No trabaja ni estudia (NEyNT)	2.83 (0.92)		
Lugar de origen	Distrito Federal	2.77 (0.97)	t(311)=3.239 p=.001	
	Otros estados	3.29 (1.02)		
Pareja	No tienen pareja (NP)	2.30 (0.94)	F(2,309)=6.167 p=.002	NP-PNV PV-PNV
	Tienen pareja, no vive con ella (PV)	2.10 (0.86)		
	Tiene pareja, vive con ella (PNV)	2.52 (0.81)		
Hijos	No tiene hijos	2.64 (0.95)	t(311)= 5.586 p<.001	
	Tiene hijos	3.26 (0.97)		

*Media teórica= 3.5.

Participación en las labores domésticas y en la atención a los hijos

La participación en las labores domésticas de los hombres entrevistados fue ligeramente superior a la media teórica (3.63, DE=1.10). Los puntajes significativamente más altos correspondieron a los hombres de edad intermedia (31 a 49 años), a los que tenían un nivel de escolaridad mayor a primaria y secundaria,

a quienes estudiaban y trabajaban, a aquellos nacidos en el Distrito Federal, a los que tenían pareja, pero no vivían con ella, y a los que no tenían hijos (véase tabla 3).

Tabla 3. Diferencias en la Escala de Participación en las Labores Domésticas por variables sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>Categorías</i>	<i>Media* (DE)</i>	<i>Prueba Estadística</i>	<i>Prueba post hoc de Tukey (p<.05)</i>
Edad	20 a 29 años	3.69 (1.04)	F(2,308)= 5.699 p= .004	20/30–50/79 31/49–50/79
	30 a 49 años	3.76 (1.08)		
	50 a 79 años	3.18 (1.20)		
Escolaridad	Primaria y secundaria (PyS)	2.58 (0.95)	F(3,310)= 15.526 p<.001	PyS–B PyS–L PyS–P
	Bachillerato (B)	3.55 (1.13)		
	Licenciatura (L)	3.83 (1.11)		
	Posgrado (P)	3.90 (0.86)		
Ocupación	Sólo trabaja (ST)	3.49 (1.01)	F(3,310)= 4.826 p=.003	TyE–NTyNE TyE–ST
	Sólo estudia (SE)	3.74 (1.10)		
	Trabaja y estudia (TyE)	4.01 (1.05)		
	No trabaja ni estudia (NEyNT)	3.34 (1.51)		
Lugar de origen	Distrito Federal	3.74 (1.03)	t(311)= 2.978 p=.003	
	Otros estados	3.33 (1.25)		
Pareja	No tienen pareja (NP)		F(2,309)= 7.824 p<.001	PV–NP PV–PNV
	Tienen pareja, no vive con ella (PV)	3.74 (1.21) 3.92 (1.05)		
	Tiene pareja, vive con ella (PNV)	3.35 (0.98)		
Hijos	No tiene hijos	3.74 (1.03)	t(312)= 1.997 p=.047	
	Tiene hijos	3.49 (1.18)		

*Media teórica= 3.5.

Respecto de la atención a los hijos, la media de la subescala de cuidado práctico de los hijos fue de 4.24 (DE=1.18) y la de involucramiento con los hijos, de 4.85 (DE=1.00), las cuales difirieron significativamente, según la prueba efectuada para muestras relacionadas, $t(135) = 7.699$, $p < .001$. Ambas subescalas se ubicaron por arriba de la media teórica (3.5). Como se observa en la tabla 4, los hombres con mayor participación tanto en el cuidado práctico de los hijos como en el involucramiento con los hijos fueron los de edad intermedia (31 a 49 años) y los que tenían una escolaridad de bachillerato o licenciatura. Se encontraron diferencias en el cuidado práctico por ocupación y por lugar de origen (obtuvieron mayores puntajes quienes trabajaban y estudiaban, y aquellos que habían nacido en el Distrito Federal), pero no en

el involucramiento con los hijos. Para ninguna de las dos subescalas se encontraron diferencias por la presencia de pareja.

Los puntajes de cuidado práctico de los hijos y los del involucramiento con ellos correlacionaron positiva y significativamente con los de participación en las labores domésticas ($r = .547$ y $r = .390$, $p < .001$, respectivamente).

Tabla 4. Diferencias por variables sociodemográficas en los dos factores de la Escala de Atención a los Hijos

<i>Variables</i>	<i>Categorías</i>	<i>Media* (DE)</i>	<i>Prueba Estadística</i>	<i>Prueba post hoc de Tukey (p<.05)</i>
<i>Subescala de Cuidado práctico de los hijos</i>				
Edad	20 a 30 años	4.18 (1.47)	F(2,132)= 7.825 p=.001	31/49–50/79
	31 a 49 años	4.60 (1.04)		
	50 a 79 años	3.78 (1.11)		
Escolaridad	Primaria y secundaria (PyS)	3.34 (0.99)	F(2,133)= 10.732 p<.001	PyS–B PyS–L PyS–P B–L B–P
	Bachillerato (B)	4.35 (1.13)		
	Licenciatura (L)	4.54 (1.11)		
	Posgrado (P)	2.86 (0.86)		
Ocupación**	Sólo trabaja (ST)	4.23 (1.80)	F(2,130)= 3.750 p=.001	TyE–NTyNE TyE–ST
	Trabaja y estudia (TyE)	4.67 (1.18)		
	No trabaja ni estudia (NEyNT)	3.72 (1.01)		
Lugar de origen	Distrito Federal	4.47 (1.11)	t(135)= 3.248 p= .003	
	Otros estados	3.80 (1.19)		
<i>Subescala de Involucramiento con los hijos</i>				
Edad	20 a 30 años	4.52 (1.26)	F(2,131)= 7.289 p= .001	20/30–31/49 31/49–50/79
	31 a 49 años	5.15 (0.82)		
	50 a 79 años	4.51 (1.06)		
Escolaridad	Primaria y secundaria (PyS)	4.37 (0.92)	F(3,132)= 4.108 P0.008	PyS–L PyS–P
	Bachillerato (B)	4.93 (1.01)		
	Licenciatura (L)	4.94 (1.10)		
	Posgrado (P)	5.37 (0.77)		

*Media teórica= 3.5.

** Se eliminaron del análisis los participantes que sólo estudiaban, ya que los estudiantes que tenían hijos fueron sólo cuatro.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación es posible plantear que las formas tradicionales de masculinidad están cambiando. Los jóvenes, en comparación con los hombres de más de 50 años, tienden a creer menos en la superioridad y en la jefatura masculina, muestran un mayor involucramiento en las labores domésticas y en el cuidado práctico sus hijas o hijos, juegan y conversan con ellos, los bañan, los cambian, etc. Es posible que hayan encontrado nuevas formas de convivencia con su pareja, asumiendo que la igualdad implica beneficios también para ellos (Bergara, Riviere y Bacete, 2008).

Se encontró que los varones que habían cursado estudios de bachillerato, licenciatura o posgrado participaban en mayor medida en las labores domésticas y cooperaban en las actividades de sus hijos o hijas, por lo que puede concluirse que la escolaridad es un factor fundamental que propicia que los hombres eviten reproducir los estereotipos de género o los comportamientos sexistas y apoyen una distribución de las tareas basada en la igualdad, como propone Burín (2007). No obstante, a pesar de la mayor participación masculina, los datos indican que algunas actividades domésticas siguen correspondiendo casi exclusivamente a las mujeres, como el cambio de pañales y otras acciones prácticas de cuidado de los hijos e hijas. Un nuevo estudio podría explorar las razones de la evitación de estas tareas específicas por parte de los varones, ya que podría esperarse que, dado que la masiva incorporación de las mujeres al trabajo está llevando a transformar a la familia en un modelo nuclear de doble ingreso, hombres y mujeres tendrán que asumir responsabilidades completamente compartidas (Ordaz, Monroy y López, 2010).

Respecto del efecto de ocupación de los varones, se observó que quienes, además de trabajar, estudiaban, obtuvieron los puntajes más altos en el cuidado práctico de los hijos; al parecer, son los hombres con múltiples responsabilidades quienes cuestionan el modelo hegemónico masculino y generan los cambios sociales que favorecen el avance hacia la igualdad entre mujeres y hombres (Bergara, Riviere, y Bacete, 2008). Por el contrario, quienes ni trabajaban ni estudiaban, tendieron a realizar en menor medida labores domésticas y a tener el menor involucramiento con los hijos o hijas. Probablemente se trata de hombres con bajo nivel socioeconómico (variable que no se incluyó en el presente estudio) quienes, según Ibarra (2011), se viven más como ejes de la familia, pero se mantienen periféricos en relación con los hijos.

De acuerdo con los resultados obtenidos, los varones que nacieron en el Distrito Federal tendieron a creer menos en la superioridad y en la jefatura masculina que quienes emigraron de otros estados. Montesinos (2007) considera que el lugar de origen es un factor que influye en la construcción de la masculinidad, ya que las personas que viven en provincia ejercen de manera rígida los roles de género y perciben el proceso de adopción de responsabilidades igualitarias y compartidas con las mujeres como una transgresión; por tanto, se resisten al cambio y las relaciones de poder continúan ocupando un lugar central

en su explicación de la sociedad, las identidades y de las formas de relación. Sería conveniente efectuar repeticiones del estudio en otras regiones del país para someter a prueba este planteamiento.

Si bien los hallazgos del presente estudio evidencian cambios en los roles de género que están conduciendo a relaciones más equitativas, con modificaciones en la convivencia de pareja y en la dinámica familiar, todavía una gran proporción de varones, principalmente aquellos que sostienen actitudes de masculinidad tradicional, se involucran poco en las labores del hogar y se respaldan en el trabajo doméstico y el cuidado realizado por las mujeres. Incluso los hombres que dicen estar a favor de relaciones más igualitarias, en el ámbito privado tienen a dedicar poco tiempo a las actividades del hogar. González y Jurado-Guerrero (2009) afirman que aun cuando los hombres han aumentado su implicación en tales tareas, es menor a la magnitud de los cambios que se han producido con respecto al papel de la mujer en el mercado de trabajo. Por otro lado, la disponibilidad del tiempo de los hombres es importante para que se involucren en las tareas del hogar (González y Jurado-Guerrero, 2009). Valdría la pena evaluar si la extensión de sus jornadas laborales se encuentra asociada con su corresponsabilidad en las tareas domésticas

Los puntajes de participación en las labores domésticas correlacionaron positiva y significativamente con los de cuidado práctico de los hijos y con los del involucramiento con ellos, lo que podría indicar que aquellos varones que realizan labores domésticas tienden a involucrarse en mayor medida con sus hijos, tanto en el cuidado práctico como en actividades como conversar con ellos o ellas; el que un hombre se encargue de algunas de las actividades del hogar, aparentemente le lleva a hacerse también responsable del cuidado de otras personas e incluso, de sí mismos. Ibarra (2011) ha señalado que este comportamiento igualitario hace que los varones aumenten también su autoestima, favorece su crecimiento personal e incrementa la calidad en sus relaciones interpersonales. Asumir que la realización de los trabajos domésticos y de cuidado son también responsabilidades masculinas fomenta el reparto equitativo en las familias y constituye el inicio de la igualdad entre hombres y mujeres.

La convivencia en un contexto de equidad, con oportunidades similares en términos de participación social, política y laboral (Rodríguez-Del Toro y Padilla Díaz, 2009), implica que los hombres estén dispuestos a cuestionar el modelo tradicional de masculinidad, a renunciar a los privilegios que podría aportarles el sistema patriarcal, a liberarse de las cargas de una masculinidad hegemónica y a comprometerse de forma activa, junto con las mujeres, en la consecución de una nueva sociedad compuesta por personas más libres e íntegras (Ibarra, 2011).

La presente investigación ha aportado datos empíricos al estudio de las nuevas masculinidades y sienta las bases para evaluar, con instrumentos psicosociales válidos y confiables, los cambios que se están gestando en las cogniciones y en el comportamiento de los varones. Se trata de un fenómeno sumamente complejo que requiere ser estudiado también con las herramientas metodológicas de la Psicología.

REFERENCIAS

- Bergara, A., Riviere, J. y Bacete, R. (2008). *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*. Vitoria-Gasteiz, España: Instituto Vasco de la Mujer.
- Bonino, L. (2004). Obstáculos y resistencias masculinas al comportamiento igualitario. *Actes Séminaire International*, 177-180.
- Burín, M. (2007). Trabajo y parejas: Impacto del desempleo y de la globalización en las relaciones entre los géneros. En M. Jiménez y O. Tena (Coords.). *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
- Connell, R. W. (2003). *Masculinidades*. México: PUEG, UNAM.
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura: Psicología del mexicano 2*. México: Trillas.
- González, M. J. y Jurado-Guerrero, T. (2009). ¿Cuándo se implican los hombres en las tareas domésticas? Un análisis de la Encuesta de Empleo del Tiempo. *Panorama Social*, 10, 65-81.
- Guevara, E. (2008). La masculinidad desde una perspectiva sociológica: Una dimensión del orden de género. *Sociológica*, 66, 71-92.
- Ibarra Casals, D. (2011). Investigación sobre la construcción y la vivencia de las masculinidades. *Memorias del IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades: Políticas públicas y acciones transformadoras*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. p. 15-24. Recuperado en septiembre de 2015 de: <http://www.inmujer.df.gob.mx/work/sites/inmujeres/resources/LocalContent/1111/2/VaronesMasculinidades.pdf>
- Lamas, M. (2000). *El género como construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Ángel Porrúa.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México: Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.
- Montesinos, R. (2007). Ensayando sobre nuevas tipologías de la masculinidad. En M. Jiménez y O. Tena (Coords.). *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
- Ordaz Beltrán, G., Monroy Limón, L. y López Ramos, M. M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. México: INCIDE Social.
- Olivarria, J. (2000). De la identidad a la política: Masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo XX. En J. Olivarri y R. Parrini (Eds.). *Masculinidad/es: Identidad, sexualidad y familia*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile

- Ortega, M. E. (2009). *Análisis sobre paternidades: Significados y prácticas en dos generaciones de varones de San José de Cúcuta*. Proyecto de grado. Facultad de Derecho. Programa de Psicología: Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.
- Rocha Sánchez, T. E. (2013). Mujeres, pareja y familia: La transformación de roles y la búsqueda de equidad. En T. E. Rocha Sánchez y Cruz del Castillo, C. (Eds.). *Mujeres en transición: Reflexiones teórico-empíricas en torno a la sexualidad, la pareja y el género*. México: Universidad Iberoamericana.
- Rodríguez-Del Toro, V. y Padilla-Díaz, M. (2009). Las prácticas de equidad en un grupo de parejas heterosexuales en Puerto Rico. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(1), 84-90.
- Rocha-Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (2011). *Identidades de género: Más allá de cuerpos y mitos*. México: Editorial Trillas.
- Rocha-Sánchez, T. E. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1) 42-49.
- Sanz, F. (2008) *Psicoerotismo femenino y masculino: Para unas relaciones placenteras, autónomas y justas*. Barcelona: Kairós.
- Soto, G. (2013). Nuevas masculinidades o nuevos hombres nuevos: El deber de los hombres en la lucha contra la violencia de género. *Revista Internacional de Filosofía*, 1, 95-106.

3.2.1.2 Metodología cualitativa

A continuación, se presenta la investigación realizada con una metodología cualitativa.

MODELO DE AFRONTAMIENTO Y MANEJO DE LA SEXUALIDAD EN HIJOS ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL

Gabriela Cervantes Galicia, Luis Darío Villela Soto

RESUMEN

Se trata de una investigación de tipo cualitativo en la que se entrevistaron a 3 madres cuyos hijos, en edad adolescente o adulta padecen algún grado de retraso mental. Se utilizó como eje el Modelo Holónico de la Sexualidad, en el que toma relevancia la expresión de ésta en sus hijos (as), y los niveles de ansiedad y angustia que genera este tema en los padres. Las entrevistas versaron sobre la manera en que ellas viven y afrontan el desarrollo sexual de sus hijos desde las esferas fisiológicas, sociales, médicas, legales, afectivas y familiares. El resultado es un modelo configurado a través de las respuestas obtenidas en dichas entrevistas, en las que destaca la importancia del papel de los vínculos sociales para una integración adecuada de sus hijos a su entorno sociocultural. Así mismo el modelo sirve de marco para la creación y/o conducción de talleres donde padres e hijos puedan establecer redes de apoyo y puedan sentirse escuchados y comprendidos y acompañados, en el tema de la sexualidad de sus hijos (as) en condición de retraso mental, dando un lugar fundamental a las emociones que este proceso pueda generar en padres y madres.

Palabras clave: sexualidad, retraso mental, Modelo Holónico de la Sexualidad, redes de apoyo.

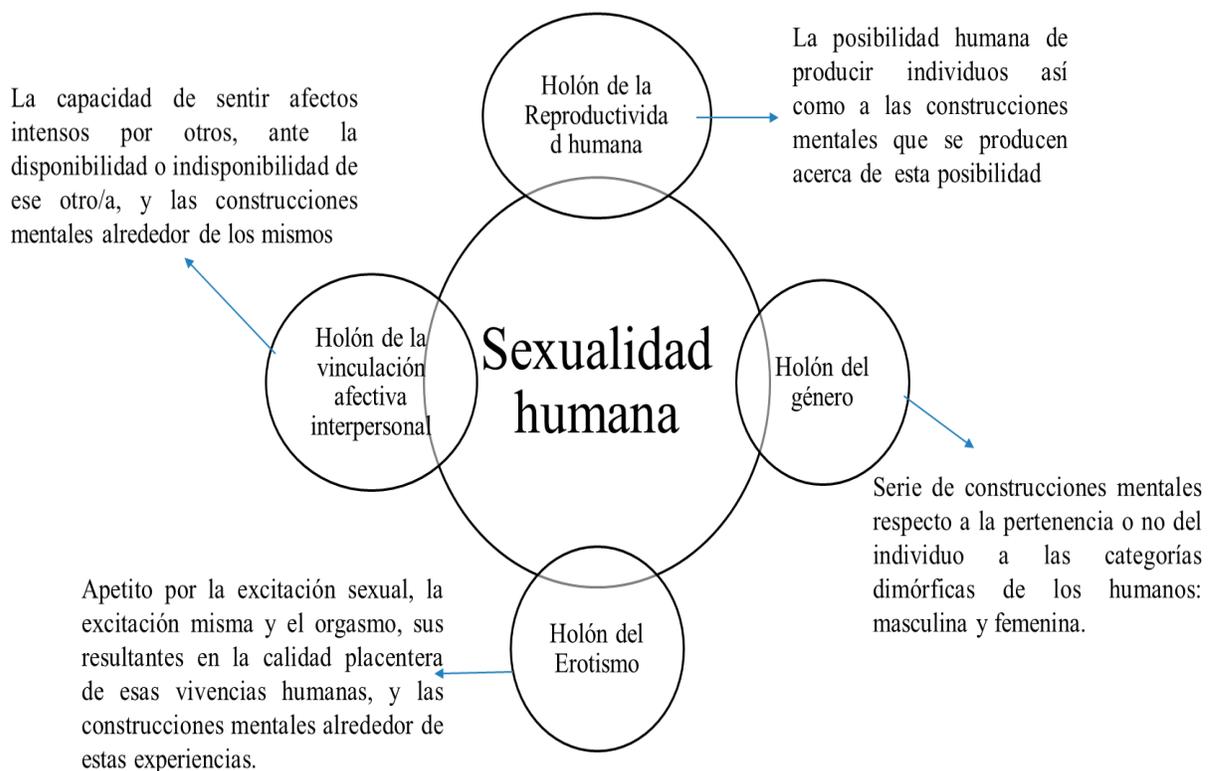
INTRODUCCIÓN

La sexualidad se ha explicado a través de tres modelos diferentes: los caracterizados por una serie de suposiciones psicodinámicas, que se denominarán en su conjunto modelos psicoanalíticos de la sexualidad; segundo, los caracterizados por el pensamiento empírico positivista, llamados modelos empíricos y tercero, los modelos con base en un pensamiento de teoría de sistemas. En este estudio se hará

referencia a un modelo construido desde el pensamiento de teoría de los sistemas llamado Modelo Holónico de la Sexualidad Humana (Rubio, 1994).

A partir de la Teoría del Sistema General propuesta por Bertalanffy (1968, propuesta originalmente en 1945), Rubio (1994) construye el Modelo Holónico de la Sexualidad Humana. El Modelo considera a la sexualidad como el resultado de la integración de cuatro subsistemas u holones sexuales: Erotismo, Vinculación afectiva interpersonal, Género y Reproductividad. Cada holón sexual resulta de la potencialidad que el ser humano tiene al nacer de experimentar vivencias que, en su desarrollo a la adultez, se integran, básicamente a través de significados, es decir, la sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción le hacen vivir. Estos cuatro elementos, en la visión del modelo sistémico, se integran en la adultez para conformar la sexualidad humana. En la Figura 1 se describe cada uno de los holones de la sexualidad humana, el orden en el que se presenta no obedece a que sea uno más importante que el otro, por el contrario, todos son importantes.

Figura 1. Modelo Holónico de la Sexualidad Humana



FUENTE: Elaboración propia con datos obtenidos de Rubio 1994.

Retraso Mental

La definición de retraso mental propuesta por la AAMR en 2002 (Verdugo, 2002) plantea que es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años. Esta definición propone cinco dimensiones que abarcan aspectos diferentes de la persona y el ambiente con vistas a mejorar los apoyos que permitan a su vez un mejor funcionamiento individual:

Dimensión I: Habilidades Intelectuales. Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica). Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales. Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología). Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura).

Programas de educación sexual dirigidos a padres

Torres y Beltrán (2002) consideran que los padres con hijos con deficiencia mental abordan la educación sexual desde los conceptos que estos poseen respecto a la sexualidad, así como los valores y actitudes que manifiestan ante las personas con discapacidad mental.

En México son escasos los trabajos de investigación relacionados con el tema de la educación sexual de las personas con discapacidad mental. Esto es grave ya que la educación sexual constituye otro reto para los padres que tienen hijos en esta situación, ya que no solo se enfrentan a las circunstancias propias de su situación, que en nuestro país la mayoría de las veces son muy desventajosas, sino que además se enfrentan a una serie de falsas creencias como “quitarles su inocencia”, “inducirles más curiosidad sexual”, “por pena o vergüenza”, por considerarlo “sucio”, o por sentir que no tienen las herramientas y conocimientos para contestar a las preguntas que sus hijos les hagan (Jiménez, 1984), prejuicios y fantasmas respecto a la sexualidad de sus hijos, así como a sus propios prejuicios, miedos y ansiedades sobre su sexualidad.

De acuerdo con lo anterior, el propósito del presente estudio fue evaluar en qué medida el Modelo Holónico de la sexualidad humana se puede utilizar como marco teórico para generar propuestas para desarrollar talleres sobre sexualidad, dirigidos a padres de hijos con retraso mental.

Un aporte fundamental desde la perspectiva propuesta en este trabajo es lograr una síntesis entre los diversos factores que se consideran; en otras palabras, el retraso mental y la sexualidad explicados desde el modelo holónico adquieren un nuevo sentido al considerarse desde la experiencia que las madres entrevistadas han vivido ante la situación de sus hijos. Esto permite una jerarquización adecuada de los temas al contexto sociocultural en que se pretende impartir los talleres adecuando la información teórica a la realidad de las familias y no suponer explicaciones a priori sobre dicha realidad que comprometerían la utilidad de los mencionados talleres.

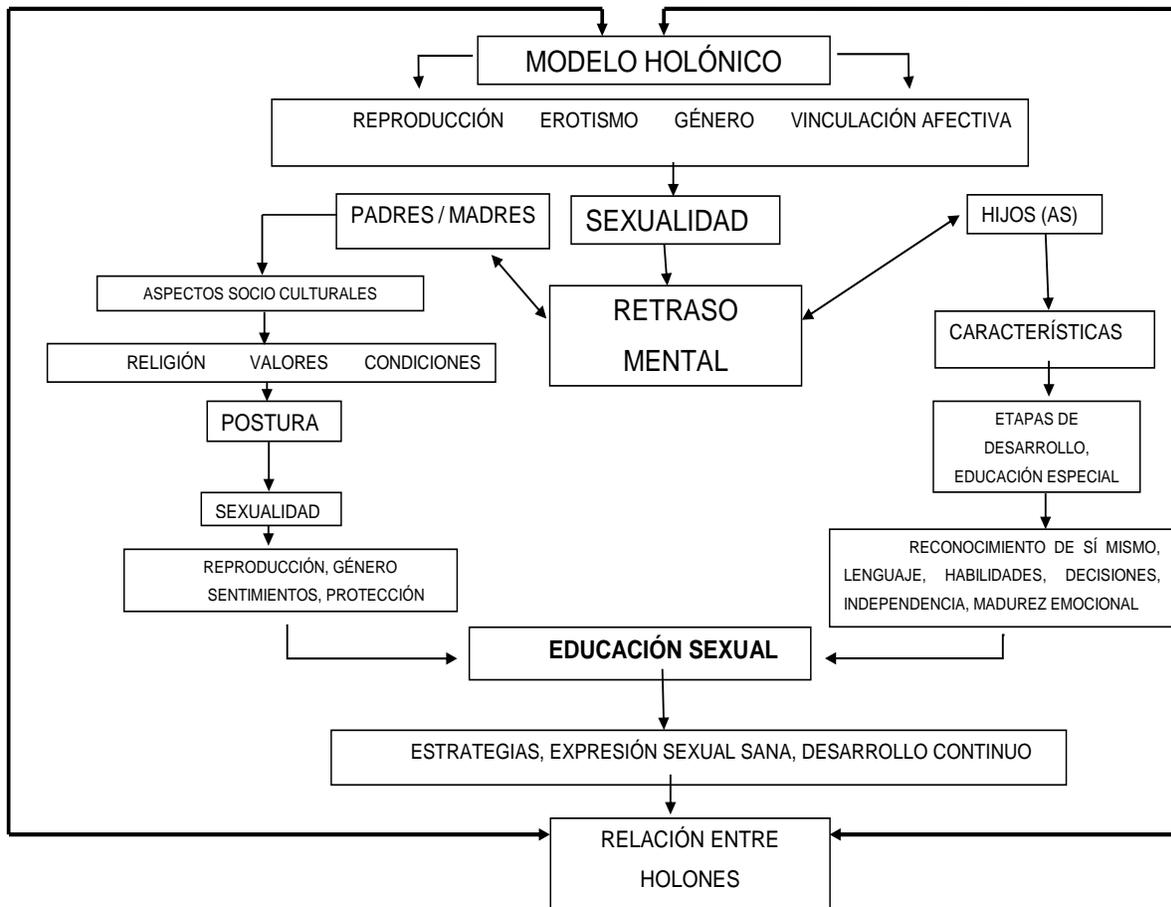
METODOLOGÍA

La técnica para recabar la información fue a través de la entrevista semiestructurada. En la Figura 2 se presentan las dimensiones que se exploraron en la entrevista y posteriormente se muestran las preguntas guías que se utilizaron para entrevistar a los participantes.

Participantes

La muestra la conformaron 3 madres con hijos con retraso mental, en edad adolescente o adulta. En el caso de la primera madre entrevistada, su hijo ya no era un adolescente, pero se tomó en cuenta su experiencia durante la etapa de la adolescencia. La segunda y tercera madre tenían hijos que se encontraban en la adolescencia tardía. Las últimas dos madres entrevistadas tenían en común que sus hijos habían estudiado en el Centro de Atención Múltiple (CAM).

Figura 2. Ejes y dimensiones que se explorarán en las entrevistas semiestructurada



FUENTE: Elaboración propia 2015.

Preguntas guía

Sexualidad

1. ¿Qué es para usted la sexualidad?
2. ¿Cómo cree usted que se manifiesta?
3. ¿Cómo se expresa la sexualidad en hombres y en mujeres?
4. ¿Es peligrosa algunas de estas manifestaciones?
5. ¿Cómo manifiesta su hij@ su sexualidad?
6. ¿Cómo lo afronta usted? / ¿Considera que estas manifestaciones son aprendidas o naturales?
7. ¿Consideran que los padres saben guiar a sus hijos? / ¿usted sabe guiar a sus hijos?
8. ¿Qué papel juega usted en las manifestaciones de la sexualidad de su hijo?
9. ¿Ha recibido algún tipo de orientación sobre este tema? / ¿tiene acceso a algún tipo de orientación?
10. ¿Utiliza la misma forma para educar en sexualidad a su hijo que a sus otros hijos?

Retraso Mental

1. ¿Su hijo tiene algún grado de independencia o autonomía? ¿En qué lo nota?
2. ¿Cuáles son las dificultades que tiene su hij@?
3. ¿Cómo las afronta él/ella?
4. ¿Cómo las afronta usted?
5. ¿En quiénes se apoya para ayudar a su hijo?
6. ¿En qué se diferencia respecto a otro@s chic@s de su edad?
7. ¿Observa alguna ventaja en su hij@ dadas sus características?
8. ¿Cómo son sus estados de ánimo?
9. ¿Le causan problemas?
10. ¿Cómo los afronta?
11. ¿En qué cosas es independiente su hij@?
12. ¿Cómo expresa lo que quiere?
13. ¿Cómo expresa lo que no quiere?
14. ¿Ha recibido algún tipo de medicación psiquiátrica? / ¿le dijeron usted para que eran esos medicamentos?
15. ¿Ha estado en alguna institución? ¿Su hijo a recibido algún tipo de orientación, en alguna de las instituciones que ha estado?

Modelo Holónico

Vinculación afectiva

1. ¿Qué entiende por afecto?
2. ¿Cómo actúa una persona afectuosa?
3. ¿Qué cosas hace usted que considere afectuosas?
4. ¿Recibe afecto de su hij@?
5. ¿Hay diferencia entre afecto y amor?
6. ¿Cree usted que su hij@ puede establecer vínculos afectivos o amorosos? / ¿cómo lo expresa?, ¿con quiénes los expresa?

Género

1. ¿Usted cree que hay diferencias entre hombres y mujeres? / ¿En qué cosas son diferentes los hombres y las mujeres? / ¿a qué cree que se deba esto? / ¿cómo concluye esto?
2. ¿En las situaciones mentales, considera qué hay diferencia entre hombres y mujeres?
3. ¿Existen labores exclusivas de hombres?
4. ¿Existen labores exclusivas de mujeres?
5. ¿Establece diferencias entre hombres y mujeres en casa?
6. ¿Cuáles?
7. ¿Cómo determina las labores de su hijo, por el género o por sus características?
8. ¿Su hijo (a) se vive como hombre (mujer)?

Reproducción

1. ¿Sabe desde que edad es posible la reproducción en los seres humanos?
2. ¿Conoce métodos anticonceptivos?
3. ¿Utiliza usted algún método anticonceptivo?
4. ¿Cómo es ser un buen padre?
5. ¿Cómo es ser una buena madre?
6. ¿Qué piensa de los embarazos no deseados/planeados?
7. ¿Qué entiende por reproducción responsable?
8. ¿cree usted que su hija/o, algún día será madre o padre?

Erotismo

1. ¿Sabe desde que edad se manifiesta la excitación sexual?
2. ¿Considera que la excitación sexual es buena o mala?
3. ¿La considera necesaria?
4. ¿La excitación tiene algo que ver con el amor?
5. ¿Existe un tipo de excitación buena y una mala?
6. ¿Cómo considera que se debe hacer con la excitación?
7. ¿Considera que la masturbación es una manera de manifestar el erotismo?
8. ¿Cómo expresa el erotismo su hij@?

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

En la Tabla 1 se muestran los ejes y las dimensiones que se emplearon para el análisis de las entrevistas.

Tabla 1. Ejes y dimensiones que integran el modelo que se utilizará para el diseño de talleres de sexualidad para los padres de adolescentes con retraso mental

POSTURA	RED DE APOYO	MODELO HOLÓNICO	EDUCACIÓN SEXUAL	EXPECTATIVAS DE VIDA
Retraso mental	Familia	Reproducción	Información	Esperanza
Sexualidad	Cuidadores	Vínculos afectivos	Encuadre	Paternidad
Relaciones sociales	Comunidad	Género	Institucional	Género
Comunicación	Instituciones	Erotismo		Vida en pareja

Postura

Retraso mental

Uno de los factores principales que las entrevistadas visualizaron como un parámetro para tomar decisiones en cuanto a sus hijos es la concepción que tienen del retraso mental.

Los comentarios que las participantes⁴ hicieron a este respecto fueron:

⁴ El nombre de las madres y sus familiares ha sido modificado, y en algunos ejes y dimensiones no se obtuvo respuesta por parte de ellas, por lo que se ha omitido su respuesta en ese eje o dimensión.

P1: Para mí fue muy pesado el enfrentar los problemas que vienen con la situación de mi hijo ya que en ese tiempo no había mucho apoyo, las escuelas especiales eran muy caras y en el gobierno no había, además era como algo que una persona debía ocultar, las personas sentían lastima por uno.

P2: Fernando es un muchacho con muchas habilidades y es muy inteligente, tiene su problema, pero por todo lo demás está bien, él sabe que tiene que echarle ganas a la escuela para salir adelante y tener un futuro, a lo mejor hasta un día vive solo.

P3: Jerónimo nunca aprendió a leer ni a escribir, pero sabe hacer muchas cosas, ahorita ya no va al CAM pues ya tiene 18 años, pero está trabajando en el Sanborns y tiene su novia, además de que sabe lo que hace y es muy responsable. Él tiene su propio espacio y aunque requiere mi apoyo (y a lo mejor siempre lo va a necesitar) es independiente.

Esto coincide con la definición de la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM), la cual supuso un cambio radical del paradigma tradicional, es decir, se aleja de una concepción del retraso mental como rasgo del individuo para plantear una concepción basada en la interacción de la persona y el contexto, y como un estado de funcionamiento de la persona. La definición que propone AAMR del retraso mental coincide con la visión de los padres entrevistados respecto a que sus hijos son más que su discapacidad y tienen muchas facetas de su vida que se pueden desarrollar de manera satisfactoria tanto para los chicos como para su entorno.

Sexualidad

La sexualidad es una situación vital que genera un gran número de mitos y tabúes, McCary (2002) señalaba que estos se mezclan con la información adecuada sobre este tema en el lenguaje cotidiano de las personas. Las entrevistadas afirman esta suposición ya que durante las preguntas que se les realizaron contestaban de manera ambigua:

P1: Fue muy difícil darme cuenta de que estaba creciendo y que ya no era un niño, que empezaba a ser un joven y pues tenía cosas de jóvenes, como erecciones y de repente quería tocar a las mujeres de la familia, cosa que causo mucha alarma, siempre pensamos en él como en un niño y fue muy traumático, fue por eso que lo tuvimos que llevar al psiquiátrico, no sabíamos qué hacer con él. Ahora ya está más tranquilo, a veces vemos que se masturba y lo dejamos tranquilo hasta que acaba, pero no hablamos de eso.

P2: Por los talleres que nos daban en el CAM yo sabía que en algún momento dejaría de ser niño y empezaría a tener necesidades de hombre, obviamente yo no le digo como masturbarse yo solo dejo que suceda lo que tiene que suceder y le digo que puede platicarme lo que quiera, pero hay cosas que espero no pasen porque no sabría qué hacer, por ejemplo, que quiera ser papa.

P3: Pues yo no sabía nada de sexualidad y él jamás me ha preguntado nada, supongo que sí es más como un joven que como un niño por que ha tenido novias y veo que se pone nervioso y que le gusta, pero si me preguntara algo pues no sabría muy bien que decirle, porque yo casi no podía ir a los talleres del CAM. Sé que hay que saber cosas, pero la verdad no se mucho del tema.

Como se puede ver las madres tienen alguna idea sobre ciertas situaciones referentes a la sexualidad (por ejemplo, cómo manejar la masturbación en sus hijos), pero reconocen que en general no tienen certeza de que la información que poseen es o no cierta.

Relaciones sociales

Las relaciones sociales se pueden entender como construcciones que se dan dentro del lenguaje. Gergen (2007) propone una visión relacional del autoconcepto, que ve la concepción del yo, no como una estructura cognitiva privada y personal sino como una narración que se vuelve inteligible dentro de las relaciones sociales. Esto desmitifica la imposibilidad de no relación o relación social limitada de las personas con alguna discapacidad y encuadra la discriminación como un discurso susceptible de ser modificado. Todo esto coincide con la visión que las entrevistadas manifestaron:

P1: Hace 30 años ni pensar en que los chicos especiales tuvieran amigos o fueran a fiestas, o sea si lo sacábamos, pero realmente no convivía con alguien que no fuera familiar cercano, ya que como estaba “enfermo” no podía y la verdad evitábamos que saliera mucho al cine o así, eso fue cambiando con los años sobre todo los amigos de mi hijo menor convivieron más con él.

P2 y P3: Los chicos conviven mucho con sus hermanos y con sus amigos, los llevamos a fiestas, bailan y se divierten, es sano para ellos, el hecho de que tengan un problema no significa que no puedan tener a sus amigos y que convivan normal, si hay que cuidarlos, pero luego ni nos quieren cerca y los dejamos.

Estos datos nos permiten presumir que la situación ha cambiado con el paso de las últimas dos décadas, de un entorno muy limitado de relaciones sociales, donde incluso hablar del tema era un tabú, hasta el día de hoy donde la apertura y establecimiento de relaciones sociales más amplia es una esperanzadora realidad.

Comunicación

Una de las situaciones que más llamaron la atención durante las entrevistas, era la interrogante que se plantearon las madres en su momento acerca de si debían o no abrir el tema de la sexualidad con sus hijos, pensando que, si no hablaban de ello, evadían el tema o si mentían, podrían mantener esa espinosa situación bajo control. Sin embargo, si nos atenemos al primer axioma de la comunicación humana propuesto por Watzlawick, Beavin y Jackson (1981), sabemos que es imposible no comunicar. Esto significa que cualquier postura que tomen las personas al enfrentar estos temas comunica algo a los chicos y a su entorno sobre dicho tema. Al respecto las madres expresaron lo siguiente:

P1: La verdad es que nos comunicábamos poco con él, siempre lo tratamos como niño y había temas de los que no se podía hablar, por ejemplo, del sexo. O si alguien mencionaba el tema pasábamos a hablar de otra cosa o si veía alguna imagen en la tele o el cine de sexo le decíamos que jugaban en la playa o se iban a bañar.

P2: Pues yo espero a que Fernando me pregunte las cosas, pero si no me pregunta mejor no hablamos, hay cosas que no se si deba o no decirle, así que por eso prefiero decirle las cosas como son (o como yo creo que son) hasta que me pregunta.

P3: Yo no hablo de estas cosas con Jerónimo, él no me pregunta, si me preguntara no sabría bien que decirle, le digo a su hermano que hable con él sobre cosas de sexo, pero Jerónimo no pregunta, yo no sé si sepa o no de sexo.

Al igual que muchas personas las madres entrevistadas piensan que al no hablar de algo la comunicación sobre el tema se detiene, es fundamental que de frente a situaciones vitales como la que aquí nos ocupa, madres y padres sepan que cualquier postura que tomen comunica algo.

Red de apoyo

Familia

García (s.f) señala que la persona con discapacidad intelectual pasa su vida entre el centro de apoyo y el hogar familiar, teniendo por tanto un mayor impacto estos agentes en la educación. En este sentido podemos hablar de forma teórica de una unidad diádica educativa en el ámbito de la educación sexual en las personas con discapacidad intelectual, la compuesta por la familia y el centro. Es por ello esencial que las dos partes participen, colaboren y se coordinen en la educación de las personas. Las madres entrevistadas declaran al respecto:

P2: Yo agradezco principalmente a mis hijos, porque han sido el brazo fuerte, principalmente a mi hija Liliana quien le decía a Fernando vente voy hacer mi tarea, vamos hacer bolitas, ella siempre lo jaló. Llego un momento en el que le decía a los maestros, Liliana es su maestra no yo. Yo me apoyé en ella, si no hubiera estado otra cosa hubiera sido. Yo me siento muy orgullosa de lo que he hecho y han hecho sus hermanos y los maestros.

P3: ¿Ha habido alguien que te haya ayudado en las cosas de la vida cotidiana? Hablando con mis patronas desde un principio, porque trabajo en casa, cuando le empezaron a dar a mi hijo convulsiones a los tres años, ellas me apoyaban en esas cosas, porque había que llevarlo a consulta, ellas me daban permiso. Yo metía a mis hijos en la escuela en la tarde, había vecinitas que me apoyaban porque francamente de la familia no tuve apoyo. Mi hijo mayor me hecho mucho la mano con los otros, él era quien lo cuidaba.

En estos casos encontramos dos polos, por un lado, una de ellas recibió ayuda en el cuidado y otra no lo recibió de sus familiares. Pero podemos ver que la red de apoyo, ya sea familiar o de la comunidad es importante para las madres y los jóvenes.

Comunidad

Una de las formas fundamentales en que las personas encuentran el apoyo que necesitan para enfrentar las dificultades que se les presentan es la red que representa la comunidad. Méndez y Cruz (2008) ubican a la comunidad como un grupo primario de apoyo no formal, esto significa, según estos autores, que los amigos, la familia lejana, los centro comunitarios de apoyo y las personas no profesionales que brindan ayuda y que se encuentran en el entorno de las personas que requieren el apoyo, juegan un papel fundamental en brindar un sentido de seguridad y en proporcionar situaciones instrumentales que mejoran la calidad de vida no solo de quienes requieren un apoyo específico, sino de la comunidad en general, ya que al recibir el

apoyo las personas se integran a la red y se convierten en potenciales agentes de ayuda. Las madres entrevistadas dicen que:

P1: Estos problemas los debía resolver la familia sola, no pedías ni esperabas ayuda de nadie.

P3: Todos los papas del CAM nos apoyamos unos a otros para que nuestros hijos convivan y estén cuidados, por ejemplo, si hay un taller y una de nosotras no puede ir, la otra toma los datos y la información y luego la platicamos, Lourdes era la que me decía que fuera a los talleres que era importante y yo pues le hacía caso cuando podía. Si tengo dudas o algo yo creo que acudiría a ella para que me oriente, yo creo que es una persona que ha resuelto muy bien las cosas con su hijo. Mi familia nunca me apoyo con Jerónimo fueron mis vecinas y amigas y luego los papas en el CAM.

Se entiende por lo anterior que sin lugar a dudas han encontrado un gran apoyo en sus comunidades y esto ha sido fundamental en el desarrollo de sus hijos y en la socialización de las habilidades y conocimientos tanto de los chicos como de sus familias.

Institución

Las instituciones forman parte de un grupo secundario de apoyo formal (Sánchez 2000), según este autor la institución brinda un marco de referencia que posibilita la formalización de los esfuerzos de ayuda que existen dentro de un entorno sociocultural. Al analizar el apoyo brindado por la SEP y la Secretaría de Salud en el caso de los hijos de las madres entrevistadas, se torna evidente que la estructura normativa de dichas instituciones brindó intervenciones tanto médicas, psicológicas y educativas que favorecieron el desarrollo y la integración de los chicos a su comunidad. Esto es evidente en la forma en que las madres se refieren a este tipo de apoyo:

P2: En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) le daban sus terapias a Fernando, empezó a caminar muy tarde y ahí lo llevaba a sus terapias, pudo caminar, hablar y controlar esfínteres, además de que nos daban orientación psicológica. En el CAM aprendió muchas cosas, nos decían que lo debíamos tratar normal, nada de “pobrecito”. Ahí nos daban los talleres de sexualidad y nos sirvieron mucho, las maestras creen que Fernando si puede llegar a ser estilista, la cosa es que deje de ser tan flojo.

P3: Yo lo llevaba al INP porque desde chico tuvo ataques epilépticos, ahí lo medicaron y le daban terapia. En el CAM daban talleres que nos servían para orientarnos sobre qué hacer con los chicos porque yo no sabía nada. Ahorita ya término su CAM y está trabajando, en el Sanborns les dan trabajo.

Expectativa de vida

Esperanza

La esperanza que las madres entrevistadas declaran tener en que sus hijos puedan llegar a tener vidas más o menos normales, parece proporcionarles una motivación fundamental para enfrentar las duras circunstancias que las características de sus hijos y del entorno que les ha tocado vivir:

P1: Mi esperanza es que él logre estar bien lo que le quede, ahora ya lo medicamos menos y parece tranquilo, yo creo que es feliz a su manera.

P2: Yo creo que Fernando va a desarrollarse muy bien, tal vez llegue a vivir solo con su pareja y tenga su negocio propio.

P3: No sé hasta dónde llegue Jerónimo, tal vez viva con su pareja aquí en mi casa o en la de su pareja, yo creo que no puede vivir él solo, pero sí que tenga su espacio. Él ya trabaja y puede ser más o menos independiente

Según Seligman y Csikszentmihalyi (2000) en sus estudios de psicología positiva, la esperanza es uno de los factores que promueven en el ser humano el bienestar, es decir, no se concibe, desde aquí, la esperanza como una forma de alejarse del sufrimiento, sino como un factor que permite a las personas el desarrollo de sus potencialidades aún en circunstancias de vida favorables.

Paternalidad

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe o CEPAL (2002) menciona en el proyecto de investigación "Educación reproductiva y la paternidad responsable en el Istmo Centroamericano", la importancia de que los hombres asuman las consecuencias de sus actos reproductivos y sexuales, esto tiene consecuencias de amplio espectro. Al considerar que el asumir las consecuencias del acto sexual, desde su función reproductiva, incluye el deber para con los hijos (con todo lo que esto implica) se debe tomar en cuenta lo que las madres opinan al respecto:

P2: Yo no sé si quiera tener hijos, pero lo cierto es que yo lo cuidaría, y no sé si pudiera salir mal, prefiero que, sí tenga su pareja, pero no hijos.

P3: Definitivamente no debe ser padre, es una responsabilidad muy grande y Jerónimo no podría con ella, además de que podría salir mal. Hijos de plano no.

Aunque en ambas madres se encuentran diferentes posturas en cuanto a la posibilidad de que sus hijos con retraso tengan hijos, quien acepta la posibilidad de que esto ocurra, asume que sería ella quien cuidaría a los nietos. En este sentido coincide con quien niega totalmente la posibilidad de que su hijo procrea, en el sentido de que ellos no son capaces de asumir de manera adecuada las consecuencias de dicho acto.

Género

Una de las situaciones que preocupa a las madres entrevistadas es la manera en que sus hijos varones deben asumir su responsabilidad en cuanto al sexo; independientemente de las características de los chicos, sus madres tienen la perspectiva de género en el sentido en que es responsabilidad del hombre (y en este caso de ellas mismas ya por la situación de sus hijos) de cuidar a la mujer y de vivir su sexualidad. Incluso con sus otros hijos se aprecian diferencias de postura por el género:

P2: Me preocupa que su hermana piense en sexo y se llegue a masturbar porque si un hombre se masturba pues termina y ya, se calma, pero con la mujer es diferente porque si piensa en eso o se toca no queda tranquila y eso la puede llevar a hacer cosas que la pongan en riesgo, como buscar estar con alguien.

Si Fernando llega a tener pareja pues yo creo que vivirían aquí, y que él se haga responsable

P3: Pues el riesgo que veo es que si Jerónimo llegara a embarazarse a una chica yo tendría que cuidar al bebé, aparte de a Jerónimo porque pues él, no puede hacerse cargo.

Lamas (1995) dice que cuando se aborda el sexismo, o la discriminación basada en el sexo, se enfrentan situaciones de negación o de ceguera, que no aparecen en otros tipos de discriminación. En relación a las mujeres, hay presunciones culturales con gran arraigo histórico sobre su debilidad física, su vulnerabilidad durante el embarazo o su papel especial e insustituible para cierto modelo de familia. Según estas concepciones, está plenamente justificado el proteger a las mujeres, aunque ese trato encubra una real discriminación.

Vida en pareja

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2015) reconoce como parte de los derechos humanos fundamentales el derecho a la vida sexual y reproductiva. Esto supone tomar decisiones sobre nuestra salud, cuerpo, vida sexual e identidad sin temor a sufrir coacción o discriminación. Además de pedir y recibir información sobre la sexualidad y la reproducción, y acceso a servicios de salud relacionados con ellas y a métodos anticonceptivos, decidir si tener hijos, cuándo y cuántos, elegir a nuestra pareja íntima y si casarnos y cuándo, decidir qué tipo de familia formar.

Las madres entrevistadas dicen estar de acuerdo en que sus hijos lleguen a vivir en pareja, ya que es su derecho, pero es claro que se establece una diferencia entre si esto incluye o no tener descendencia:

P2: Fernando quiere tener novia y cuando llegue el momento podrá vivir con ella y formalizar.

P3: Yo no sé si Jerónimo está preparado o no, pero si él quiere vivir con su pareja yo creo que estaría bien.

Parece haber una confusión en la concepción de los derechos de sus hijos, ya que, aunque se utiliza este término, en la realidad, parece que se trata más bien de otorgar o no su consentimiento a sus hijos.

Creencias

Uno de los aspectos fundamentales para las madres sobre cómo deben dirigir sus acciones para dar el mejor futuro posible a sus hijos son sus creencias. Pepitone (1991) considera a las creencias como conceptos normativos creados y enraizados en los grupos culturales como estructuras relativamente estables de lo que existe más allá de sus percepciones. Reflexionando sobre ambas ideas podemos concluir que las personas necesitan marcos de referencia que les permitan tomar decisiones justificadas. Las madres entrevistadas dicen al respecto:

P1: Siempre hice lo mejor que pude por mi hijo, ahora veo que cometí errores, pero en ese tiempo la cosas se pensaban y se vivían diferente, creo que si hay cosas que haría diferente de cómo las hice, pero siempre busque lo mejor para él.

P2: Yo siempre he buscado que mis hijos estén bien, hago todo lo que puedo y si cometo errores es porque hay cosas que no sé, pero me informé y busco como apoyarlos.

P3: Ayudo a Jerónimo y a mis hijos en lo que puedo, pero hay muchas cosas que no sé así que les digo lo que yo creo que está bien.

Con esto queremos decir que la creencia de que las madres hacen lo mejor por sus hijos no se establece sin bases firmes, por el contrario, estas decisiones están fuertemente cimentadas en marcos de referencia construidos en su entorno sociocultural.

Educación sexual

Información

Los derechos humanos son aquellos principios que se consideran universalmente como protectores de la dignidad humana y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma. Dado que la protección de la salud es un derecho fundamental del ser humano, en el año 2000, la Organización Panamericana de la Salud Sexual junto con la Organización Mundial de la Salud, y la Asociación Mundial de Sexología (WAS), en su reunión para evaluar las estrategias de promoción de la salud sexual, efectuada en Guatemala, citan la Declaración de los Derechos Sexuales emitida por la WAS, en el considera que las personas tienen el derecho a recibir información basada en el conocimiento científico.

Las madres han tenido acceso a este tipo de información que las ha ayudado a tratar de entender la situación que viven sus hijos:

P2: En el taller para padres estaba la psicóloga de la escuela, alumnos que iban de CU y presentaban su tesis. Ellos estaban para orientarnos. Nos enseñaron a minimizar mi niño, mi bebe. Todavía está en preescolar y son unos bebes, ya en cuestión de la primaria ya no son unos bebes porque su edad y su cuerpo están creciendo, quizá su mente no, pero físicamente todo lo demás se está desarrollando a su etapa. Yo a Fernando le decía Fernandito, hasta que nos dijeron no más Fernandito, es Fernando, ya está en tercero de primaria, y ya no hay más de Fernandito porque les empiezas a quitar su crecimiento, si quieres que tu hijo crezca como va a crecer por medio de que tú lo enseñes y que van creciendo sus etapas emocionales y se va desarrollando su cuerpo.

Les enseñe que los cuerpos no se tocan, no debes dejar que nadie te toque, la única que los puede tocar soy yo, porque los estoy bañando o inyectando, pero no debe de haber caricias, ustedes van a sentir cuando alguien los esté acariciando y me deben de decir si alguien los está tocando.

P3: En la escuela les enseñaban como usar un condón, acerca del sexo. También le decían que nadie lo puedo tocar y que a las chicas se les respeta.

Aunque esta información tiene un cierto sesgo debido al contexto y al encuadre teórico, si cumple con la función de ayudar a las madres de estos chicos a construir un marco donde la información que reciban de manera oficial tiene su utilidad.

Encuadre institucional

Booth y Ainscow (2000) opinan que la educación inclusiva no es otro nombre para referirse a la integración de los alumnos que presentan discapacidad, implica identificar e intentar resolver las dificultades que se presentan en las escuelas al ofrecer una respuesta educativa pertinente a la diversidad; implica promover procesos para aumentar la participación de todos los estudiantes, independientemente de sus características, en todos los aspectos de la vida escolar y, con ello, reducir su exclusión; la inclusión implica reestructurar la cultura, las políticas y las prácticas de las escuelas para que puedan atender a la diversidad de los alumnos de su localidad. Las madres entrevistadas dan cuenta de cómo en el CAM al que asisten sus hijos se ha puesto en práctica esta idea de inclusión, ya que, aunque los contenidos se adecuan el ciclo escolar lo van cumpliendo de acuerdo a su edad cronológica:

P2: En una ocasión hablé con la psicóloga y me dijo que tenía que manejar con Fernando, les enseñábamos a los hijos que los cuerpos no se tocan, nadie tiene derecho a tocar tu cuerpo, más que tú, ni tu papá, ni tu mamá, porque ya había casos donde los niños quería abusar de las niñas, o las niñas también agarraban a los niños. Era manejar individualmente cada uno a sus hijos y no permitir que llegara el abuso, pues en la escuela si se maneja mucho el abuso entre ellos mismos. Otra cosa que nos decían es tu hijo no está malito, porque mucha gente en la calle te pregunta que tiene tu hijo y respondemos es que está malito y decían pobrecito. Si era muy común que las mamás lo dijéramos, es que mi hijito pobrecito. Nos decían depende de los papás como queremos que nuestros hijos se desarrollen y avancen. En la escuela me dijeron que Fernando estaba capacitado para la secundaria y dijimos vamos para que nuestros hijos se queden juntos, pero íbamos con miedo, solo Fernando y otro se quedaron en la secundaria y los maestros nos dijeron ya no son unos niños, ya empiezan a ser unos adolescentes y como tal se debe de manejar.

Aunado a ello la WAS promueve que la educación sexual integral en la escuela actúa como uno de los componentes esenciales de la construcción de la salud sexual a lo largo del ciclo vital de las personas y, por ello exige particular atención a los gobiernos para hacer obligatoria este tipo de educación en las escuelas.

Modelo holónico

Holón de la Reproductividad Humana

El tema de la reproductividad parece ser identificado inmediatamente con nuestra condición biológica, sin embargo, la reproductividad humana tiene manifestaciones psicológicas y sociales de importancia y no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto (Rubio, 1994), sino que puede ser representada a través de otras actividades como la docencia, el cuidado de animales, plantas, cuyo resultado final es la reproducción en un sentido simbólico. Las madres entrevistadas tienen en claro la responsabilidad que implica la función reproductiva, aun así, manifiestan diferentes posturas:

P2: Yo he hablado con mi hijo de que, si ocurre la penetración, la chica puede salir embarazada, pero esto no necesariamente tiene que ser así, recuerda que para eso están los anticonceptivos y tú ya

sabes cómo usar un condón y la responsabilidad que implica ser padre. Porque ya sabes que para tener un hijo es porque ya sabes trabajar y ya no vas andar en fiesta, le empiezo a enseñar todo el cambio que habría.

P3: En el caso de la otra madre, muestra ambivalencia respecto a que su hijo procrea, mi idea es que no tenga hijos considero que no tiene la capacidad de asumir de manera adecuada las consecuencias de ser padre. No lo veo con una chica o hacer su vida, siento que no lo va a poder hacer y creo que nunca se va a casar.

Holón del Género

El género aparece en la conformación de la identidad individual, nos permite respondernos quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y a dónde vamos. Uno de los principales componentes de la identidad, es precisamente el género, en la llamada identidad genérica; yo soy hombre, yo soy mujer. Las participantes expresan una clara conciencia de la diferencia biológica entre los sexos, aunque atribuyen ciertas características que más bien tiene que ver con los roles de género:

P2: Pienso que los hombres se pueden masturbar como niños, pero una mujer no va a llegar al punto de satisfacerse porque no tiene una pareja. A mi hijo en el Instituto Nacional de Pediatría le enseñaron el cuerpo de la mujer y del hombre. Yo le he enseñado que su cuerpo es natural y que es muy bonito tener su cuerpo, que se presenta de diferentes formas entre hombres y mujeres, y que se tiene que respetar. Empezó a ver que le crecía el bello, es que mira mamá, la mamá entrevistada le responde si es normal, pero a nadie le tienes que enseñar. En otra ocasión, se despierta bien alterado, mamá mira es que no se quiere bajar, tranquilo ya fuiste hacer pipí, va y regresa, sintió feo porque su cuerpo ya está manifestando otros cambios, pero yo no le he hablado mucho acerca de que se toque, porque me da miedo que le guste.

La expresión pública de nuestra identidad genérica se llama roles sexuales. Cuando se estudian estos roles de género, es posible identificar lo que es esperado por el grupo en función del género de los individuos y la sociedad norma muchas de sus interacciones en función de estas conceptualizaciones (*Ibíd*).

Holón del Erotismo

El 'erotismo' es un elemento de la sexualidad que nos remite a las experiencias sexuales, que hacen alusión a los cambios corporales que se experimentan (excitación y orgasmo). También el erotismo se identifica con el amor, porque la experiencia erótica está relacionada con la experiencia amorosa. No obstante, son sus componentes mentales; las representaciones, las simbolizaciones, la significación social y su regulación, lo que hacen del erotismo, una característica humana (*Ibíd*). Las entrevistadas manifiestan desde desconocimiento hasta una manera adecuada de tratar el tema con sus hijos:

P2: Yo veía que cuando mi hijo estaba en primero de secundaria se metía debajo de las cobijas y ya lo veía rascándose, él le decía que ya iba a dormirse por lo que le dije, si tienes sensaciones y quieres tocarte tu cuerpo y tu pene, está bien, sientes rico, pero sabes que tienes que tener privacidad, está el baño y puedes tocarte, puedes hacerlo libremente y nadie te va a ver, pero estás en privado y nadie te está observando. Comenta cuando su hijo entró a la secundaria las niñas lo arrinconaban y le dice ven dame un beso, tócame los pechos, me voy a sentar en ti. Yo le hacía hincapié en que, si él quiere tener

una relación sexual, debe de preguntarle a la chica si está de acuerdo y que no puede tocar otros cuerpos sin el consentimiento de la persona, ni él debe dejar que le toquen su cuerpo.

P3: Yo no he hablado con mis hijos de sexualidad, por lo que desconozco cómo es.

Es importante analizar con más profundidad cuales son los factores que crean estas diferencias.

Holón de la Vinculación Afectiva Interpersonal

Otro elemento de la sexualidad es el de la vinculación afectiva entre los seres humanos, el amor es la forma más reconocida de vinculación afectiva (*Ibíd*). En las entrevistadas las madres lograron identificar con mucha facilidad este ‘holón’, dando ejemplos muy claros de cómo sus hijos lo experimentan:

P2: Mi hijo me ha expresado que le gusta una niña y que en el taller los dejan tener novios (as) y que una niña le dijo a su hijo que le iba a enseñar a besar y a él le gusto, la mamá le pregunta si ya le dijo a la niña si quiere ser su novia, y si la chica aceptaba, ella estaba de acuerdo, pero siempre y cuando le diera besitos “son piquitos”, nada de que toques pechos, nalgas y vulva. Además, que su hijo es muy detallista y le dice a su papá si le puede mandar dinero para que le regale unos chocolates a la chica que le gusta.

P3: Mi hijo tiene una novia con la que se escribe mensajes y pasan horas platicando. Él se emociona y dice que la va a ir a ver, pero es una chica más despierta que él. Dado que la vinculación afectiva es la expresión más socialmente aceptada de la sexualidad es coherente con el contexto social que a los chicos se les permita expresarse de manera más libre en este aspecto.

CONCLUSIÓN

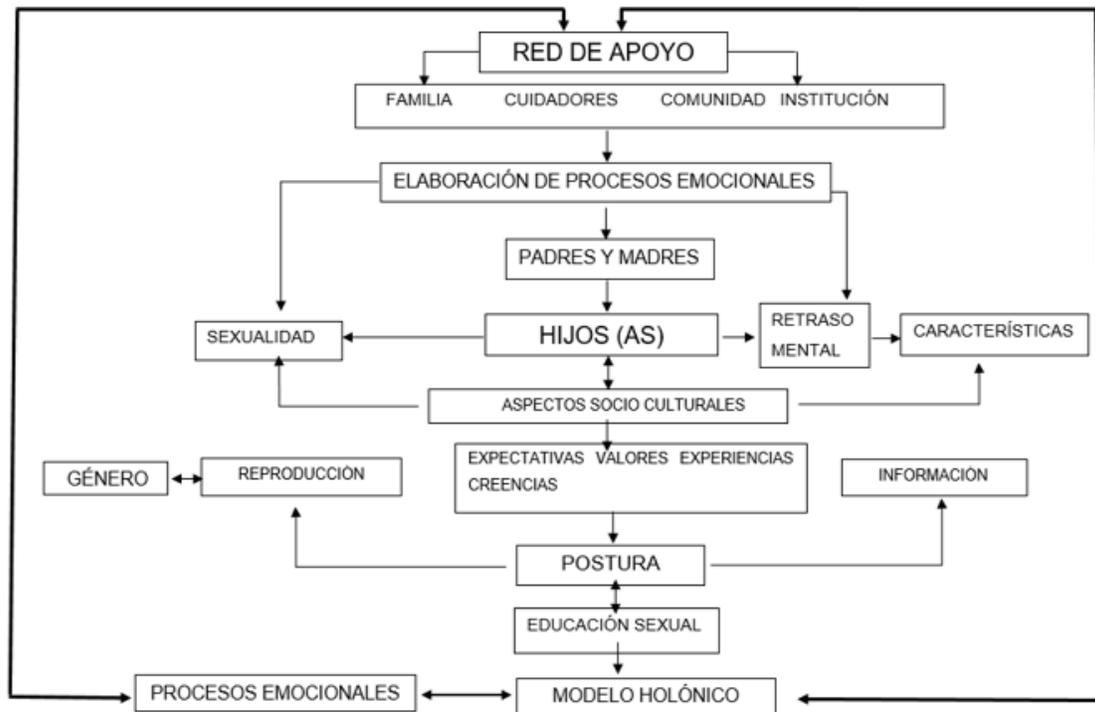
El Modelo presentado en la Figura 1 fue un primer bosquejo de los elementos que podrían tomarse en cuenta para la elaboración de talleres sobre sexualidad dirigidos a padres y madres con hijas(os) con retraso mental, en el que el Modelo Holónico de la Sexualidad Humana era el eje central para la elaboración de los contenidos sobre dicho tema. Sin embargo, a partir de las entrevistas fue modificándose, se añadieron otros elementos y el Modelo Holónico dejó de ser el eje central del modelo, pero siguió considerándose como un eje para la enseñanza de la sexualidad. En el Figura 3 se muestra el Modelo que se configuró después de las entrevistas y que servirá para el diseño de talleres de sexualidad.

Durante las entrevistas las madres mostraron diferentes tipos de expresiones emocionales como miedo, esperanza, ansiedad, alegría, enojo, incertidumbre, entre otras. Pero dos situaciones fueron constantes: el sentimiento de protección para con sus hijos y la necesidad de apoyo efectivo.

Estas expresiones emocionales generalmente se vieron acalladas por un discurso enfocado en lo racional que se apreciaba más como un recurso para evitar un desborde emocional que como una situación que sintieran bajo control. Por lo que, la investigación del significado de estas expresiones emocionales es necesaria para tener una visión más clara de la manera en que afrontan la situación que viven y como se les puede apoyar. Ante dicha necesidad en este nuevo modelo se incluyen los procesos emocionales de madres y padres entorno

a la sexualidad de sus hijos adolescentes con retraso mental que junto con el Modelo Holónico, como eje para la aplicación de contenidos sobre sexualidad, puedan expresar un contexto más amplio en una Educación Sexual Integral.

Figura 3. Modelo final para el desarrollo de talleres de sexualidad para los padres de adolescentes con retraso mental



FUENTE: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las madres 2015.

También este modelo hace énfasis en las redes de apoyo o red social en la que se incluye familiares, cuidadores, la comunidad e instituciones, que pueden servir de guía, apoyo, contención, etc., en los procesos emocionales de padres y madres, es decir, donde la red de apoyo funcione como un catalizador que los aliente a elaborar sus procesos emocionales, al compartir las diversas situaciones por las que atraviesan respecto a la sexualidad de sus hijos (as) desde un lugar de comprensión al afrontar condiciones de existencia similares.

REFERENCIAS

- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Booth, T., y Ainscow, M. (2000). *Índice de inclusión. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Santiago: Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2015). *Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México*. México.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2002). *Proyecto Educación reproductiva y paternidad responsable en el Istmo Centroamericano*. México: CEPAL.
- García, M. (s.f.). *Educación Sexual y Discapacidad. Talleres de educación sexual con personas con discapacidad*. Narcea.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social: Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Jiménez, A. (1984). *Educación sexual un programa de concientización*. Caracas: Asociación Venezolana de Psicología Social.
- Lamas, M. (1995). La perspectiva de género. *Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE*, 8. Disponible en <http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm>
- McCary, J. (2002). *Sexualidad humana de McCary*, México: El Manual Moderno
- Méndez, E., y Cruz, L. (2008). *Redes Sociales de apoyo y persona adulta mayor*. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Costa Rica: CONAPAM.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Sexología. (2000). *Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción*. Guatemala. Disponible en http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial. *Psicología Social y Personalidad*, 61-97.
- Rubio, E. (1994). Introducción al estudio de la Sexualidad Humana. En P. Cecilia (Comp), *Antología de la Sexualidad Humana*. (Vol. 1). México: Consejo Nacional de Población- Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez, C. (2002). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi. M. (2000) Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Torres, I., y Beltrán, F. (2002). Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. *Educación XX1*, 35-76.

- Verdugo, M. (2002). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación americana sobre retraso mental de 2002*. Disponible en inico.usal.es/publicaciones/pdf/AAMR_2002.pdf
- Watzlawick, P., Beavin, B., y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

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

▪ Cuando se realiza un taller, plática o conferencia es necesario contar con uno o varios operadores logísticos, es decir, son aquellas personas responsables de gestionar y elaborar los documentos necesarios para solicitar el espacio físico donde se llevará a cabo el evento, de solicitar el equipo de cómputo o material que se requerirá. También, se encargarán de la difusión de la información acerca de dónde y cuándo se realizará, de corroborar que el espacio físico sea el apropiado para el evento, y de elaborar las constancias para las personas que asisten al evento.

▪ Como ponente y facilitador es necesario definir a qué público va dirigida la conferencia o taller, su duración, sus objetivos y las actividades a realizar en el taller, conferencia o plática.

▪ En el caso de talleres o cursos se pueden realizar cartas descriptivas, en las que se hace una descripción de las actividades que se llevarán a cabo cada día, su duración, los materiales y los objetivos. Si hay varios facilitadores en la carta descriptiva se anotará el nombre de quien dirigirá la actividad uno, la actividad dos, etc., o si todos los facilitadores participarán en la actividad, se registra el nombre de todos.

▪ La difusión de talleres, pláticas o conferencias se puede realizar a través de las redes sociales y correo electrónicos.

▪ Si en la conferencia, plática o taller se utiliza power point, es importante que las diapositivas no estén llenas de texto, que sean atractivas, claras, que el texto y las imágenes sean visibles, y que el fondo permita ver con claridad el texto y las imágenes.

▪ Algo que se debe cuidar cuando se llevan a cabo talleres, cursos, conferencias o pláticas, es el manejo de la voz. Es importante aprender a modular la voz, que no sea en un tono muy elevado, pero tampoco muy bajito, que haya cambios en el tono de voz lo que permite dar énfasis o resaltar aspectos importantes, que al momento de articular las palabras sean claras para los participantes.

3.3.1 Productos Tecnológicos

En esta sección se presentarán los productos tecnológicos que se realizaron durante la maestría, que tienen como objetivo servir para la atención de los usuarios de los servicios de atención psicológica, como una herramienta para generar programas de prevención en la comunidad o para generar programas o herramientas para los terapeutas en formación.

3.3.1.1 Taller de inducción para los de nuevo ingreso

El taller de inducción que realizó junto con Luis Darío Villela Soto y Andrea Anaya Acosta, tenía como objetivo integrar a la nueva generación de la Residencia en Terapia Familiar y brindarles información sobre la residencia. Tuvo una duración de 4 días.

Las actividades que se llevaron a cabo fueron: la presentación del taller, de los facilitadores y de la coordinadora de la residencia, quien les dio la bienvenida a la formación, la presentación individual de cada uno de los compañeros (datos generales, experiencia escolar, laboral, profesional y expectativas acerca del taller y de la maestría, describir algunas características que resalten de sí mismos como futuros terapeutas) y que buscaran afinidad con sus demás compañeros.

Los facilitadores compartieron sus experiencias acerca del proceso vivido durante la maestría, se resaltó la importancia de estar en un proceso terapéutico personal y se les brindó información acerca de los profesores y sus formas de trabajo, de trámites administrativos, inscripciones, requisitos de titulación entre otros, se resolvieron dudas que pudieran tener respecto al proceso que estaban por iniciar. Por último, los compañeros de nuevo ingreso hablaron de su experiencia en investigación cuantitativa y cualitativa, así como los temas de investigación de interés para desarrollarlos en las materias que así lo señala el programa.

Por último, se les pidió a las compañeras que hicieran una evaluación del taller de inducción, evaluando diferentes aspectos del mismo y que se describen a continuación:

- Organización del evento:

Todos los compañeros concordaron que fue suficiente la duración total del taller de acuerdo a los objetivos y contenidos del evento. También opinan que el horario asignado para la realización del evento fue adecuado.

- Los facilitadores:

Todos los participantes coincidieron que los facilitadores fueron claros, generaron un ambiente de confianza y respeto, promovieron la participación del grupo, lograron mantener la atención de los compañeros y la experiencia de los facilitadores fue de utilidad para ellos. Además, la mayoría de los participantes concuerda que se resolvieron sus dudas.

- El desarrollo del contenido:

Los participantes estuvieron de acuerdo que se dieron a conocer y se alcanzaron los objetivos del curso, así como sus expectativas, que el contenido fue de utilidad y las actividades realizadas ayudaron a desarrollar las temáticas.

- Beneficios:

Los participantes opinaron que la información presentada estuvo totalmente relacionada con las actividades que se realizarán durante la maestría y que el curso respondió a todas sus dudas e inquietudes. Asimismo, esto les permitirá tener un mejor inicio en esta nueva etapa de su formación.

- Comentarios y sugerencias:

Participante: “La parte que considero de mayor utilidad fue que los talleristas compartieron vivencias cotidianas de su experiencia en semestres posteriores. Considero que esto fue de mucho mayor aportación que hablar de trámites a cargo de otra dependencia. Mi agradecimiento”.

Participante: “Considero que fue de mucha ayuda para mí, tengo muy claro varios aspectos del proceso que siguen, además de que me hicieron muy fácil la integración del grupo. Gracias”.

Participante: “El taller me ayudó a aclarar dudas y sentir más confianza para comenzar con la maestría. Los facilitadores fueron muy claros, amables y amigables. Resolvieron todas nuestras dudas”.

Participante: “Muchas gracias por compartir su experiencia; fue muy satisfactorio conocerlos”.

Participante: “Agradezco las consideraciones de los ponentes del taller, su intervención fue oportuna, integral y agradable, supieron generar un ambiente de confianza. Utilizaron información clara y útil. Gracias”.

Participante: “Fue bueno conocer a todos los integrantes del grupo. Los alumnos de tercer semestre fueron muy cálidos, amables, serviciales, buscaban apoyarnos, responder dudas, muy eficientes, se vio muy estructurado, fluido y organizado”.

Participante: “Fue un buen inicio al curso del SPSS, creo que será de utilidad un curso formal al respecto con más horas para tener más práctica y conocer el programa a mayor profundidad. Me gustó mucho que la coordinadora nos acompañara durante los primeros días. Fue muy amable, resolvía nuestras dudas y era muy cordial. Ojalá nos pudieran dar más guía sobre los procesos de inscripción y Conacyt. Muchas gracias me sentí integrada, considerada, respetada y bienvenida”.

3.3.1.2 Manual para los alumnos que quieran realizar una movilidad en el extranjero.

Otro de los productos tecnológicos que se desarrolló fue la elaboración de un manual para aquellos estudiantes que deseen realizar un intercambio en el extranjero. En el que se indican los diferentes pasos a seguir; los cuales son:

1. Notificación a la coordinadora de la residencia y a la tutora o tutor asignado sobre el deseo de estudiar en otra institución durante un período menor a seis meses o igual a seis meses. Ambas personas serán quienes aprobarán la movilidad del alumno (a) dentro de la residencia, este paso les permitirá continuar con el siguiente paso.

2. Postulación del intercambio ante el Comité de Posgrado de Maestría y Doctorado en Psicología, que será quien autorizará la movilidad. Es necesario realizar esta postulación, ya que en caso contrario no será posible llevarla a cabo, aunque la coordinadora y tutora o tutor lo hayan aprobado. Los documentos solicitados para la postulación son: carta de aceptación en hoja membretada y con sello de la institución, carta de exposición de motivos dirigida al Comité Académico del Programa, y plan de trabajo con el visto bueno del responsable de tu residencia, de tu tutor y del responsable de la institución en la que se efectuará la estancia académica.

3. La postulación ante Conacyt para solicitar una beca mixta; que es un apoyo que se brinda para realizar la movilidad. Para lo cual se deben dirigir con la persona encargada de becas mixtas que se ubica

en la Unidad de posgrado de la UNAM. Los documentos que solicitaron fueron: carta de aceptación en hoja membretada y con sello de la institución, carta de aceptación emitida por el Comité de Posgrado, plan de trabajo, historia académica oficial, Inscripción autorizada y formato de Beca Conacyt. Para consultar la convocatoria visita la siguiente página <http://www.posgrado.unam.mx/becas-mixtas>.

En el manual también aparecen algunas páginas a consultar para ver posibles instituciones donde pudieran realizar la movilidad y algunos diseños de los documentos que solicitan tanto Conacyt como el Comité Académico.

3.3.2 Programas de intervención comunitaria (conferencias, talleres, etc.)

Dentro de la intervención comunitaria se brindó apoyo logístico (redacción de cartas para el préstamo del equipo de cómputo y el aula, elaboración de constancias y la lista de asistencia) en el taller el *Trabajo terapéutico con parejas desde las distintas miradas de la Terapia Familiar*, impartido por la Mtra. Miriam Zavala en la Facultad de Psicología, UNAM. El objetivo era que al término del taller se hubieran revisado algunos elementos básicos para el trabajo con parejas desde las distintas propuestas de la investigación en Psicología y en la Terapia Familiar, el uso de intervenciones y preguntas, así como su pertinencia dentro de las conversaciones terapéuticas.

El contenido que se revisó fue acerca del amor (mitos, realidades y las investigaciones de Sternberg y Gottman acerca de las parejas) y las relaciones de pareja con una perspectiva de género y desde las distintas miradas de la Terapia Familiar (ciclo vital de la pareja, circularidad y pautas, soluciones y claves para el cambio, responsabilidad relacional y testigos externos, y el trabajo del terapeuta colaborativo con parejas).

3.3.3 Constancias de asistencia a eventos académicos

Durante la formación como terapeuta familiar se asistió a diferentes eventos académicos (congresos, jornadas, seminarios, talleres) donde la participación del estudiante fue como asistente o como ponente en modalidad cartel o modalidad oral. En las siguientes dos secciones se hablará de la participación como asistente a un seminario y como ponente en modalidad oral en un congreso.

3.3.3.1 Asistente

En la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar tuve la oportunidad de asistir a varios seminarios. Uno de ellos fue *“De la proyección a la metáfora: juegos, dibujos y relatos en terapia sistémica”*, dirigido por Javier Bou.

Bou, nos propone las técnicas proyectivas como un mecanismo a través del cual un individuo habla o reacciona ante una serie de estímulos poco explícitos permitiendo externalizar sus sensaciones, sentimientos o ideas que, abordados directamente, inhibirían dichas respuestas generando actitudes defensivas y poco

colaboradoras. También ayudan a modificar la intensidad emocional de las sesiones o del período intersección, a crear narrativas nuevas o a generar una diferencia significativa en las ya existentes, a transmitir ciertas ideas o a quitar importancia. Para este fin nos plantea una serie de recursos que van desde hacer dibujos, el uso de fotografías, de cuentos, de juegos, de juguetes, de películas, del collage, de silogismos, de juegos lógicos, de analogías, de anécdotas, de dramatizaciones, de crear historias alternativas que sean plausibles, validas, conmovedoras y convincentes, rituales, regalos cargados de simbolismo y la utilización del equipo.

3.3.3.2 Ponente

TERAPIA BREVE: CUANDO LA SOLUCIÓN ES EL PROBLEMA

Gabriela Cervantes Galicia, Luis Darío Villela Soto

IX Congreso de Posgrado en Psicología 2015

Unidad de Posgrado de la UNAM

RESUMEN

Este estudio de caso muestra la eficacia del Modelo de Terapia Breve centrado en los problemas (MRI). El modelo propone que el problema son las soluciones intentadas para resolverlo, se interrumpen estos intentos planteando objetivos y un número breve de sesiones. Marco refiere tener problemas en su relación de pareja al sentir la responsabilidad de cuidarla a pesar de querer separarse. Se estableció modificar la manera en que se relacionaba con su entorno debido a su rígido concepto de lo que significa ser responsable. Se exploraron las pautas para conocer las soluciones intentadas y poder bloquearlas, aplicando las técnicas propias del modelo. Las metas terapéuticas fueron alcanzadas en 7 sesiones, cuando Marco logró afrontar su sentido de responsabilidad sin sentirse culpable.

3.4 *Habilidades de compromiso y ética profesional*

A continuación, se describen las habilidades de compromiso y ética profesional adquiridas en la formación:

- Ya sea que se trabaje en un contexto institucional o privado, como terapeuta debes garantizar a los usuarios la confidencialidad de la información que te proporcionan, e informarles el uso que se hará con los datos que te proporcionen.
- Si se graban las sesiones es necesario que les informes y le solicites su consentimiento a los consultantes. En caso de que se nieguen se debe respetar su decisión.
- En ocasiones como terapeutas vemos situaciones en los consultantes que creemos deberían cambiar. Sin embargo, los consultantes no traen esos motivos de consulta para trabajar en terapia, por lo

que como terapeutas tenemos el compromiso de no generar motivos de consulta que las personas no deseen trabajar.

- A veces pueden llegarnos casos para los que no estamos capacitados profesionalmente, por lo que es importante asumir esta responsabilidad ya sea canalizándolos con otros especialistas que estén capacitados en el tema o informándole a los consultantes, o en caso de que quieras trabajar en su caso mencionarles que solicitarás apoyo de otro (a) colega para poder brindarles un mejor apoyo, con ello les brindas la posibilidad que puedan elegir si quieren trabajar contigo o desean buscar a otro (a) terapeuta. También puede presentarse que personalmente algún caso resuene con tu historia de vida, por lo que sería importante tomar las medidas correspondientes, en caso que no te sientas preparada para tomar el caso es conveniente derivarlo con otro profesional o asumir hasta qué punto puedes hacer un trabajo terapéutico y si sería importante para ti trabajarlo en un proceso terapéutico.

- Como terapeutas es fundamental que estemos en procesos terapéuticos, por el bienestar físico, mental y psicológico de nosotros (as) como profesionales y de nuestros consultantes. Cabe mencionar que habrá momentos en los que no será necesario, pero es un aspecto al que no se le debe restar importancia.

- En algunas ocasiones como profesional puedes exponer algún caso ya sea en alguna conferencia, en algún artículo o con otros colegas, si es el caso un compromiso que se tiene con los consultantes es resguardar su integridad por lo que es necesario que modifiques aquellos datos que pudieran revelar su identidad. O en caso de que presentes algún video de las sesiones es importante modificar la imagen para que no puedan ser reconocidos.

- En el caso de trabajar con personas menores de 18 años, también hay confidencialidad, pero se les informa que en caso de haber alguna situación en la que esté en peligro su integridad será necesario notificarlo a sus padres.

3.4.1 *Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional*

Dentro del campo de la terapia, ha existido la interrogante de si un terapeuta podría atender a familiares o no. Esta cuestión podría plantearse desde diferentes miradas. En el caso de estar situados desde un Modelo que este en la cibernética de primer orden, como el MRI. Un terapeuta no debería atender a familiares o amigos, ya que su posición no sería objetiva y estaría involucrado emocionalmente, lo cual no sería beneficioso para el proceso terapéutico y las personas. Además, perdería su capacidad de maniobra que le permite que los usuarios lleven a cabo las intervenciones que plantea durante las sesiones.

Desde la visión del MRI, el terapeuta debe poder mantener “la cabeza fría” es decir, no involucrarse en una relación emocional y estrecha con el consultante, permaneciendo lo suficientemente en el exterior para elaborar su estrategia de cambio. En caso de responder activamente a una relación con los consultantes se considera como el comienzo del final de la posibilidad de ayudar y apuntan a que basta con ver hasta qué

punto los terapeutas son ineficaces en la ayuda que intentan brindar a sus familiares (Wittezae y García, 1994).

Por otro lado, si nos colocáramos desde la segunda cibernética, en la que el terapeuta forma parte del sistema, no habría que preocuparse por mantenerse objetivo y lo más distante que se pueda del sistema (familia, parejas o individuos), pues sean o no familiares influyen en la persona del terapeuta. Por lo que desde esta postura sería más flexible que un terapeuta estableciera una relación terapéutica con algún familiar o amistad. Y esto no necesariamente apunta a que sean menos eficaces en su labor, podría pensarse que podría llegar a resultar un hecho positivo, donde el terapeuta a través de lo que conoce de la persona y lo que a su vez esa persona le cuenta pueden construir otras versiones de la historia y generen nuevas posibilidades para las personas.

Sin embargo, no sólo hay que considerar la epistemología en la que estamos basando nuestra práctica clínica para tomar la decisión sobre si atender o no a un familiar o amigo. Además, hay que pensar si nosotros como persona del terapeuta somos capaces de brindar una atención en la que sin importar si es familiar o no se mantendrá la confidencialidad, si el vínculo que existe con esa persona nos permite trabajar de una manera en que se vea beneficiado y no entorpecido nuestro trabajo, y la persona se vea favorecida en el proceso.

Otras cuestiones que son igual de importantes que las anteriores es si tanto el terapeuta como el familiar, después de establecer una relación terapéutica podrán mantener la relación que existía previa al trabajo. O si el resultado de la terapia no fuera del todo exitoso, el terapeuta podrá ver a su familiar o amigo sin sentirse culpable o mal por el resultado, y la persona podrá seguir manteniendo esa relación con su familiar o amigo (terapeuta) después del resultado de la terapia, o no verlo como el responsable de los resultados obtenidos.

Con ello no estoy queriendo decir que el resultado de la terapia no pueda ser favorecedor, pero me parece significativo considerar estas cuestiones en el momento de decidir si se atiende a un familiar o no, pues se estará trabajando con alguien a quien se estima y con quien se mantiene una relación no solo terapéutica.

Otra idea que ha surgido alrededor de este tema, es si un mismo terapeuta puede atender a otros familiares de un consultante que se encuentra en terapia, Ceberio (2002) explica que, dentro de la ortodoxia, se piensa que el vínculo terapéutico se contamina cuando se establece con personas que tienen una cercanía afectiva entre sí. No obstante, él menciona que desde el modelo sistémico la elección no se haría indiscriminadamente sino con base a la exploración del vínculo, analizando si no existen sentimientos poco claros o emociones que conecten con la envidia, la rivalidad, los celos u otras que alteren el curso de la terapia. Es decir, no se acepta una derivación deliberadamente, sino con base a ciertos aspectos éticos y teóricos que definen el admitir o no a un familiar en consulta cuando existe otro cercano en el vínculo.

Este autor plantea que lejos de la contaminación, puede resultar un hecho positivo atender a personas que pertenecen al sistema del consultante que se encuentra en un proceso terapéutico. En este sentido el terapeuta recibe información de otras personas, lo que puede permitirle construir otras versiones de la historia del consultante, ampliar el mapa que posee de esa persona, engrosando la experiencia narrada y devuelta como intervención.

Otro aspecto ético que se presenta en un contexto institucional, público o privado es el tema de la confidencialidad de la información que proporcionan las personas que reciben la atención terapéutica. El que los usuarios se encuentren informados permite que se sientan seguros y en confianza dentro de la terapia, a su vez también hace referencia a un trabajo profesional.

El código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar o AMTF promulgado en 1997, señala que los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de sus pacientes. Cuando la relación terapéutica esté conformada por más de una persona, los terapeutas deberán respetar y reservarse las confidencias de cada uno de los pacientes.

El tema de la confidencialidad puede presentarse en dos situaciones; la primera de ellas cuando el terapeuta quiere presentar algún caso clínico, ya sea en alguna revista científica, en algún congreso o utilizarlo para la enseñanza, deberá proteger la identidad y confidencialidad de sus consultantes y/o haber obtenido el consentimiento y autorización de los mismos.

La segunda situación, genera más controversia en cuanto a qué pasa con la confidencialidad en situaciones donde la vida de alguna persona esté en riesgo o la vida misma del usuario, o en situaciones donde hubo o hay una acción criminal o legal. La AMTF en su código ético enuncia que los terapeutas no podrán hacer declaraciones de las confidencias de los pacientes excepto en las siguientes situaciones:

1. Cuando la ley lo determine
2. Para prevenir daño en una o varias personas
3. Cuando el terapeuta es acusado de acciones civiles, criminales o disciplinas que se originen de la terapia (la información que se revele solo será la que se refiere a esa acción)
4. Si existe una dispensa (exención) por escrito obtenida con anterioridad, la información revelada estará en relación a los términos que señale la dispensa. En casos donde exista más de un miembro de la familia recibiendo terapia, cada miembro es legalmente competente para ejecutar la dispensa en relación a sí mismo. La información revelada deberá estar de acuerdo a como la dispensa lo indique. Sin la dispensa de cada uno de los miembros de la familia, el terapeuta no podrá revelar la información que recibió, en lo que concierne a todos los demás.

De acuerdo al código ético de la AMTF, el terapeuta no respetaría la confidencialidad que se estableció en el contrato terapéutico en las situaciones donde una o varias personas estén en riesgo. Por

ejemplo, en casos de abuso donde la familia no sabe si denunciar o no por el impacto que esto pueda generar en la víctima o víctimas, o que corran peligro si lo llevan a cabo, o en casos donde han decidido no denunciar, ¿cómo debería proceder el terapeuta? ¿tendría que romper la confidencialidad y denunciar el hecho? ¿en caso de que no denuncie, se volvería cómplice? ¿tendría que convencer a la familia de denunciar? ¿si la familia no quiere denunciar, tendría que hacerlo? Estas cuestiones no solo involucran aspectos éticos como la confidencialidad, sino legales, psicológicos y sociales que hacen más compleja la decisión de los terapeutas sobre si respetar o no la confidencialidad, y en la que a su vez deben pensar en el impacto que ese hecho podría generar en las personas involucradas. Por ende, es importante que el terapeuta cuente con asesoría legal, para poder actuar de acuerdo a la ética y al sistema legal, pero también evaluando el bienestar de las personas y sus efectos.

Siguiendo con este tema, que pasa en las situaciones en las que algún miembro de la familia o de la pareja tienen un secreto y no existe motivo para no respetar la confidencialidad. Por ejemplo, en una terapia de pareja o familiar en la que alguno de los miembros solicita una sesión a solas con el terapeuta y le revela un secreto. En estos casos lo que se recomienda hacer al conceder un momento a solas, es establecer que la información que se trate en esa sesión podrá ser utilizada en sesiones posteriores con todos los miembros, estableciendo un contrato terapéutico en el que el terapeuta puede seguir moviéndose con libertad.

También se puede presentar el caso en el que no se ha establecido este acuerdo. Si el secreto no causa ningún daño y la persona no quiere que el otro miembro lo conozca, pero cree que sería importante para el proceso terapéutico, ¿Cómo debería proceder el terapeuta? Sería importante que el terapeuta se pregunte si con esta información que ahora conoce puede proseguir con la terapia. O en caso de que la persona no quiera compartir ese secreto, pero fuera necesario que la otra persona lo conozca, el terapeuta perdería libertad en sus intervenciones y la posibilidad de brindar un apoyo a la pareja o familia, por lo que posiblemente lo mejor sería terminar la relación terapéutica.

Un aspecto ético más que surge en la práctica clínica son en los casos de violencia (género, intrafamiliar, filio-parental). Antes de comenzar cualquier intervención es necesario establecer algunos acuerdos en el contrato terapéutico con las personas que asistan a la terapia. Aquí se hará énfasis en uno de ellos, que es el pacto de la no violencia, que implica que las personas involucradas cesen al uso de la violencia al menos durante el tiempo que dure la terapia, aclarándoles que no podrá iniciarse o continuar el proceso terapéutico sino se comprometen a efectuar dicho acuerdo (Pereira, Bertino, Romero, y Llorente, 2006).

Estos mismos autores mencionan que el pacto de la no violencia tiene un doble objetivo. El primero de ellos, es el hecho de discutir este acuerdo, de aceptarlo y firmarlo (es así como su grupo lo solicita), tiene en sí mismo efectos sobre el mantenimiento de la conducta violenta. Y el segundo objetivo que tiene es que permite desplazar el foco de la confrontación sobre la violencia (en caso de incumplir el acuerdo), de la

interacción interminable entre los miembros de la familia, a la interacción familia- terapeuta. Por ende, la discusión se traslada del sistema familiar al sistema terapéutico pues no sólo se está repitiendo la conducta violenta, sino también se está incumpliendo el pacto promovido por los terapeutas y como condición para la realización de la terapia.

Por lo que será necesario supervisar dicho acuerdo a lo largo de la terapia, pues no basta con que las personas al inicio de la terapia se hallan comprometido, es fundamental su cumplimiento a lo largo del proceso.

CAPÍTULO IV.
CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

A lo largo del proceso de formación como terapeuta sistémica se adquieren una serie de habilidades y competencias profesionales a diferentes niveles: clínico, ético, de investigación y difusión del conocimiento. En la tabla 7 se muestran estas habilidades adquiridas en los diferentes niveles ya mencionados.

Tabla 7. Resumen de habilidades y competencias clínicas, éticas, de investigación y difusión del conocimiento.

<i>Habilidades y competencias profesionales</i>	
	<ul style="list-style-type: none">▪ Uso y elaboración de genogramas en la intervención clínica, así como el manejo del programa GenoPro para la elaboración de éstos▪ Elaboración de reportes clínicos y de sesión▪ Manejo y control de expedientes▪ Integración del proceso terapéutico▪ Planeación de las sesiones▪ No perderse en la historia y detalles de las narraciones▪ Cuando realizas una pregunta, a veces los consultantes no responden o se desvían a otro tema, adquiriré la habilidad de redirigir a los consultantes a la pregunta y a no desviarme de la conversación cuando ellos empiezan hablar de otro tema▪ Que todos los individuos que acuden a sesión sean escuchados y evitar que uno tenga más voz que otro
Clínico	<ul style="list-style-type: none">▪ Un miembro puede quejarse de otro, si esto sucede es importante no seguir con la queja, cuidar el tipo de preguntas o comentarios que se hacen para no generar que el “acusado” se justifique y se queje como el otro miembro▪ Elaboración de hipótesis incluyendo a todo el sistema▪ Exploración de la pauta: cómo, cuándo, dónde y quiénes participan▪ Si alguno de los miembros no quiere hablar en sesión se pueden utilizar preguntas circulares para conocer a través de otro miembro lo que está pensando ese miembro▪ En una conversación, los terapeutas y consultantes pueden enfocarse más en la historia que en el proceso, por lo que es importante aprender a no perderse en la historia▪ Durante el proceso terapéutico a veces se hace necesario metacomunicar acerca del proceso mismo▪ Prescripción de tareas: de hacer, para reflexionar u observar. Utilizar el lenguaje del consultante

**Tabla 7. Resumen de habilidades y competencias clínicas, éticas, de investigación y difusión del conocimiento
(continuación)**

<i>Habilidades y competencias profesionales</i>	
Clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En lugar de usar el verbo “ser” se utiliza el verbo “se muestran”, con ello se hace énfasis en el comportamiento y no en una descripción de una característica fija ▪ Elaboración de preguntas desde la curiosidad y no desde un lugar que ya conocemos la respuesta, o respuestas de sí o no ▪ Si se dan opciones de respuesta a los consultantes, que sean varias opciones y de diversas cualidades ▪ Intervención clínica en coterapia ▪ Observación y utilización del lenguaje corporal y gestual
Ético	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confidencialidad ▪ En caso de que grabes es necesario informarles y solicitarles su consentimiento ▪ No generar demandas o motivos de consulta que los consultantes no han establecido en el proceso ▪ Si no se está capacitado profesionalmente o personalmente para atender algún caso, es conveniente derivarlo a otro especialista ▪ Si expones algún caso es importante que modifiques los datos de los consultantes, para resguardar su integridad ▪ Como terapeutas es necesario que estemos en procesos terapéuticos ▪ En el caso de trabajar con personas menores de 18 años, también hay confidencialidad, pero se les informa que en caso de haber alguna situación en la que esté en peligro su integridad será necesario notificarlo con sus tutores
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recolección de datos en campo y sitios webs ▪ Manejo del paquete estadístico SPSS ▪ Elaboración de reactivos con una buena claridad léxica y de contenido ▪ Elaboración y difusión de cuestionarios para su impresión y/o elaboración y difusión vía web o en redes sociales ▪ Procesos de validación de reactivos por facie de Qsort ▪ Elaboración de objetivos e hipótesis ▪ Elaboración y realización de entrevistas semiestructuradas ▪ Planeación de una investigación de tipo cuantitativo o cualitativo ▪ Trabajo en equipo

Tabla 7. Resumen de habilidades y competencias clínicas, éticas, de investigación y difusión del conocimiento (continuación)

Habilidades y competencias profesionales	
Difusión del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operador logístico para la realización de talleres, pláticas o conferencias. ▪ Elaboración de documentos para solicitar el espacio físico y el equipo de cómputo ▪ Difusión de talleres, pláticas o conferencias en redes sociales, correo electrónico o impresos ▪ Planeación de talleres: establecer a quién va dirigido y su duración, diseñar metas, objetivos, materiales y actividades a realizar ▪ Elaboración de cartas descriptivas ▪ Elaboración de presentaciones power point; las diapositivas no deben estar cargadas de texto, por el contrario, que resulten atractivas y claras, que el fondo permita leer con claridad el texto y visualizar las imágenes. ▪ Manejo de la voz y del espacio físico

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

Una de las experiencias más importantes al comienzo de la maestría y que me parece fundamental que se cuente con ella, es la integración grupal que se llevó a cabo con el Mtro. Jaime Winkler y la Mtra. Silvia Vite ya que nos permitió integrarnos como grupo y nos brindó un espacio y un contexto diferente al del aula para conocernos, compartir nuestras inquietudes en torno a nuestro proceso de formación como terapeutas y de la maestría. Además, el trabajo que se hace individualmente nos permite darnos cuenta de áreas a trabajar personalmente, lo que me hace reflexionar de lo significativo que puede resultarnos como personas y terapeutas, así como para los consultantes que nos encontremos en un proceso terapéutico (si es necesario).

En los primeros semestres que tuve el primer acercamiento a la epistemología de la Terapia Sistémica, fue impactante y me invitó a reflexionar acerca de mis creencias y posturas. Al principio parece complicado entender y llevar a la práctica dicha epistemología, pues la mayor parte de nuestro aprendizaje ha sido a través de una epistemología basada en una verdad absoluta, en descubrir el conocimiento y explicaciones causa efecto. Estoy consciente que ambas posturas son útiles, sin embargo, hacer este cambio de pensamiento implica una labor del día a día. Pero, no solo implica un cambio, sino que genera un impacto en tu persona y como terapeuta, ya que permite mayor libertad y flexibilidad. Por ejemplo, puede haber

diversas formas de pensar, sin ser una más importante que otra. Por lo que no tienes que basar tu trabajo en que las personas piensen como tú o se apeguen a estándares de comportamiento “normales”.

Dentro de la formación también hubo aprendizajes con una perspectiva de género esto me permitió seguir desarrollando esa visión. Sin embargo, a pesar de ya llevarla a la práctica en mi vida, hubo lecturas que me hicieron cuestionarme creencias que me han inculcado mis padres y la sociedad. Hubo momentos en los que algunas ideas planteadas en las lecturas no las había pensado, y el encontrarme con ello, me hacía reflexionar desde dónde lo veía y dónde me colocaría con este nuevo saber.

Continuando con la experiencia en la maestría otro momento fundamental y, con varios y grandes retos fue la experiencia de empezar a brindar terapia a las personas que acudían a solicitar el servicio, lo que implicaba enfrentarme a la experiencia de ser supervisada en los procesos terapéuticos. En un principio esto me hizo sentir nervios y preocupación, veía que me faltaban conocimientos tanto teóricos como prácticos y habilidades que estaba adquiriendo y otras que no. Aunado a ello, la presión que uno sentía de ser supervisada, por lo que en ese momento mi atención estaba centrada en querer desaparecer estas sensaciones y pensamientos. Sin embargo, con el trabajo personal y con el equipo me fue quedando claro que entre más quería eliminarlos, más se exacerbaban. También fui aprendiendo que todas estas sensaciones y pensamientos eran parte del proceso de formación. Al final, no puedo decir que han desaparecido por completo esos temores, pero ahora los considero como parte del aprendizaje y del proceso, y que en su mayoría son experimentados por las personas que pasamos por la formación.

Otro aspecto relevante fue contar con un equipo terapéutico y la supervisión. Por ejemplo, el equipo terapéutico fue una guía para mí y un apoyo en momentos en los que no sabía hacia donde llevar el proceso, cuando no estaba dando la oportunidad de que uno de los miembros se expresara, cuando uno de los miembros se justificaba, cuando una pareja mencionó en sesión que no sabía si continuar en el proceso y un miembro de la misma abandonó el proceso, o cuando el proceso terapéutico iba caminando, el equipo ayudaba a que se hiciera énfasis en esos avances durante las sesiones con los consultantes.

En el caso de la supervisión es una experiencia que te nutre, te estresa y te enseña a trabajar de diversas formas al estar bajo la supervisión de diferentes supervisores (ras), también como terapeutas nos permite desarrollar diferentes habilidades de trabajo y de afrontamiento a la presión. Así como hay materias que a uno le gustan más, en las supervisiones encontramos supervisores (ras) con los que trabajamos mejor, pues a veces su forma de trabajar es parecida a la nuestra, porque el modelo que supervisa resulta de nuestro interés o por las características de cada persona, entre otras.

Por otro lado, el trabajo en coterapia fue algo novedoso y difícil en un primer momento, ya que en su mayoría no habíamos trabajado de esa forma y desconocíamos los alcances y limitaciones de esta herramienta, y en un principio no nos conocíamos, asimismo implicaba que como coterapeutas pudiéramos trabajar en equipo, organizarnos, acoplarnos al otro coterapeuta, crear formas de comunicación dentro de

las sesiones y continuar explorando lo que el otro terapeuta empezaba a explorar. Un elemento que ayudó a bajar el nivel de tensión fue que algunas supervisoras abordaron el tema de la coterapia. Después de tener nuestra primera experiencia en coterapia y habernos acoplado a un coterapeuta, viene otro momento, empezar a trabajar con otros coterapeutas, que en algunos casos se logró hacer un buen trabajo y en otros casos no fue así. En mi caso la mayor parte del trabajo en coterapia lo realicé con Darío, resultó ser un gran apoyo ya que logramos compaginar, hablar de los casos, planear las sesiones, escucharnos y cada uno podía expresar sus puntos de vista para favorecer el trabajo en las sesiones y el personal.

Otro momento interesante de este proceso fue cuando se empezó a ver los Modelos Posmodernos de la Terapia Familiar, lo que generó un contexto diferente en las supervisiones y en la parte teórica. Lo que me pareció de interés fue el énfasis que se hace del terapeuta desde la segunda cibernética, es decir, donde el terapeuta forma parte del sistema y por lo tanto es de interés la persona del terapeuta. Es a partir de este momento que se comienza a hablar de los prejuicios del terapeuta y sus emociones, aspectos que no habían sido considerados en los Modelos como el MRI, el estructural, estratégico, entre otros. Es relevante para la terapia debido a que nuestros prejuicios son transmitidos de alguna forma a los consultantes y el conocer nuestras propias posturas nos permite darnos cuenta que mensajes les estamos enviando y que posiblemente influirán en ellos (as). Y el comenzar a reconocer que lo que sucede en terapia nos está generando ciertas emociones, nos permite utilizarlas durante el proceso terapéutico o hacernos responsable de ellas.

Otros elementos importantes fue empezar abordar la terapia no desde el problema, sino desde lo que las personas hacen bien y desde los recursos que estas tienen (Modelo de soluciones), abordado desde aquí tanto al terapeuta y los clientes se sitúan en una postura donde el cambio es inevitable. Sin embargo, uno de los retos que presenta este Modelo, es dejar de centrarse en los problemas de las personas, lo que en un principio resulta complicado ya que pocos son los modelos que no se centran en ello.

Por otra parte, empezar a usar equipos reflexivos fue muy enriquecedor tanto para los clientes como para el equipo terapéutico. De esta experiencia uno de los aprendizajes fue el uso de las metáforas durante el proceso, un recurso que resultaba ser muy potente para el cambio y que me gustaría poder hacer uso en la práctica. Con el modelo narrativo, mi experiencia no fue mucha, pero lo que resultó ser más significativo fue el saber que las personas tenemos historias dominantes que en muchas ocasiones limitan nuestra percepción de nosotros mismos, de nuestro comportamiento y de nuestros recursos. Pero poder llevar a las personas a la posibilidad de construir historias alternativas que permitan ampliar esas historias, me parece que es otra forma de intervenir e introducir información nueva y diferente.

Otra experiencia enriquecedora fue el intercambio en la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar (Bilbao, España) o EVNTF lo que me permitió observar otro contexto de formación de terapeutas, reflexionar acerca de las similitudes y diferencias con mi escuela de formación, la UNAM. Reflexionando que no hay una mejor o peor que otra, sino cada una nos aporta elementos de los cuales valernos para nuestra

práctica profesional. También me permitió vivenciar como el contexto terapéutico cambia de acuerdo al país, a la escuela y sus contextos. Por ejemplo, en México durante la formación no se hace énfasis en la Teoría del Apego. Empero, al llegar a EVNTF he visto que se hace mucho énfasis y varios modelos sistémicos desarrollados en Europa lo consideran como un elemento de su práctica clínica y su epistemología. De esta forma, adquirimos nuevos elementos para la práctica. Otro ejemplo es que de acuerdo al contexto del país las demandas de tratamiento son diferentes; en México nuestra demanda primordial era la violencia de género e intrafamiliar, los divorcios, las separaciones, los problemas de pareja. En cambio, en Bilbao (España) se trabaja con violencia filio-parental, con problemas de drogodependencia, con personas inmigrantes, lo que hace un marcador de contexto diferente al momento de hacer una intervención terapéutica. Es una experiencia que enriquece a los alumnos que realizamos intercambios, pues nos da herramientas para que en algún momento si se nos presenta algún caso podamos intervenir o pueda utilizarse como información de lo que en otros contextos está sucediendo.

Otra cosa que observé es que las escuelas de formación de terapeutas sistémicos trabajan desde una Epistemología Sistémica, pero al haber tantos modelos, algunas escuelas trabajan más desde lo narrativo, lo estratégico, lo estructural, la escuela de Milán, o una mezcla de varios modelos, etc., y eso genera una diferencia para nuestra formación, quizá solo sabíamos intervenir a través de ciertas técnicas y premisas, y al conocer otras formas podemos enriquecer nuestro trabajo con las familias, parejas e individuos, o quizá nos hemos casado con un modelo en particular y hace que nos lo cuestionemos, o que nos casemos con otro, o que decidamos no casarnos con ninguno. También nos ayuda a reforzar conocimientos, a adquirir otros o a cuestionarnos otros y como experiencia de vida es algo que te influye como persona, como terapeuta, donde no solo está involucrada la parte académica.

Mis aprendizajes están pintados de varios elementos que van desde lo teórico, lo práctico, lo académico, lo cultural y de las relaciones. Uno de los aprendizajes que me traje fue de un seminario impartido por Javier Bou, quien me hizo ver que nuestro trabajo no solo está matizado de técnicas, sino que podemos valernos de muchos recursos como películas, cuentos, novelas, etc., es decir, de nuestra creatividad e imaginación. Además, que lo que sucede en la terapia, no todo se basa en saber aplicar tal técnica o tener bien clara la epistemología, sino también en la persona del terapeuta.

Un aprendizaje más fueron las técnicas activas, reforzado la técnica de la escultura, la utilización del espacio terapéutico, es decir, elementos que activan a las personas, al terapeuta, y que sirven para trabajar elementos que serían más complicados abordar desde lo explícito, y podría decir que es mejor abordarlo desde lo lúdico y lo implícito.

Otras experiencias más fueron las derivaciones y el contexto terapéutico que se genera a través de éstas, pues me ha dejado ver más claramente que a veces no podemos realizar una terapia, sino que primero debemos trabajar en un contexto como mediadores, educadores, controladores sociales y después generar

un espacio para la terapia, a veces puede resultar que se logre hacer, pero en otras ocasiones no. Así mismo, que muchas veces la demanda de tratamiento, no está formulada por las personas en términos de un cambio para ellos, sino por un mandato judicial, social, educativo, es decir, son visitantes y no demandantes, lo que hay que tomar en cuenta como elemento para la terapia. Por último, en algunas ocasiones en el sistema terapéutico están incluidos las personas que derivan; educadores por lo general, a quienes tenemos que tener en cuenta en nuestras intervenciones.

Para finalizar, la experiencia de conocer a otros terapeutas fue algo que me enriqueció, pues me permitió ver la forma de trabajo y de acompañamiento hacia sus compañeros (as) terapeutas, transmitiéndoles que tienen recursos para la práctica clínica y donde ellas y ellos establecieron un contexto de no rivalidad sino de apoyo y empatía. Además, fue un grupo al que me puede integrar y, a pesar de no formar parte desde el inicio, logramos acoplarnos a la forma de trabajo y no vimos como obstáculo el que estuviera seis meses, pues al igual que todas y todos, teníamos las mismas responsabilidades, que eran realizar los registros de sesiones.

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

En varios enfoques tanto sistémicos como no sistémicos, se ha hecho referencia a que los consultantes se “resisten al cambio”. La terapia familiar sistémica ha explicado esta resistencia haciendo uso de la analogía de la cibernética, que está centrada en el concepto de homeostasis, descrita como la restauración del sistema a su status quo (equilibrio) a través de mecanismos de retroalimentación negativa, es decir, que el sistema familiar lleva acciones que buscan reestablecer la dinámica del sistema familiar. Por ejemplo, si alguno de los miembros está haciendo un cambio, algún otro miembro o el sistema familiar empiezan hacer alguna acción para que las cosas se mantengan como antes, o sea, para que no cambien. Desde esta visión se está separando a los terapeutas del sistema familiar (individuo, pareja o una familia), por tanto, tenemos dos sistemas: el sistema terapéutico y el sistema familiar. Con ello se está dejando de lado la influencia que pudieran tener las intervenciones y el mismo terapeuta en el sistema familiar.

Entonces, al ver que no se están generando cambios en el sistema, se hace referencia a que los usuarios son “resistentes al cambio”, quizá, no necesariamente es así, puede ser que a veces la forma de plantear las intervenciones no esté siendo clara o la más adecuada para ese tipo de usuarios, o la intervención no es la más adecuada, o las ideas que se tienen acerca de ir con un terapeuta o ir a terapia no estén favoreciendo el proceso, o puede ser que no se haya establecido una alianza terapéutica entre el consultante y el terapeuta.

Este planteamiento nos lleva a reflexionar que “la resistencia” no necesariamente es resultado de que las personas no quieran cambiar. Puede ser que el no ver cambio en los sistemas sea por la forma en

que los terapeutas estén participando en el proceso, el tipo de intervenciones que están prescribiendo, sus posturas acerca de cómo debería ser el proceso del cambio, pero también puede incluirse la forma en que las familias, parejas e individuos participan con el terapeuta, sus creencias sobre la terapia, etcétera. Lo que llevaría a cuestionarse si realmente las personas se resisten a cambiar.

Para De Shazer (1984), al utilizar la homeostasis como un concepto estructurador, la resistencia es localizada en la familia y descrita como algo que la familia está haciendo. No es interpretada como producto de la interacción terapeuta- familia, lo que sigue retroalimentando la separación entre el terapeuta y el sistema familiar.

Él señala que, si se dejara de hablar de esta separación entre terapeuta y sistema familiar y de homeostasis, las conductas que son descritas como “resistencia” pueden ser redefinidas en términos de cooperación, pero no vista como un principio sino como un proceso. Por lo que prefiere utilizar la palabra cooperando o cooperar en lugar de cooperación, para hacer alusión a que cada persona, pareja o familia muestra una forma única de cooperar y el terapeuta necesita describir para sí mismo esa peculiar forma en que las personas lo demuestran, y después cooperar con el modo en que ellos lo hacen, y así promover el cambio.

Otra implicación para la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo, son las emociones del terapeuta. En la historia de la Terapia Sistémica las emociones del terapeuta han sido un tema del que se habla y se trata poco. Sin embargo, ha habido terapeutas que se han interesado por éstas. Fruggerri (1992) expresa que parece ser que existe un lenguaje único, una manera única para hablar de las emociones y que para los terapeutas sistémicos es un lenguaje que no es comúnmente utilizado, o bien no se ocupan de ellas al pensar que estas son expresiones de los estados internos de los individuos. Y en caso de considerarlas son utilizadas como información por el terapeuta acerca de las pautas interactivas familiares o como información sobre como la familia está tomando o reaccionando a las intervenciones del terapeuta. Parece como si el terapeuta no experimentara ninguna emoción al estar en contacto con los individuos (se mantiene objetivo). Aunado a estas ideas, cuando se habla de las emociones que los terapeutas experimentan, se hace una connotación que estas deberían ser positivas como empatía, comprensión y no negativas como el aburrimiento, la agresividad, la envidia, etcétera (Bertrando y Arcelloni, 2012).

No obstante, estos últimos autores consideran a las emociones como procesos y aspectos de la relación, es decir, como parte constitutiva del sistema y que permite empezar hacer referencia a un sistema emocional dentro de la terapia.

Este planteamiento se vuelve relevante porque no limita a los terapeutas a sentir un tipo de emoción y en caso de experimentar las emociones llamadas “negativas” permite usarlas como información y no negarlas. También, invita a cuestionar la idea de que solo las emociones positivas son las que los terapeutas deben sentir, y las negativas son de poca ayuda en los procesos, por ende, las que debería evitar sentir. En

caso de experimentar las emociones negativas, el saber que estas también están autorizadas dentro del proceso, podría ayudar a que el terapeuta no se sienta obligado a cambiarlas por emociones positivas y a responsabilizarse por sus emociones negativas, y si es el caso el poder utilizarlas en el proceso.

Una cuestión más que surge tras este planteamiento es cómo utilizar cualquier emoción “positiva” o “negativa” en el proceso terapéutico. La respuesta pudiera ser que a través de conocer sus significados y trabajar sobre aquellos, o/y sobre cómo estas emociones nos están llevando a comportarnos.

Al hacer referencia a las emociones del terapeuta y como el terapeuta participa en el cambio, quisiera enfocarme en la cibernética de orden primero o de los sistemas observantes y en la segunda cibernética o de los sistemas observados. La primera cibernética considera al observador (terapeuta) fuera del sistema observado (individuos, parejas, familias), quien, además, tiene que mantenerse objetivo, es decir, en la relación terapéutica no pone en juego sus creencias, sus valores, su historia, sus experiencias, razón por la que hablar de las emociones que pudiera experimentar no tenía cabida. Así mismo, hacer referencia a que el terapeuta participa en la construcción del cambio no es posible, pues siempre se mantiene objetivo y fuera del sistema. Empero, cuando en la década de 1980, Heinz von Foerster introdujo el concepto de cibernética de orden segundo; el observador pasa a formar parte del sistema, por tanto, deja de mantenerse objetivo. Con ello se dan cambios y es así como podemos empezar hablar de sus emociones, de la forma en que el terapeuta participa e influye en los sistemas y como a su vez, esos sistemas lo influyen. De tal forma que los individuos, parejas y familias participan con el terapeuta en la construcción de los procesos terapéuticos y de sí mismos, o sea, los individuos dejan de ser “pasivos” en sus propios procesos y se vuelven elementos que participan.

Al dejar de ser el terapeuta objetivo, se empieza a tomar importancia a la persona del terapeuta, es decir, que, con sus prejuicios, teorías, emociones, experiencia de vida, sensibilidad, entre otros elementos, construye la realidad observada y con todo ello influirá en los individuos, familias y parejas. Junto con ello, los individuos a través de sus prejuicios, premisas, emociones, experiencias, historias influirán en el terapeuta. Por lo que es importante un trabajo con el mismo, ya que está conectado recursivamente con el sistema observado.

Carreras (2003) señala que, para una óptima instrumentalización del terapeuta, es que éste, tras conocerse y asimilar una formación profesional se sienta cómodo en sesión independientemente de las orientaciones y técnicas que haya aprendido, que por sí mismas no permiten que el terapeuta se use a sí mismo y establezca una relación terapéutica con los consultantes. Por ende, no solo es importante aprender un marco epistemológico y junto con ello técnicas.

Este trabajo en la persona del terapeuta permite que ante alguna situación no se ponga en peligro o en riesgo a los individuos a los que se atiende en consulta y a sí mismo, o que se vea mermado su trabajo.

Por el contrario, es una manera de autocuidado y de responsabilización y, cuidado hacia los otros y su trabajo.

La Psicología al nacer dentro de la época moderna aspira a obtener conocimientos absolutos y definitivos, es decir, a alcanzar una verdad absoluta. La terapia basada en esos principios busca enseñar a las personas la forma de resolver sus problemas, el terapeuta es quien conoce y sabe lo que les conviene a las personas para ser felices, entonces puede hablarse de un terapeuta experto.

En cambio, en el pensamiento sistémico se cuestiona la idea de una verdad absoluta, lo que permite una mayor flexibilidad en la práctica terapéutica, facilita que dentro de las conservaciones terapéuticas se creen nuevas alternativas, nuevos significados y perspectivas. Además, al cuestionar la noción de que el terapeuta es el experto y quien conoce la verdad, no es necesario que se les enseñe a las personas la forma correcta de afrontar o solucionar sus dificultades, ya que puede haber diferentes formas de hacerlo, cuestionando así la idea de normalidad. Sumado a estos puntos, al no haber una certidumbre tanto terapeutas y consultantes pueden escuchar los diferentes puntos de vista de los que se encuentran en el espacio terapéutico, no hay necesidad de convencer al otro de adoptar su visión como la correcta y única.

Este cuestionamiento sobre una verdad absoluta también puede ser aplicado en los modelos teóricos, en la cual se puede adoptar una metodología como definitiva y verdadera para explicar la realidad. Desde la epistemología sistémica, se cuestiona y rechaza la idea de un modelo como absolutista. Nardone y Watzlawick (1992) refieren que las teorías han de ser, para el clínico, no verdades irrefutables, sino hipótesis para relacionarse con el mundo, puntos de vista parciales, útiles para describir y organizar la información, para reproducir acontecimientos terapéuticos, pero que han de ser modificados frente al fracaso. Pensar los modelos no como verdades absolutas permite que durante la práctica terapéutica no se vuelva uno amante de un solo modelo, sino que se vean como herramientas que se puede utilizar y unir para un abordaje más rico, variado y menos reduccionista.

Gianfranco Cecchin, Gerry Lane y Wendel Ray (1993) señalan que el creer en una verdad o realidad absoluta da la ilusión de tener el poder y el control, por lo que los terapeutas pueden llegar a creer valga la redundancia, que tienen el poder de hacer que las personas cambien. Dando como resultado una perspectiva lineal y causal del cambio, es decir, si el terapeuta hace “A” puede hacer que el consultante haga “b”, por lo que desde esta visión el terapeuta es el generador del cambio y no la persona, o ambos.

A partir de estas ideas, estos autores se cuestionan la idea de algo absoluto y totalizador, invitando a los terapeutas a que sean irreverentes con sus formas de hacer terapia y de conceptualizar el mundo, o sea que no se conviertan en verdaderos creyentes de sus modelos, intervenciones, teorías, o de las reglas de un cliente o de un sistema que refiere clientes, de una institución, porque corren el riesgo de convertirse en instrumentos, que los sistemas de control social, instituciones o consultantes los manipulen.

Adoptar esta postura implica no creer en certidumbres, permite que el terapeuta sea más flexible y creativo, que pueda combinar ideas que podrían considerarse contradictorias, que cuestione los patrones y relatos que restringen a las personas que acuden a terapia, generando la posibilidad de desarrollar nuevas creencias, nuevos significados y patrones menos restrictivos, que las familias, parejas o individuos se vuelvan más flexibles, creativos, y crean menos en sus certidumbres o verdades que limitan su capacidad de cambio.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, B. (2001). Just another hob? Paying for domestic work. *Gender and Development*, 25-33.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1991). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 41-71.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee, S y Gergen, K (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 45-91). España: Paidós.
- Arriagada, I. (2010). Familias sin futuro o futuros de las familias. En Lerner, S y Melgar, L (Comps). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas* (págs. 53-71). México: Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, El Colegio de México Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997). Código de Ética AMTF. Recuperado el 20 de octubre de 2016, de <http://amtfac.wixsite.com/amtf/cdigo-tico>
- Berger, T. (2008). Aportes de la perspectiva sistémica y la terapia familiar al trabajo en educación especial. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 75-90.
- Bermúdez, C., y Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. y Arcelloni, T. (2012). Venenos. Rabia y aburrimiento en la terapia sistémica. *Centro Episteme*. Turín.
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Betzdek Legal Services. (2012). *El Manual del Cuidador*. Los Angeles: Betzdek Legal Services. Biever, J., Bobele, M., Gardner, G., y Franklin, C. (2005). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En Limón, G (Comp). *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp. 1-28). México: Pax México.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en soluciones. En Navarro, A, Fuertes, A y Ugidos, T (Comps). *Intervención y prevención en salud mental* (págs. 1-22). Salamanca: Amarú.
- Biever, J., Bobele, M., Gardner, G., y Franklin, C. (2005). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En Limón, G (Comp). *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp. 1-28). México: Pax México.
- Biever, L. y Gardner, G. (1995). The use of reflecting teams in social constructionist training. *Journal of Systemic Therapies*, 14 (3), 47-56.

- Bobele, M. (2009). Resoluciones únicas para problemas únicos: el tratamiento breve de las dificultades sexuales. En Green, S y Flemons, D (Comps). *Manual de Terapia breve sexual* (pp. 173-199). Barcelona: Paidós.
- Cade, B., y O' Hanlon, W. (1993). Enfoques Breves/ estratégicos de la terapia: una visión general. En *Guía breve de terapia breve* (pp. 19-35). Barcelona: Paidós Terapia familiar.
- Calderón, C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con autodaño desde el enfoque de terapia breve. *Revista de psicología*. 18(1), 83-101.
- Carreras, A. (2003). *Apuntes sobre "La construcción del sistema terapéutico"*. Bilbao, EVNTF.
- Ceberio, M. (2002). *Mitos y Desmitificaciones del Modelo Sistémico*. Obtenido de Recuperado de <http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/7.pdf>
- Cecchin, G., Lane, G., y Ray, W. (1993). De la estrategia de la no- intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y familia*, 7-15.
- CELADE- División de Población de la CEPAL. (2012). *Bono demográfico y envejecimiento: impactos sectoriales de la dinámica demográfica*. Santiago: CEPAL.
- Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM). (29 de Enero de 2009). *CLAM - Familia o familias- Destacados - Noticias*. Recuperado de CLAM -Familia o familias- Destacados - Noticias: <http://www.clam.org.br/es/noticias-clam/conteudo.asp?cod=5095>
- Crego, A. (2003). Los orígenes sociales de la conciencia: un Marco Teórico para la Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 73-90.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. (2011). *Manual de Recomendaciones para cuidadores de pacientes con gran discapacidad neurológica*. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2005). *Comunicado de prensa No. 005*. Ciudad de México: CONEVAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2015). *Consideraciones para el proceso presupuestario 2016*. México: CONEVAL.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2011). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Resultados generales. Recuperado de <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>
- Córdova- Villalobos, J., Barriguete- Meléndez, J., Lara- Esqueda, A., Barrquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández- Ávila, M., Aguilar- Salinas, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 419-427.
- De Shazer, S. (1984). The death of fesistance. *Famly Process*, 11-17.

- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz Romo, L, D (Comp). *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 49-79). México: Pax- México.
- Deydén, A. (09 de Septiembre de 2016). Matrimonio igualitario, al centro de la polémica. *Expansión en alianza con CNN*.
- Díaz, I., González- Vellejo, O., Morales , H., y Reyes, A. (2006). Usos del equipo reflexivo con familias afectadas por el VIH/SIDA 1. *Psiquiatría.com*.
- El envejecimiento de la población en México (2005). Transición demográfica de México*. Obtenido de El envejecimiento de la población en México. Transición demográfica de México. Recuperado de https://www.google.com.mx/search?q=Piramide+poblacional&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=A5hhWOzYN6jI8gf1mrzQDw# recuperado 13 de 07 de 2005
- El Universal. (15 de Noviembre de 2016). Embarazo adolescente, entre deserción escolar, desempleo y abandono. *El Universal*, p. 323.
- Expósito Concepción, Y. (2008). La calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista habanera de Ciencias Médicas*.
- Espinosa, M. (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 México.
- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fleuridad, C., Nelson, T., y Rosenthal , D. (1986). The evolution of circular questions: training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 113-127.
- Freidberg, A. (1989). Terapia breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, Pensamiento sistémico: Marco de referencia subyacente a la terapia breve. *Psicoterapia y familia*, 30-39.
- Fruggeri, L. (1992). Las emociones del terapeuta. *Psicobiattivo*, 23-34.
- Fruggeri, L. (2001). Los conceptos de mononuclearidad y plurinuclearidad en la definición de familia. *Revista del Centro Milanese di Terapia della Famiglia. Connessioni*, 11-22.
- García, M. (s.f.). *Educación Sexual y Discapacidad. Talleres de educación sexual con personas con discapacidad*. Narcea.
- Gergen, K, y Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17(1), 11-27.
- Glaserfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En Packman, M. (Comp.), *Construcciones de la Experiencia Humana*,1 (pp. 23-49). Barcelona: Gedisa.
- Gutiérrez, J., Rivera- Dommarco, J., Shamah- Levy, T., Villalpando- Hernández, S., Franco, A., Cuevas- Nasu, L., Romero- Martínez, M., y Hernández- Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Resultados Nacionales. México: Instituto de Salud Pública.

- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de cultura economica .
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Psicoterapia y familia*, 41-53.
- Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México. (2012). *Manual de intervención grupal para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres*. México: Gobierno del Distrito Federal y Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: El Instituto
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Panorama de violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2011. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México 2013*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Encuesta Nacional de los Hogares 2015*. México: El Instituto.
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En McNamee, S y Gergen, K (Comp) *La terapia como construcción social* (págs. 93-107). España: Páidos.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia: terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax- México.
- Linares, J. (06 de diciembre de 2016). *Desigualdad y la Discriminación en México*. Recuperado de Desigualdad y la Discriminación en México <http://www.bioetica.unam.mx/desigualdad.html>
- López- Silvia, P. (2013). Realidades, Construcciones y Dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social . *Cinta de Moebio*, 9-25.
- Medina, A. (2014). La adopción en familias homoparentales, una realidad en la ciudad de México. *Dfensor Revista de los Derechos Humanos*, 59-63.
- Melgar, L., y Lerner, S. (2010). Introducción. Realidades de las familias en México: diversidades, transformaciones y retos. En S. Lerner, y L. Melgar, *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas* (pp. 9-49). México: Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, El Colegio de México Centro de Estudios Demográficos Urbanos y Ambientales.
- Méndez, E., y Cruz, L. (2008). *Redes Sociales de apoyo y persona adulta mayor*. Costa Rica: CONAPAM.
- Mercae Inteligencia de mercados (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia en México 2011. ENDIFAM 2011 Reporte de resultados. Recuperado de <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/media/encuestanaldinamfamiliamex2011.pdf>

- Minor, E. (2016). Información de pobreza y rezago social en las entidades federativas. ¿Cómo estamos? *Tercer Seminario de Pobreza, Monitoreo y Evaluación de la Entidades Federativas 2016*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Minuchin, S. (1979). Un modelo familiar. En Minuchin, S (Comp). *Familias y terapia familiar* (pp. 19-37, 75-101). Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., y Fishman, H. (1989). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S., Nichols, M. P., y Lee, W.-Y. (2007). Introducción: modelo de cuatro pasos para evaluar a las familias y las parejas. En Minuchin, S, Nichols, M.P y Lee, W.-Y (Comps). *Evaluación de familias y parejas: del síntoma al sistema* (pp. 19-41). México: Paidós.
- Molina, M., Ferrada, C., Pérez, R., Cid, L., Casanueva, V., y García, A. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista médica de Chile*, 65-70.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Observatorio Ciudadano Nacional del Femicidio. (2010). *Una Mirada al femicidio en México 2009-2010*. México: Católicas por el Derecho a Decidir A. C.
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). Familia - Organización de Naciones Unidas. Recuperado de Familia - Organización de Naciones Unidas: <http://www.un.org/es/globalissues/family>
- Papp, P. (1988). El proceso del cambio. Buenos Aires: Paidós.
- Pereira, R., Bertino, L., Romero, J., y Llorente, M. (2006). Protocolo de intervención en Violencia Filio-Parental. *Mosaico*, 1-11.
- Perdomo, M. (2002). El Socioconstruccionismo y la Cultura- Biblioteca digital. Recuperado el 28 de Noviembre de 2014, de El Socioconstruccionismo y la Cultura- Biblioteca digital: http://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/item/3767/1/Socioconstruccionismo_cultura_2002.pdf
- Pliego, F. (2013). *Tipos de familiar y bienestar de niños y adultos. El debate cultural del siglo XXI en 13 países democráticos*. México.
- Programa Venezolano de Educación- Acción en Derechos Humanos. (2009). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Caracas: Provea.
- Ray, W., y Anger- Díaz, B. (2009). No se pase de optimista. En Green, S y Flemons, D (Comps.), *Manual de terapia breve sexual* (pp. 315-358). Barcelona: Paidós.
- Romero, L. (29 de Septiembre de 2016). Impulsa Medicina programa para prevenir el embarazo adolescente. *Gaceta UNAM*, pp. 4-5.
- Secretaria de Educación Pública (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*. México: Editorial y Servicios Culturales El Dragón Rojo.

- Sluzki, C. (1987). Cibernética y Terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, 65-69.
- Universia México. (03 de Junio de 2014). Enfermedades crónico-degenerativas: primera causa de mortalidad en México. *Universia México*.
- Valenzuela, M., y Mora, C. (2009). *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente*. Santiago: Organización Internacional del trabajo.
- Vicenteño, D., y Gazcón, F. (23 de Marzo de 2016). México, uno de los tres países donde creció la pobreza: Cepal. *Excelsior*, Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/03/23/1082333>.
- Watzlawick, P. (1999). La técnica psicoterapéutica del reencuadre. En: Nardone, G y Watzlawick, P. (Comps). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13, 141-168.
- Wittezaele, J., y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.
- Zavala, M. (2014). Las ceremonias de definición. La propuesta narrativa para los equipos de reflexión. Una revisión de las ideas. *Revista de Psicología. Procesos Psicológicos y Sociales*, 1-18.