



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

**LA POSTURA DEL TERAPEUTA: TEORÍA Y PRÁCTICA CONECTADAS
EN LA SINGULARIDAD DEL ENCUENTRO TERAPÉUTICO**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

LUZ MINERVA ALVAREZ DE LA PAZ

DIRECTORA DE REPORTE: **DRA. LUZ MARÍA DEL ROSARIO ROCHA JIMÉNEZ**
COMITÉ TUTORAL: MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ
DR. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY

MÉXICO, CD. MX.

MAYO 2017



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.

***A las y los consultantes y familias, por su generosidad al
compartir su historia de vida, confiar en el proceso
terapéutico, y brindarme la oportunidad de
transformarme.***





Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la oportunidad de continuar con mi preparación profesional en esta gran casa de estudios.

Un profundo agradecimiento a mi familia, pues he recibido todo su apoyo y amor en cada día de mi vida. Admiro a mi papá por su capacidad de innovar, su fortaleza y disciplina; admiro a mi mamá por su creatividad, valentía y por transformar las vidas de quienes conoce; y a mi hermano Antonio por su perseverancia, nobleza y visión para comprender más allá de lo obvio. Sin su amor y apoyo, mis sueños serían sólo fantasías.

Quiero agradecer de forma especial a mi tutora Luz María Rocha Jiménez, por su confianza y dirección. Su orientación siempre me transmitió seguridad y me acompañó mostrando generosidad durante este proceso. Es un gran ejemplo, y admiro la energía y pasión con la que desempeña su trabajo formando nuevas generaciones.

Asimismo, agradezco la supervisión de Gerardo Reséndiz, quien construyó un espacio de aprendizaje donde pude desafiar mis propios prejuicios. Gracias por sus diálogos enriquecedores, su paciencia y guía.

Deseo agradecer a mis maestras Miriam Zavala, Jacqueline Fortes, Nora Rentería y Noemí Díaz Marroquín, quiénes compartieron sus experiencias y conocimientos. Gracias a ellas tuve modelos de terapeutas, maestras y mujeres que admiro, y que han influido en mi identidad como mujer y terapeuta.



A mi grupo con mucho cariño: Aidee, Maye, Adri, Tony, Fer, Isra, Lili, Montse y Saraí. Gracias por introducir diferencias que transforman y amplían, por motivarme con su ejemplo, y por iluminar cada espacio de coincidencia con su inteligencia, ingenio, risas, comprensión y afecto.

The Shire (Juan Carlos "JC", Pakito "Darling", Toni "pochi") y Lesslie:

Gracias por ser mi familia en este lugar de asfalto y tonos grises. Su alegría, complicidad, caos y apapachos siempre me dieron ánimo y me acompañó sin importar el resultado, tanto cariño es invaluable. Atesoro cada momento con ustedes.

Agradezco a "Las nenas" (Edna, Carla, Caro y Becky), Eliot, Paulina, Sussy Reyna, Alma López, Brenda Galáz, Daniela Flores y el grupo del aquelarre de todos los viernes en Cora, en especial a Linda por acompañarme e inspirarme; más que amistad y que una red de apoyo son mis hermanas, siempre motivandome y enviándome su mejor energía de cuidado y de amor.

Agradezco a mis hadas madrinas:

Michelle Acevedo, cómplice que me animó a seguir este sueño; Lorena Celine que siempre confió y me centró; Montserrat Galindo, por enseñarme a utilizar una gama extensa de colores; Georgina Barrera que fue mi coach y mi maestra personal durante la residencia; Midori Esparza por esas reflexiones e incluir su toque con su diseño en este trabajo, y en especial a Beatriz Bóllas con quien hice sinergia para transitar este proceso.

Gracias a quienes estuvieron presentes durante este recorrido, que me transformaron con su apoyo y con su afecto, que tiene más de una forma de mostrarse. Gracias por su corazón.

Por último, gracias a otro personaje más en mi vida, mi apreciado Viveros de coyoacan, un lugar en el que contacto con un espacio interno donde siempre encuentro esperanza.

***La postura del terapeuta:
Teoría y práctica conectadas en la singularidad
del encuentro terapéutico***



ÍNDICE



	Pág.
Resumen	1
Introducción	3
CAPÍTULO I: Antecedentes y contexto de la terapia familiar sistémica	5
1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados:	6
1.1 Características del campo psicosocial	6
1.2 Principales problemas que presentan las familias	9
2. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	18
2.1 Pensamiento sistémico	18
2.2 Terapias posmodernas	20
2.3 La terapia familiar en México	21
CAPÍTULO II: Marco teórico	22
1. Fundamentos teóricos de la Terapia Familiar Sistémica y los pensadores de mayor influencia	24
1.1 Teoría General de los Sistemas	24
1.2 Cibernética	25
1.3 Gregory Bateson	26
1.4 Modelo ecológico de Bronfrenbrenner	28
1.5 Milton Erickson	29
1.6 Pragmática de la comunicación humana	31
1.6 Cibernética de los sistemas observantes	32
1.7 Constructivismo	33
1.7 Construccinismo social	34
2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	35
2.1.1 Modelo Estructural	37

	Pág.
2.1.2 Modelo Sistémico Relacional de Milán	45
2.1.3 Prácticas posmodernas y visión socioconstruccionista	56
3. Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados: <i>La postura del terapeuta: teoría y prácticas conectadas en la singularidad del encuentro terapéutico.</i>	62
3.1 Postura y posicionamiento del terapeuta	62
3.2 Construyendo mi postura preferida como terapeuta	68
3.3 Teoría y práctica en la singularidad del encuentro terapéutico	75
CAPÍTULO III: Desarrollo y aplicación de competencias profesionales	79
1. Habilidades Clínicas Terapéuticas	80
1.1 Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en las que se atendió como terapeuta.	
Caso 1: PAREJA “FRANCO ARROYO”	84
Caso 2: FAMILIA “BARRERA FLORES”	113
1.2 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.	137
2. Habilidades de Investigación	138
2.1. Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cuantitativa: Reporte de investigación cuantitativa: Sentido del humor en la pareja: relación con la satisfacción de pareja y el bienestar subjetivo	138
2.2. Reporte de la Elaboración de un instrumento: Reporte de investigación cuantitativa: Sentido del humor en la pareja: relación con la satisfacción de pareja y el bienestar subjetivo	152
2.3. Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cualitativa: “La vulnerabilidad: su uso terapéutico y sus efectos en las relaciones interpersonales”	164

	Pág.
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; atención y prevención Comunitaria	189
3.1. Elaboración de productos tecnológicos: “Taller de inducción al posgrado, UNAM.”	189
3.2. Elaboración de productos tecnológicos: Producto tecnológico 2: maernidad y paternidad	191
3.3. Programa de intervención comunitaria: Curso intensivo de terapia familiar: Modelo de terapia breve centrada en el problema	194
3.4. Constancias de asistencia y participación en eventos académicos.	203
4 Habilidades de compromiso y ética profesional	203
CAPITULO IV: Consideraciones finales	206
1. Resumen de habilidades y competencias adquiridas	207
2. Implicaciones en la persona de la terapeuta, en la profesionista y en el campo de trabajo	210
Referencias	213
Apéndices	220



Resumen



En el presente reporte se realiza una síntesis de las competencias adquiridas durante la residencia de terapia familiar sistémica, del Programa de Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Este trabajo tiene como propósito abrir diálogos respecto a la postura del terapeuta, su posicionamiento y la manera en que la teoría y práctica van construyendo espacios en el proceso terapéutico.

La formación de terapeutas sistémicos en la residencia comprende el desarrollo de habilidades en el área clínica, de investigación, enseñanza y reflexión de una práctica con ética.

En el reporte se abordan las problemáticas que involucran a las familias en México, los antecedentes teóricos de la mirada sistémica y posmoderna en el campo psicosocial. Posteriormente se exponen los marcos de referencia teórica que explican los modelos de la terapia sistémica y de las prácticas posmodernas. En particular se abordan el modelo estructural, el modelo sistémico relacional de Milán y prácticas colaborativas, que sustentan los dos casos presentados de intervención a una pareja y una familia, donde se analizan las posturas del terapeuta a partir de dichos modelos. Además de comprender las competencias adquiridas en el área clínica; se incluyen las investigaciones cuantitativas y elaboración de una escala, en las que se busca conocer la relación entre el sentido del humor y la satisfacción de la pareja, y la investigación cualitativa en la cual se aborda el tema de la vulnerabilidad entendida como conexión entre las personas. Concluyendo con una reflexión de la ética en la práctica como terapeutas y de la experiencia en su totalidad, integrando aspectos teóricos y empíricos durante la formación en el programa de Maestría en Psicología.

Abstract



The present work is a synthesis of the competencies acquired during the course of the familiar systemic residency, corresponding to the Master in Psychology of the National Autonomous University of Mexico. It has the purpose of illuminating the interaction between the therapist's position regarding the clinic, the selection of a theory and the practice that is developed during the therapeutic process. The systemic therapists' training in this residency includes the developing of skills in clinical work, research, teaching, as well as a thoughtful ethical practice. This testimony is about the problematics that affect Mexican families, as well as the theoretical foundation of the systemic and postmodern psychotherapy in the psychosocial context. Also, the theoretical frames of reference that explain the theories and the epistemology of systemic and postmodern psychoterapies, particularly the structural model, the Milan relational model of systemic family therapy, and collaborative practices. All these models were used in two cases of intervention presented in this work and the position of the therapist is analyzed through them. In addition to examine the competencies acquired in the clinical practice, it is included a quantitative research and a scale designed to understand the correlation between satisfaction in couple relationships and sense of humor. It is included as well a qualitative research about vulnerability seen as a result of the interaction between individuals. Finally, it is included a reflection about ethic in the clinical practice, and in the whole process of this program embracing the theoretical and experiential particularities during the Psychology Master Program.

Introducción



El tema de la postura del terapeuta fue el resultado de una idea liberadora, ante la angustia de no lograr identificarme o asumirme en algún modelo de intervención durante la maestría. Lo anterior me causó confusión y sentí que en el “deber ser” tenía que elegir un modelo para decirme una terapeuta con credibilidad y sustento teórico.

En una asesoría en la que compartí mi angustia, surge la idea de hablar de una **postura del terapeuta** en relación a dos modelos de intervención de los casos presentados en el trabajo: Modelo Sistémico Relacional de Milán con el que se atendió una pareja y, el enfoque de prácticas posmodernas con el cual se vió a una familia.

De acuerdo con Gergen (2006), el terapeuta que piensa la terapia desde una visión construccionista tiende a tomar aquello que está en el contexto inmediato que pueda ser útil en la temporalidad de ese espacio y en el conocimiento local, donde los significados forjan una realidad y pueden construir otras alternativas de realidad. Desde esta visión se desarrolla el tema de la postura del terapeuta, y se retoma en el estudio de casos donde se revisa la postura de la terapeuta en el proceso terapéutico a través del cual se tuvo un acercamiento para conocer el contexto y generar diálogos que abrieran alternativas con las familias.

CAPÍTULO I
ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA





“La familia es el ancla que permite a los individuos desarrollarse sin naufragar en el océano de la vida” (Gómez Ma. Enriqueta, pp, 2005)

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

Las familias responden a una organización social que a lo largo de la historia se ha ido modificando, además es donde se acogen una serie de demandas sociales correspondientes al desarrollo y bienestar de sus miembros. Por lo tanto, las funciones de las familias en una sociedad tienen un carácter temporal pues son situadas en un momento histórico y en un contexto, que va moldeando los roles, actividades e interacciones.

De acuerdo con Fruggeri (2012, pp 1): “Las familias constituyen identidades complejas, multiprocesuales y multiformes”, por lo que hoy en día no puedo pensar en una familia como tal, sino en familias, diversas en configuración, en premisas, en relaciones, algunas veces nutren otras no, ricas en rituales y con recursos y la creatividad para afrontar el día a día.

Las miradas sistémica y construccionista social de la Residencia en Terapia Familiar, nos invitan a realizar un análisis más amplio del concepto o tipología de la familia, del contexto donde las familias se construyen, se transforman y evolucionan. Asimismo, de las problemáticas, crisis y/o retos con los que se encuentran las familias mexicanas, los cuales se pretenden desarrollar a lo largo de este primer capítulo.

1.1 Características del campo psicosocial en México

En un estudio realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1998) en el que se abordó la creciente modernidad en América Latina, se encontró que la expectativa de mayor aceptación de la diversidad de identidades en sociedades plurales, y a



dimensiones culturales y normativas en una sociedad modernizada, no era del todo alcanzada. Los siguientes puntos visualizan los procesos de modernización y sus efectos sobre las familias:

- a) *Cambios en los procesos productivos.* Crece el trabajo urbano sobre el rural. En el caso de México, según Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012) para 2012 el sector rural comprende el 13.6 % del porcentaje total de actividades económicas mientras en 1995 comprendía el 23.7 %, casi el doble.
- b) *Modificación de la composición demográfica.* Donde se visualiza una urbanización acelerada, disminución de nacimientos y reducción del número de integrantes por familia. De acuerdo con el INEGI (2012), en el 2010 los habitantes en México fueron 112, 336, 538 personas, de las cuales 57, 481, 307 eran mujeres y 54, 855, 231 eran hombres. Una de las características de la población mexicana es la concentración del 28.9 % de menores de 14 años, población muy joven. Aunque, para el 2010 la tasa anual de crecimiento del país había disminuido a 1.4 a diferencia de la década de los 60 que ascendía a 3.4, en cambio la esperanza de vida llegaba a los 75 años, por cual hay una tendencia de la población a envejecer y ha sido necesario fomentar desarrollo y oportunidades de salud y laborales para las personas de la tercera edad, donde la mayoría de los programas sociales han sido dirigidos a niños y niñas. Sin olvidar, que actualmente hay un tercio de la población es joven, por lo cual se requieren programas para su desarrollo.
- c) *Nuevas pautas de consumo y trabajo:* El decremento en el trabajo y salario del trabajo ha propiciado un contexto en el cual la mujer ama de casa sale del hogar para trabajar, lo que ha tenido una repercusión en la economía de las familias y en el desempeño de los roles. Asimismo, para el 2012 una tasa de 43.5% de las mujeres participan en el área laboral, teniendo una mayor visibilidad el trabajo femenino en el país (García y Oliveira, 2007; INEGI, 2012).
- d) *Acceso masivo pero segmentado a los bienes y servicios sociales (educación, seguridad social y salud).* Se aprecia la desigualdad social en el acceso a los servicio sociales. En el caso de México, la INEGI (2012) reporta que para el 2010 el 90% de las viviendas



- cuentan con luz eléctrica, agua potable y servicio de drenaje. En la educación, la tasa de analfabetismo es de 6.4% reduciéndose a la mitad de 1990 al 2011. Hubo un aumento en la educación media superior y superior, y una disminución en educación básica, sin embargo el desempleo genera pocas oportunidades para los jóvenes que tienen estudios más no un trabajo, o un trabajo poco asalariado. Por otro lado, en el acceso a la salud, en 2003 más de la mitad de la población carecía de seguridad social, aunque para el 2007 la población asegurada aumentó al 78%. En el 2012, aunque se logró aumentar 7.7 millones de mexicanos asegurados, se registró un rezago del 21.5% de la población en cuestión de salud, es decir, 25.3 millones de mexicanos no reciben servicios médicos de ningún tipo (González y Scott, 2012; CONEVAL, 2014).
- e) *Desigualdad de género.* En México se aprobó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia en el 2007 que busca disminuir la desigualdad por género desde la responsabilidad social para mejorar las condiciones para la mujer. (Torres, 2012). De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares en el 2006 se estima que el 26% de las mujeres solteras y 35% de las casadas o unidas son víctimas de violencia de pareja. Además, cuatro de cada cinco de las mujeres separadas o divorciadas reportaron situaciones de violencia durante su unión, y 30% continuaron padeciéndola por parte de su pareja aun después de haberse separado (Inmujeres, 2008).

Las familias, como grupo primario y sistemas de organización de la sociedad, presentan distintos problemas sociales influidos por fenómenos como el crecimiento poblacional, educación, salud sexual y reproductiva, empleabilidad, pobreza, acceso a la salud, VIH-/SIDA, equidad de género, violencia familiar, adicciones, entre otros. Cada uno de estos temas está presente en la vida cotidiana de las familias mexicanas e impacta en su desarrollo, bienestar y salud.



1.2 Principales problemas que presentan las familias

De acuerdo con Álvarez (1986), para estudiar a las familias desde el punto de vista psicosocial hay que tomar en cuenta las siguientes dimensiones: 1. Las diferentes posturas epistemológicas de los estudios de la familia. 2. La conciencia adquirida de la interacción dinámica en la familia, no como díada madre hijo, sino como relaciones-roles-significados, comprendidos como un sistema familiar. 3. La orientación temporal de la familia, que comprende el tiempo individual, el tiempo familiar y el tiempo histórico de la familia. 4. Estudiar a las familias mexicanas desde una visión ecológica e intergeneracional para comprender su estructura y participación en la sociedad.

Salles y Tuirán (1996) explican las funciones de la familia como normas que han sido institucionalizadas dentro de un marco jurídico por el Estado, de instituciones religiosas, en particular la iglesia católica en México. Además, posiciona la cultura como otro eje que dicta sobre las normas sociales relativas a la familia de manera interdependiente, que obedece a los significados y creencias compartidas que moldean las relaciones sociales y dan forma a la naturaleza del contexto donde las familias se desarrollan.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en 1998 (Arriagada, 2002; pp. 2), afirmó que “La familia conforma un espacio de acción en el que se definen las dimensiones más básicas de la seguridad humana: los procesos de reproducción material y de integración social de las personas”.

La definición anterior coincide con la de Minuchin (1979) que considera que la familia responde a dos objetivos, el primero cumple funciones hacia el interior de la familia procurando el bienestar de cada uno de sus integrantes; el segundo objetivo es procurar que los miembros de la familia logren desenvolverse en la cultura fuera del núcleo familiar, adaptándose a las normas y estructura de una sociedad.

En otras perspectivas de conceptualizar a las familias, se dice que son el primer contexto donde comunmente un individuo tiene la oportunidad de desarrollar su identidad (Fruggeri, 2016). Además cumplen con diferentes funciones en las que sus integrantes pueden recibir



cuidado, protección y sostén para su desarrollo. Los individuos aprenden en el contexto familiar a conectarse con más de dos relaciones a la vez y a convivir con diferencias en género, edad, status, rol, etc. Cabe destacar que en las últimas décadas las familias han desarrollado diferentes configuraciones, estilos y posibles dinámicas de interacción que han complejizado su estudio o la tendencia de algunos métodos de estudio de unificar un modelo de familia.

Algunos estudios de antropología definen a la familia desde un factor en común, que es la vivienda, residencia en el que se realizan actividades para asegurar el bienestar de quienes viven juntos (domésticas, comida, disciplina, preparación para la educación, etc.). Sin embargo, estas actividades no siempre son exclusivas del “hogar”, por lo que, la antropología dice que la variedad de combinaciones es tan amplia que es difícil encontrar un factor único denominador para referirse a todos los tipos de familia (Parra, 2005). Las propuestas de clasificación del tipo de familia parten de indicadores de la economía, la configuración familiar, el tipo de contrato matrimonial y las identidades familiares, entre otros. Además, las disciplinas (derecho, sociología, antropología, psicología, etc.) se dedican a clasificar desde su interés de estudio. A continuación, en la Tabla 1.1 se presentan algunas clasificaciones más comunes de las familias (Parra, 2005; Osorio y Alvarez, 2004):

Tabla 1.1
Clasificaciones más comunes en los estudios de las familias

Categorías	Nombre	Descripción de la familia
Según la constitución	Familia nuclear	Familia conformada por padres (papá y mamá) y los hijos y que viven bajo el mismo techo.
	Familia extensa	Se refiere a la familia que además de la familia nuclear, puede incluir a los abuelos, padres y tíos, hijos, y los familiares políticos (nueras y cuñados).



Categorías	Nombre	Descripción de la familia
Según la constitución	Familias monoparentales	Son familias conformadas solo por el padre o madre e hijos.
	Familia reconstituida	Son familias donde la pareja viene de matrimonios anteriores o de enviudar y pueden tener hijos, o hijos con la misma pareja.
	Familias unipersonales	Es aquella donde el individuo se declara como único residente en el hogar y que permanece en contacto con su grupo familiar.
	Familia con lazo sanguíneo	Es aquella en la que sus miembros comparten un lazo sanguíneo pero no en línea directa (mamá, abuela), sino por tíos, sobrinos o primos.
	Familia sin lazo sanguíneo	Se refiere a un grupo de personas que no tienen lazos sanguíneos pero que comparten un hogar y que se apoyan en las funciones familiares.



Categorías	Nombre	Descripción de la familia
Según el tipo de acuerdo en la pareja	Pareja en matrimonio	Pareja que por cuestiones religiosas se dice hombre y mujer que deciden contraer matrimonio con la finalidad de ser padres. Aunque también está el matrimonio entre personas del mismo sexo que depende de las leyes del Estado para que sea legítimo. Asimismo, hay parejas que deciden contraer matrimonio, sin embargo, no está la intención de ser padres.
	Unión de hecho	Es la familia que tiene el reconocimiento como “matrimonio” sin ser constituidas a través del civil o de alguna práctica religiosa, que pueden o no tener hijos.
	Pareja en convivencia	Es la diada por parejas heterosexuales u homosexuales, en la que se asume continuidad aunque la idea es “ensayar” si hay un ajuste adecuado para ambos. En estas relaciones no hay hijos.

El desarrollo de las familias tiene que ver con sus funciones más que con su estructura. Por lo tanto, la diversidad de las familias es tan amplia como la configuración que construyan para cubrir sus funciones (cuidado, protección, desarrollo de autonomía, etc). Y ninguna de estas formas garantiza un mejor desarrollo en comparación a las demás. La invitación a los terapeutas familiares es comprender cómo hacen las familias para funcionar de la mejor forma posible, en vez de optar por reproducir un modelo de familia nuclear, y entender la complejidad de las familias en sus distintas configuraciones. Por otro lado, es importante no



perder de vista la dimensión social en la que conviven las familias y se desarrollan las relaciones, para no confundir un efecto o consecuencia de carácter social en la familia (desempleo, economía, migración) con psicopatología (Fruggeri, 2016).

☞ **Problemáticas a las que se enfrentan las familias**

Según Arriagada (2002) las familias se enfrentan a una paradoja, por un lado son un refugio ante condiciones de crisis en el ámbito laboral (desempleo); de la salud (muerte, enfermedades crónicas y muertes); de educación y violencia. Por otra parte, en las familias se pueden activar situaciones de inseguridad y vulnerabilidad, debido a las tensiones externas a las que son sometidas.

Las **condiciones de salud** en México evidencian la desigualdad, ya que tiene cifras equiparables a las condiciones de salud en África y cifras equiparables a condiciones de salud de las ciudades Europeas, van de un extremo al otro (González y Scott, 2012). La mayor parte de la población se ubica en un sector que tiene acceso limitado a la salud por su alto costo. De acuerdo con Cervantes, Arenas y Lozano (2011) el sistema de salud en México tiene dos deficiencias: 1. Proveer de atención de salud sólo al sector formal de trabajo y 2. Priorizar un modelo de intervención curativa especializada que llega a ser costoso y poco efectivo, en vez de utilizar un modelo más preventivo o de aprovechar los recursos materiales y humanos del país. Por lo tanto, la salud es un privilegio dependiendo del estatus socioeconómico de las familias. Una enfermedad por mínima que sea puede estar fuera del alcance para el salario mínimo que la población en general tiene como ingreso, en cambio, en caso de una enfermedad crónica el servicio de salud es completamente negado y/o restringido para quien no tiene la posibilidad de acceder a un servicio de salud privada. Asimismo, el concepto de salud es predominantemente un modelo médico, limitando el concepto de bienestar, el cual depende de muchos factores que van a la par con la salud física, como es la salud mental, tiempo de recreación y descanso, espacio social, familiar y espiritualidad.

Uno de los principales problemas que merma el bienestar de las personas, se encuentra en la **violencia**, según Torres (2012, pp.261) define la violencia “es un acto u omisión intencional, transgrede un derecho, ocasiona un daño y reestructura una relación de poder. La violencia



de género echa raíces en desigualdades sociales que se traducen en diversas formas de discriminación”. El propósito de la violencia es someter y controlar, ejerciendo daño de forma física, psicológica, sexual, laboral o económica. En la esfera familiar se puede ver todo tipo de violencia, en la que se transgreden los límites del derecho de algunos integrantes por el privilegio de otros. Algunas familias tienen dinámicas de relación de malos tratos, abusos y agresiones que están sostenidas por esquemas de creencias de jerarquía y poder, donde la desigualdad en las relaciones, sea por edad, sexo ó raza, entre otras, es normalizada.

La **desigualdad de género** en el contexto familiar, coloca a la mujer en una situación vulnerable. Las premisas culturales sustentan en jerarquía y privilegios al hombre en educación, alimentos, economía y otras consideraciones sobre la mujer (Salles y Tuirán 1996). En el marco de la organización tradicional de la familia, la asimetría de poder es claramente visualizada en la división del trabajo por sexo, en el que el hombre es encargado de constituir una familia a través de su autoridad, rol de proveedor y dominio público. Mientras que la mujer es la encargada de los afectos y crianza de los hijos como complementariedad del hombre, aun cuando la mujer pudiera estar aportando un ingreso económico y teniendo un trabajo fuera de casa (Arriagada, 2002).

La idea del **matrimonio** como la experiencia de amor romántica e idealizada protegida por el sacramento eclesiástico e insoluble ha perdido fuerza por influencia de varios factores, asociados a que la esperanza de vida de las personas ha aumentado, la escolarización de las mujeres y el empoderamiento para una vida con autonomía y la educación de vivir en no violencia. Tan sólo en el 2014, se registraron 577 mil 713 matrimonios en México, en 2013 fueron 583 mil 264 y en 2012 la cifra se ubicó en 585 mil 434, por lo que se puede apreciar una disminución en cifras (INEGI, 2014). Cabe destacar que la asociación en pareja no ha dejado de existir, sino que las configuraciones y acuerdos son más diversos. En cambio, la **separación conyugal** es un fenómeno social, que según la antropóloga Helen Fisher (1994) es necesario para la sociedad, explica que en Mongolia la separación es vista sin tintes de moralidad sino como una alternativa para dos personas que no llevan una vida en pareja armoniosa. En México, las creencias y religión dificultan una separación, ya que, es motivo de culpas,



estigma y acusaciones de la sociedad y la familia, especialmente hacia las mujeres. Aun así en 2011 se registraron 91 mil 285 divorcios, en 2012 fueron 99 mil 509, para el 2013 la cifra ascendió a 108 mil 727 divorcios, tendencia que va en aumento a diferencia del matrimonio. Para el año 1980 se estimaba que por cada 100 matrimonios, 4 se divorciaban; en 1990 ascendió a 7 divorcios por cada 100, para el 2013 la cifra aumentó a 19 divorcios por cada 100 (INEGI, 2014). Los motivos son varios, en un estudio por la antropóloga Laura Betzig encontró que el motivo principal en 160 sociedades es la infidelidad por parte de las mujeres (Fisher, 1994), probablemente porque la infidelidad por el varón está más normalizada por los estereotipos de género que mantienen ideas donde hay mayor permisividad que por lo mismo no es motivo de separación, además algunas mujeres tienen vulnerabilidad económica o temen al estigma de estar solas. En cambio, la infidelidad de la mujer es vista como una falta moral al compromiso y hay menos permisividad por lo cual se busca una separación.

De la misma forma en que los divorcios han aumentado, una estructura familiar que ha incrementado con los años es la familia monoparental, en la que **madres solteras jefas de familia** son el sustento económico, la organizadora del hogar y la responsable del cuidado y educación de hijos. Anteriormente se pensaba la parentalidad como un ejercicio de la sociedad, actualmente se atribuye dichos cuidados a la familia y en particular a la mamá. Por lo tanto, en caso de separación conyugal el hombre toma rol de proveedor, o se excluye de los cuidados parentales y muchas veces de aportar ingreso económico. Otro caso de las madres solteras, son las madres adolescentes donde el papá no se involucra en la parentalidad. Debido a lo anterior, madres jefas de familia se ven en la necesidad de trabajar para sustentar económicamente a la familia y muchas veces requieren del apoyo de sus padres. Para las madre solteras, incursionar al área laboral es una necesidad que genera culpa por no poder pasar tiempo con sus hijos. Se ven absorbidas entre la jornada laboral y actividades de crianza, por lo que dejan a un lado su proyecto personal, su salud y su derecho a recreación. En México, se tiende a idealizar la idea de la mamá como la “super mamá”, el día de las madres se le enaltece y se le regala flores o se le lleva serenata, sin embargo, continuar con la idealización del rol de mamá contribuye a que la mujer tienda a abnegarse



en la maternidad y “renunciar” a su vida privada por ser una “buena madre” y cumplir un rol que “lo da todo”, reforzándose la inequidad en los derechos y la violencia de género.

Asimismo, las familias mexicanas han reducido la cantidad de hijos que tiene, sin embargo, el **embarazo adolescente** siguen afectando el proyecto de vida de los jóvenes y la vida familiar. Además del estigma que viven las jóvenes ante un embarazo, debido a creencias religiosas o matizadas por el género acerca de la sexualidad de la mujer. Ya que la sexualidad es negada o invisibilizada, y por lo tanto, un gran número de padres y madres deciden alejar a sus hijos de cualquier información de **salud sexual y reproductiva** pues tienen miedo que pueda incitar al ejercicio de su sexualidad, dejando desprotegidos a los jóvenes de la educación e información que podría evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Algunas veces, los padres buscan dar información pero ellos mismos carecen de la orientación necesaria para transmitir a sus hijos. Aunque en las escuelas públicas es obligatorio hablar de sexualidad, el personal docente se ha visto ineficaz en el tema, pues el mismo personal tiene miedos y tabús al respecto. La salud sexual y reproductiva se mantiene como un tema pendiente en la agenda pública. Por otra parte, los problemas de salud y riesgo para la joven embarazada merman su calidad de vida y la del hijo. Además, hay que tomar en cuenta los significados que conlleva para la familia un embarazo en la adolescencia, que en muchos de los casos la familia termina corriéndola de su casa, obligándola a casarse a temprana edad, o en el otros casos, los padres apoyan a los hijos haciéndose cargo del niño o niña llevando a conflictos intergeneracionales y confusión sobre cómo desarrollar la maternidad y paternidad. Por otro lado, un embarazo adolescente es significado por la madre como un propósito que da un sentido de vida, de acuerdo a ideas culturales que matizan la maternidad como la experiencia de realización para la mujer. En cambio, para el hombre adolescente implica un reto asumir el rol de la paternidad, que implica proveer de un sustento económico y ampliar la parentalidad a un modelo que también provea afecto y cuidados. Además que tanto la mujer como hombre tienen que buscar una forma eficiente de llegar a acuerdos parentales y muchas veces de ser pareja a la vez.



En temas de derechos sexuales es importante hablar de la **orientación sexual**. Cada vez más las familias acuden a terapia con la demanda de abordar el tema, pues quieren apoyo porque se encuentran con rechazos, discriminación y falta de aceptación hacia su orientación sexual. La homofobia en México tiene que ver con la idea de que la homosexualidad atenta con valores del matrimonio y familia. Según Castañeda (2006, en Lozano 2009) la actitud de rechazo hacia la homosexualidad se ve vinculada hacia el miedo a la confusión de géneros donde el homosexual u hombre penetrado se asocia con lo femenino, y la mujer homosexual con volverse hombre o adoptar lo masculino. En la Ciudad de México en el año 2009 se reconoce legalmente la unión en matrimonio de personas del mismo sexo, así como, la posibilidad de adopción, la legitimización de ambos derechos han tenido que replantear la configuración de la familia y ha desatado debates sobre la parentalidad, que en la actualidad aun se vive rechazo a configuraciones familiares no normativas.

En relación a los derechos, la cultura de la inclusión es algo que ha tomado mayor fuerza en los programas internacionales. En el caso del tema de **discapacidad**, las familias mexicanas tienen mayores oportunidades que hace algunos años. Sin embargo, aun falta una estructura social que apoye a las familias que tienen algún miembro con discapacidad, para el 2010 en México, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270, lo que representa 5.1% de la población total. Siendo la principal causa de discapacidad entre el total de dificultades reportadas son la enfermedad, con 38.5%, seguida de la edad avanzada, con 31%, el nacimiento, con 15% y los accidentes, con 12% (INEGI, 2010). Aunque los derechos de las personas con discapacidad están amparados por los organismos internacionales y nacionales correspondientes, en la vida diaria es un tema que se invisibiliza, para el cual falta información y sensibilización, adaptaciones en el ambiente, inclusión escolar, ya que sólo el 54 % de las personas con discapacidad concluyeron educación primaria, inclusión laboral, así como, organismos que den atención y sean una red de apoyo para las las personas con discapacidad como para sus familias.

Otro tema, es el de **adicciones**, ya que, las relaciones familiares de validación, pertenencia, confirmación y red de apoyo son factores de protección para prevenir el consumo de drogas tanto legales como ilegales. Sin embargo, la probabilidad de que los jóvenes mantengan el



abuso de sustancias aumenta en un núcleo familiar donde hay aceptación del alcohol, y generaciones con consumo de drogas, violencia o negligencia y/o problemas emocionales. Por otro lado, también hay una relación entre la actitud que tienen los padres hacia los hijos cuando descubren el primer contacto con alguna sustancia que se da entre los 12 y 17 años, ya que, la permisividad puede influir en justificar o negar las consecuencias del consumo perpetuando el círculo de adicción.

Los distintos retos que hay que afrontar para aspirar a una calidad de vida y las dificultades generadas por los problemas que aquejan a las familias, ha generado que esta se construyan diferentes formas familiares de acuerdo a sus necesidades, estilos de vida y reestructuraciones, favoreciendo una diversidad de estructuras y organizaciones familiares.

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

2.1 Pensamiento sistémico

A finales del siglo XX surge la teoría sistémica desde distintas disciplinas como la física hasta la ecología. Éste nuevo paradigma propuso que los elementos de un sistema se relacionan entre sí y responden a un contexto. En 1968, Ludwing von Bertalanffy presentó que todo organismo es un sistema abierto, capaz de recibir y expulsar elementos que le permitan estar en equilibrio, de tal manera, que una familia podía pensarse como un sistema abierto (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Parte de una definición general de “sistema” como un complejo de elementos interactuantes, cuyos principios básicos son la totalidad, suma, centralización, diferenciación, parte conductora, finalidad, equifinalidad, crecimiento en el tiempo y competencia. Un sistema es entendido como un conjunto de componentes relacionados entre sí y entre sus atributos, que responden a un contexto. Todo organismo es considerado un sistema abierto,



capaz de recibir y expulsar información que le permita estar en equilibrio. (Bertalanffy,1976; Nardone y Watzlawick, 1990).

Tomando a los sistemas como una analogía de la familia permitió una perspectiva que aleja la problemática situada en un sólo individuo y pasa a involucrar a todas las partes interactuantes con el problema, incluyendo otros sistemas como instituciones educativas, de salud y gubernamentales, etc. Esta visión fue desarrollando un pensamiento sistémico, por lo que surgieron varias aproximaciones y modelos de intervención terapéuticas que a pesar de sus diferencias tienen en común la teoría general de los sistemas, la cibernética y la teoría de la pragmática de la comunicación humana que posteriormente se conoció como terapia familiar.

La terapia familiar surge en Alemania entre 1929 y 1932 con Hirschfeld y sus estudios de la familia. Simultáneamente en Inglaterra y Estados Unidos se expande el trabajo teórico y práctico con las familias (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En la década de 1940 se realizaron diferentes investigaciones sobre la familia y la práctica clínica (Bertrando y Toffanetti, 2004) las cuales se tomaron como guía para que posteriormente la terapia familiar se consolidara como disciplina.

Las discrepancias en la nueva disciplina se hicieron notar en las dimensiones de la terapia familiar: trabajar en el presente o pasado, tener como objetivo el crecimiento personal o el problema presentado, enfocarse en la interpretación o acción, que la relación terapéutica sea en igualdad o jerarquía o intervenir de manera directa o paradójica. Estas dimensiones influyeron en las muchas formas de ofrecer una terapia sistémica y familiar de las cuales surgieron el Modelo Estructural de Minuchin, el enfoque Estratégico de Jay Haley, la terapia Breve centrada en los problemas del grupo de Palo Alto, la terapia centrada en soluciones, el Modelo de Milán, y posteriormente las terapias posmodernas: narrativa, equipos reflexivos y colaborativa (Madanes, 2007).



2.2 Terapias posmodernas

Una de las dificultades, señala Arriagada (2002) del trabajo con la familia es generar diagnósticos y formular políticas, ya que, no hay una neutralidad en lo que concierne a la familia. Cada persona tiene una experiencia, creencias, percepciones y sentimientos respecto a ella. La tendencia en la década de los sesenta y setenta fue vender una idea de familia inmutable y única, en la actualidad hay una mayor aceptación a la diversidad, aunque sigue persistiendo el concepto de familia inmutable y atemporal normalizado.

La terapia sistémica no ajena a un contexto histórico aporta modelos que tienen un concepto de las familias normalizado, no obstante, con el constructivismo y construccionismo social los modelos fueron adquiriendo y desarrollando nuevas premisas que desde teorías posmodernas, ha permitido una visión de las familias y e individuos con muchas realidades, lo cual ha dado espacio a la diversidad y el enriquecimiento de diferentes formas de vivir y de ser familia.

Según Pérez (2011), con la visión posmoderna las familias existen en un nivel en la representación que se hace de ellas y su consistencia se logra a través de narrativas que dan forma a historias, premisas, problemas, valores, prejuicios, etc. Además, que las familias están en otro nivel sujeto a la cotidianidad, tiempos y espacios determinados para organizarse. Por lo que concluye que la idea de la familia es un constructo que interactúa y su continuidad establece experiencias para ir haciendo otras construcciones. Desde esta perspectiva se busca identificar los discursos dominantes en la representación de la familia (cómo deben ser) para construir discursos que den cuenta de las familias y su diversidad (desnormalizar la idea de la familia) y dar posibilidades a otras realidades familiares en el tiempo donde se de paso a otros entendimientos y significados del ser familia.



2.3 La terapia familiar en México

En México, fue el Dr. Macías que estudió una residencia en psiquiatría y terapia familiar en 1963 en Canadá quien introdujo la terapia familiar a su regreso a México, y formó el Instituto de la Familia, A.C. (IFAC). A partir de 1980 se expandió el movimiento de la terapia familiar, tomándose las ideas y modelos de Minuchin, Virginia Satir, Jay Haley, Instituto de Milán, entre otros. Así, la creación de Institutos como el Instituto Mexicano de la Pareja, la Universidad de las Américas, Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, Instituto Personas, Instituto Cencalli, Instituto Mexicano de Terapia Breve, La Universidad Nacional Autónoma de México, por mencionar algunos, junto a la Asociación Mexicana de Terapia Familiar y congresos en México que han dado formalidad y desarrollo a la terapia sistémica familiar en el país (Eguiluz, 2004).

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO





La terapia familiar sistémica surge de la influencia de varios pensadores que desarrollaron teorías con una visión sistémica; de la necesidad de una práctica clínica que reflejara cambios en los pacientes; y de la observación del paciente en su propio contexto, es decir, en la interacción familiar y social.

La terapia familiar surge en diferentes partes del mundo, de los primeros en trabajar con estudios de la familia fue Hirschfeld en Alemania en 1929; y en Los Angeles Popoene, un biólogo y genetista interesado en las relaciones familiares, es reconocido por introducir el término de Marriage Counseing (consejero matrimonial) en 1930. Asimismo, la Dra. Emily Mudd establece la práctica de terapia familiar en Filadelfia en 1932, siendo la primera en implementar un programa de evaluación, además de haber sido una de las fundadoras de la American Association of Marriage Counselors (Asociación Estadounidense de Consejeros Matrimoniales), en esta asociación se establecieron lineamientos para los profesionales en orientación familiar. Por otro lado, David y Vera Mace en Londres, investigaban simultáneamente las problemáticas en las familias de la post guerra y depresión económica, y en 1938 forman el Marriage Guidance Council (Concilio de consejeros matrimoniales) (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Para hablar de los modelos y los fundamentos teóricos metodológicos de intervención con los que se abordaron los casos presentados en este trabajo, es pertinente hacer un recorrido por la historia de la terapia familiar, los cuerpos teóricos que la sustentan, las figuras de influencia, así como, la aproximación de las ideas posmodernas a la terapia familiar.



1. Fundamentos teóricos de Terapia Familiar sistémica y los pensadores de mayor influencia

La terapia familiar sistémica se sustenta en dos teorías: 1) Teoría General de los Sistemas, presentado por Ludwing von Bertalanffy en 1949; y 2) la Cibernética, teoría desarrollada por Norbert Wiener en 1946 (Eguiluz, 2001). Aunque según Hoffman (1987) la terapia familiar no surge de manera directa de estos cuerpos teóricos, sus antecedentes proceden de psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que fueron incluyendo a las familias en el área clínica. Además de un cambio epistemológico ejercido por la influencia de varios personajes, que con sus ideas desde la física, la biología, matemáticas, la tecnología y las ciencias del comportamiento, así Bronfrenbrenner en 1977 con su modelo ecológico aporta una visión más amplia de la influencia de los sistemas o contextos en los que el individuo crece; Bateson, con sus ideas en constante evolución y la teoría del doble vínculo que se enfoca en estudios de la familia de pacientes identificados con esquizofrenia; Milton H. Erickson, sin un modelo o teoría logró cambios importantes en el ejercicio terapéutico de la época; y la pragmática de la comunicación humana propuesta por el Mental Research Institute en Palo Alto, resumió los principios sistémicos en axiomas de interacción humana; Glasersfeld con el constructivismo; son principalmente las teorías y pensadores que nutrieron los fundamentos teóricos con los cuales la terapia familiar sistémica se ha desarrollado, dando base a diferentes modelos y escuelas que comparten esta epistemología.

1.1 Teoría General de los Sistemas

Bertalanffy presentó por primera vez la Teoría general de los sistemas (TGS) en Chicago en un seminario de filosofía de Charles Morris, aunque prefirió guardar sus ideas pues temía no tuviera aceptación. Sin embargo, después de la segunda guerra mundial dio a conocer la teoría en sus primeras publicaciones (Bertalanffy, 1968). En esa época, Bertalanffy se encontró con una gran sorpresa, que en sus palabras se describe a continuación: "resultó que se había producido un cambio en el clima intelectual y que estaban de moda la construcción de modelos y las generalizaciones abstractas... la teoría general de los sistemas no estaba tan



aislada, ni era una idiosincrasia personal... sino que correspondía a una tendencia del pensamiento moderno" (1968, p.93). Donde las construcciones teóricas interdisciplinarias introdujeron nuevos modelos conceptuales para ampliar la visión del mundo del pensamiento científico.

De acuerdo con Hall y Fagen (1956, p. 81) la definición de un sistema "es un conjunto de objetos, así como de relaciones entre los objetos y sus atributos", el cual tiene propiedades y funciones distintas a sus componentes, relaciones y atributos. Se entiende por objetos como las partes que componen al sistema, los atributos son las propiedades de los objetos, su definición, su organización y las relaciones son las que se visualiza un sistema en su totalidad. El sistema se encuentra en un ambiente, que a su vez influye en los objetos y atributos del sistema y de su comportamiento. Los principios propuestos por la Teoría general de los sistemas son (Friedenberg, 1989):

- a) *Sistema cerrado*, es aquel que no intercambia materia, o información con su ambiente. El sistema abierto es aquel que intercambia materia, energía o información con su ambiente, que a la vez la entrada de información modifica al sistema. Todo organismo vivo se considera un sistema abierto.
- b) *Totalidad o no sumatividad*. El sistema es más que la suma de sus partes, ya que cada parte están interconectadas.
- c) *Circularidad*, se refiere a la interacción de los seres vivos en contraposición a la causa y efecto, donde la interconexión entre los componentes del sistema y de éste con su ambiente, no hay causas lineales sino circularidad.
- d) *Equifinalidad*. Es un principio que afirma que se puede lograr un mismo resultado con diferentes condiciones iniciales.
- e) *Organización*. Se organiza como sistema y lo define en su totalidad (no sumatividad).

La teoría general de los sistemas fue un nuevo paradigma de explicación y una forma de pensar que se permeó en la psiquiatría y la clínica. Los problemas dejaron de ser situados en el individuo y se amplió la visión del mismo, se empezó a ver el problema como parte de un



sistema. En consecuencia surgieron diferentes modelos de la terapia familiar que a su vez se basaron en la cibernética.

1.2 Cibernética

Los terapeutas familiares encontraron en la cibernética junto a la TGS el lenguaje que necesitaban para explicar la interacción humana, dejando a un lado las teorías psicoanalíticas (Bertrando, 2011). En 1942 la Fundación Josiah Macy Jr. financió la primera de una serie de conferencias conocidas como las conferencias de Macy. El primer trabajo presentado fue el de Arturo Resenblueth, Norber Wiener y Julian Bigelow acerca de los procesos de retroalimentación en un sistema y su acción correctiva como modo de regulación, aplicado a unidades orgánicas e interacciones como conductas intencionadas (Vargas, 2004).

La cibernética es una ciencia de pauta y organización de los procesos físicos y mentales que tienden a la autorregulación en los sistemas. La idea principal es la *retroalimentación* (feedback), que Wiener define como un método de control para el sistema, y es el resultado del mensaje que recibe un sistema y que regresa a su emisor con alguna modificación. Si la información de la retroalimentación es simple, entonces el mensaje sirve para que el sistema se evalúe y regule. En cambio, si la retroalimentación de desempeño anterior modifica la pauta, entonces se obtiene un proceso de aprendizaje (Bertrando y Toffanetti, 2004; Keeney, 1994). Al primer tipo de retroalimentación que genera procesos de estabilidad en el sistema se le llamó “*homeostasis*”.

Las aportaciones de la cibernética permitieron a los clínicos pasar de lo intrapsíquico a lo relacional, enfocándose en el ambiente del individuo y las relaciones para explicar su comportamiento (Bertrando y Toffanetti, 2004).

1.3 Gregory Bateson

Bateson fue un antropólogo interesado en la biología y las ciencias sociales, junto a Margaret Mead se une a las conferencias Macys, espacio de contribución al pensamiento sistémico y cibernético. Su acercamiento con la psiquiatría y clínica inició con el psiquiatra Ruesch Jurguen con quien escribe el libro “*Communication: the social matrix of psychiatry*” en 1951



donde utiliza por primera vez los conceptos de cibernética aplicados a la psiquiatría y el comportamiento humano. Posteriormente, utiliza la filosofía de Russell para explicar mensajes de diferente categoría en el comportamiento de la comunicación entre animales, así explica que hay mensajes de otro nivel que anulan otros mensajes y que evidencian un juego del comportamiento (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1952 reúne un equipo multidisciplinario, con John Weakland, William Fry y Jay Haley. Sus estudios inician con la comunicación ambigua, los mensajes y los metamensajes. Se enfocan en los pacientes con esquizofrenia, pues habían observado que estos pacientes tienen una comunicación confusa y, se caracterizan por no identificar los mensajes que marcan el contexto. Bateson categoriza los mensajes como *análogicos*, aquellos que califican el contexto a través de comunicación no verbal, y mensajes digitales, a los que indican números y contenido.

En 1954, Don Jackson comienza a reunirse con el grupo Bateson, y se enfocan en la clínica y la terapia, retomando la comunicación en el paciente con esquizofrenia, se convierte en consultor y aporta sus estudios de la sistémica de la homeostasis en la familia. Asimismo, Bateson había mandado a Haley y Weakland a estudiar las técnicas de Milton Erickson, cuya influencia se hizo notar posteriormente, en especial en Haley que después desarrollará su propio modelo de intervención sistémica (Hoffman, 1987).

En 1956, el grupo Bateson presenta el artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, una teoría de las relaciones y la comunicación humana en contextos donde los mensajes de diferentes niveles son contradictorios, que llamaron la teoría del doble vínculo. Los estudios con las familias en el campo de la psiquiatría permitió continuar con los estudios de la comunicación desde un enfoque sistémico y cibernético. Sin embargo, el grupo comienza a escidirse cuando Haley muestra interés por las relaciones de poder en la familia para establecer jerarquías dentro de la familia vista como sistema. Bateson mostró preocupación hacia lo anterior y vio riesgoso introducir la metáfora del poder, y con su espíritu de investigación por diferentes campos, se retira del estudio de la psiquiatría para la etología (Bertrando y Toffanetti, 2004).



Sin embargo, sus ideas se mantienen presente en el campo de las ciencias sociales y psicología, fueron base para desarrollar teorías con el enfoque sistémico y cibernético, que posteriormente se utilizarían en la terapia familiar. Hasta la fecha, Bateson es considerado uno de los pioneros más influyentes y reconocidos; su curiosidad y forma de aprender a aprender, de conocer y de buscar la pauta que conecta, así como de compartir su visión, lo posicionó entre los terapeutas familiares como el personaje representante del pensamiento sistémico.

1.4 Modelo ecológico de Bronfrenbrenner

La propuesta de Bronfrenbrenner, consiste en situar el desarrollo de la persona como consecuencia del ambiente y de la relación que estos ambientes tienen en un contexto más amplio u otros contextos, que tienen influencia sobre los primeros. A continuación se explican los subsistemas de influencia en el desarrollo individual (Bronfrenbrenner, 1977):

- a) **Microsistema:** Es el subsistema más cercano al individuo con el que interactúa en su día a día (su casa, trabajo, familia, amistades).
- b) **Mesosistema:** Es un sistema de microsistemas con los que la persona interactúa (familia y trabajo, hogar y vida social), este va creciendo de acuerdo a los subsistemas con los que la persona va haciendo contacto o incluyendo en su vida.
- c) **Exosistema:** La persona no tiene contacto directo con este sistema, sin embargo, este nivel tiene influencia en el resto de los subsistemas en los que la persona participa (amistades de la pareja, trabajo de los padres, familia del jefe, etc.)
- d) **Macrosistema:** Se refiere a la cultura en la que se desenvuelven todos los individuos de una sociedad. Aunque el individuo no tiene relación directa con este subsistema si se ve afectado por los problemas que se engloban en este nivel, como la pobreza, desempleo, etc.

Este paradigma se introdujo a la psicología en la década de los 70, en su inicio causó extrañeza que la psicología pasara de explicaciones individuales a explicaciones que sugieren de la relación e influencia que los subsistemas del modelo ecológico tiene en el desarrollo de



las personas. Abre la posibilidad de mantener la mirada en los contextos y no sólo en la tendencia en las explicaciones de las relaciones interpersonales o intrapsíquicas del individuo.

1.5 Milton Erickson

Erickson es reconocido por su ingenio y creatividad por cualquier escuela de terapeutas. Como terapeuta aplicó distintas técnicas hipnóticas y sugería directivas para influir en las personas, a través de las palabras, la entonación, mirada y el uso de movimientos corporales, es decir, trascendió la hipnosis como ritual para convertirla en un estilo de comunicación. En el tiempo que Haley estuvo estudiando con Erickson, hizo una descripción de sus técnicas (Véase Tabla 2.1, Haley, 2003).

Tabla 2.1:
Técnicas basadas en la hipnosis de Erickson

Técnica	Descripción
Aliento de la resistencia	Se toma la resistencia de la persona como una forma de cooperación.
Ofrecimiento de una alternativa peor	Se ofrece a la persona algo que no encuentre viable, de tal manera que pareciera que se le dirige hacia una dirección cuando sólo queda una opción más viable.
Determinación de un cambio mediante comunicación metafórica	Se utilizan metáforas, analogías, parábolas y otras formas de relacionar A y B de manera verbal o no verbal.
Aliento de la recaída	Cuando la persona avanza muy rápido Erickson le pedía que regresara y se sintiera tan mal como antes.
Frustración de una respuesta para alentarla	Cuando la persona no coopera, se le pide al sujeto que se comporte de cierta forma y cuando empiece a hacerlo se le impide que lo haga.
El empleo del espacio y la posición	Se utiliza la percepción del sujeto del espacio y tiempo para que surjan experiencias subjetivas.
Énfasis en lo positivo	Re encuadrar como positivo lo que la gente hace.



Técnica	Descripción
Siembra de ideas	Se va destacando ciertas ideas para retomarlas posteriormente y construir algo sobre ellas.
Ampliación de la desviación	Iniciar con una meta pequeña e irla ampliando hasta lograr una meta más grande.
Amnesia y control de la información	Separa a los miembros de la familia para controlar el flujo de información e ideas.
Despertar y desenganche	Desenganche de la familia para que la persona viva una vida propia.
Evitación de la exploración de sí mismo	Se promueve el cambio en vez de alentar preguntas dirigidas al “por qué”.

Erickson se considera un terapeuta influyente en la epistemología del cambio, pues a pesar de no ser teórico, su práctica en la terapia difería de la práctica psicoanalítica. Sus técnicas tenían como objetivo obtener un resultado y cambio en los pacientes. Además deja a un lado la idea de que el insight es el proceso terapéutico y que en el pasado se encuentra la clave, por lo cual sitúa sus intervenciones en el presente y las orienta hacia el futuro como una forma de presuponer el cambio e influir sobre la conducta no deseada. Por otro lado, se enfoca en los recursos de los pacientes, pensando que ellos tenían la respuesta a su problema. Dicha visión de la terapia rompe con esquemas intrapsíquicos donde no se procuraba un cambio, y mucho menos se consideraba que la persona tenía los recursos para solucionar su problema. Fue un terapeuta intuitivo, experto en el lenguaje y en introducirse en la lógica de las personas, en vez de hacer encajar a las personas en teorías enfocadas en el pasado.

Varios modelos han estudiado las técnicas de Erickson para incluirlas en sus intervenciones, como han sido el modelo estratégico de Haley (2003) y el modelo orientado a las soluciones de Shazer y O’Hanlon, entre otros.



1.6 Pragmática de la comunicación humana

Después de la separación del grupo de Bateson, Jackson forma en 1959 el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, con el objetivo de estudiar la terapia familiar. En 1967, el equipo conformado por Watzlawick, Beavin y Jackson publica la pragmática de la comunicación, una teoría aplicada a las relaciones interpersonales (Bertrando y Toffanetti, 2004).

La teoría se convierte en herramienta para los terapeutas familiares, como una forma de observar las puntuaciones y calificación de las relaciones entre los que participan en la comunicación. Para entender el comportamiento humano desde la pragmática de la comunicación se expusieron axiomas de la comunicación y de la comunicación patológica en la interacción, ambos se muestran en el Tabla 2.2 (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002):

Tabla 2.2
Axiomas de la comunicación y la patología de la misma

Axioma	Descripción y comunicación patológica
1. No es posible no comunicar	Toda conducta es comunicación, cuando se niega o no se acepta la comunicación se entra en una patología, donde la persona queda atrapada en la interacción y su intento por negarla.
2. Tiene dos niveles: referencial y connativo.	El referencial: es la información que se comunica mientras, el connativo: indica cómo debe leerse y establece las reglas de la relación (tipo lógico superior). La patología se presenta cuando hay una incongruencia en estos dos niveles.
3. Puntuación	La naturaleza de una relación depende de la puntuación de secuencias de la comunicación en los participantes, la patología se presenta cuando la puntuación es desigual por falta de información o se entra en un juego de puntuar con el interés de conocer la causa y efecto.



Axioma	Descripción y comunicación patológica
4. Mensaje en dos formas digital y analógico	La comunicación puede ser digital (bits, contenido) o analógica (lo no verbal), la incongruencia entre lo analógico y digital en el mensaje, así como, errores de traducción forman la patología en la comunicación.
5. Intercambios simétricos o complementarios	Todos los intercambios de la comunicación son simétricos o complementarios, los primeros son basados en la igualdad y los segundos en la diferencia. La patología se presenta cuando la relación simétrica entra en competencia y descalificación, mientras en la complementaria se nulifique la participación del otro. Asimismo, la rigidez en cualquier uso de esta comunicación en una relación que lleva a la patología.

Con la publicación de la pragmática de la comunicación humana, Watzlawick, Beavin y Jackson se convirtieron en los primeros en plantear una teoría enfocada a la terapia con principios sistémicos, resultado de las investigaciones del grupo de Bateson. No obstante, Bateson fue uno de los más fuertes críticos de la teoría de comunicación humana y calificó su pragmática de reduccionista de las ideas sistémicas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

1.7 Cibernética de los sistemas observantes

La cibernética, para su estudio, se divide en dos momentos. El primero, la cibernética que posteriormente se le llamó *de primer orden*, que comprende el estudio de la retroalimentación negativa que disminuye la desviación en un sistema, y la segunda cibernética que estudia la retroalimentación positiva que aumenta la desviación. Al segundo momento se le llama, *la cibernética de segundo orden* (cibernética de la cibernética) o sistemas observantes que Von Foerster explica con el ejemplo: hay que tener un cerebro para estudiar el cerebro, por lo que hay que dar cuenta de la propia actividad de quien observa (Foerster, 1999; Hoffman, 1989).



La cibernética de segundo orden se enfoca en el observador mismo, a quien explica el sistema observado, con sus propios esquemas de pensamiento y marcos de referencia. Por lo cual, para los terapeutas familiares también es un estudio de la autoreferencia.

1.8 Constructivismo

El constructivismo se basa en la premisa de que no es posible, para ninguna ciencia, ofrecer una explicación “verdadera” o “absoluta” de la realidad o sobre su objeto de estudio, ya que la realidad está influenciada por el observador o el investigador que explica el fenómeno o la realidad. En el constructivismo “No existe una sola realidad, sino tantas realidades como puntos de observación e instrumentos empleados para observar” (Nardone & Watzlawick, 1990, pp.34).

El constructivismo fue propuesto por Ernst von Glasersfeld (1996) en “Aspectos del constructivismo radical” en el que explica sus principios:

1. El conocimiento no es recibido pasivamente por los sentidos o por la comunicación, sino que es construido activamente por la cognición del sujeto.
2. La función cognitiva es adaptativa y sirve para organizar las experiencias del sujeto, no para descubrir una verdad objetiva.

La frase de Korzybski “el mapa no es el territorio” explica que los mapas no representan la realidad, es discutida por el constructivismo y replanteada a “el mapa es el territorio”, ya que sólo podemos tener trazos de los mapas, y tener acceso a ellos, pues no hay un territorio como real, y esa es la realidad construida. Los constructivistas proponen que los conceptos están determinados por las percepciones, resultado de la interacción de las personas con su medio ambiente. Es decir, la realidad es algo que se construye por quien observa, por lo tanto, cada sujeto ve una realidad diferente, negando la existencia de la “realidad objetiva”, en el constructivismo sólo es posible obtener representaciones de la realidad de acuerdo con los sistemas cognoscitivos del sujeto que construye (Freidberg, 1989; Nardone & Watzlawick, 1990; von Glasersfeld, 1996).



1.9 Construccionismo social

Durante el siglo XX la visión modernista fue predominante en el área del conocimiento, y supone que hay una realidad que es ajena al observador, que a través de métodos objetivos se puede conocerla (Tarragona, 1999). Sin embargo, la creciente consciencia de multiplicidad de perspectivas en el arte, la ciencia, la tecnología, política, entre otras esferas, cuestionan y relativizan la idea de una realidad separada del observador y por ende de una realidad por conocer (Gergen, 1991).

Según Gergen (en Tarragona, 1999) la facilidad para tener contacto con otras personas en diferentes lugares del mundo y el acceso a la información con la tecnología; hacen posible estar en contacto con diferentes visiones y formas de vivir en el mundo. Por lo cual, las personas tienen la experiencia de que su visión coexiste con otras visiones, mostrando consciencia de que no hay una sola visión del mismo.

De acuerdo con Gergen y Warhus (2001) el construccionismo social del comportamiento no se deriva de la observación sino del proceso mismo del conocer. Abandona la necesidad de tener una comprensión exacta y objetiva pues todo conocimiento es una construcción dentro de una cultura. Asimismo, el construccionismo social no privilegia una voz sino una multiplicidad de voces, ya que las personas pueden diferir en creencias y en conceptos básicos. Por lo cual no hay una sólo idea sino una diversidad de ideas según los procesos que tienen las personas de conocer y construir conocimiento.

El planteamiento fundamental del construccionismo social, es que no hay realidad al menos que socialmente se consense que así lo es. Por lo que, reconsidera todo lo que pensamos como cierto, de lo que se sabe acerca del conocimiento y de sí mismos. En el lenguaje se generan los diálogos por medio de los cuales se llega a los consensos de lo que es considerado real.

Para concluir, la terapia familiar, según Bertrando y Toffanetti (2004), se fue consolidando a partir de los nuevos paradigmas que provenían de disciplinas fuera de la clínica; de la confluencia con la psiquiatría que se movió de explicaciones reduccionistas e introdujo a la



familia en la práctica; de la consultoría como movimientos en Estados Unidos; y la terapia de pareja. Pero en la terapia familiar no se construye una metodología exclusiva, sino diferentes modelos teóricos y técnicas. En el siguiente apartado se explican los modelos que fueron utilizados en los casos que se analizan en el presente trabajo, y el tema que sustenta el mismo.

2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna que sustentan el trabajo

El desarrollo de la terapia familiar (Véase Tabla 2.3) se enriqueció y expandió debido a que sus precursores intercambiaron estudios y observaciones clínicas como parte de un ejercicio de investigación y desarrollaron nuevas estrategias de intervención. Este intercambio se da principalmente en el Family Process, revista que se publicó por primera vez en 1962 (Bertrando y Toffanetti, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Tabla 2.3
Precursores y sus aportaciones en los inicios de la Terapia Familiar

Precursores	Aportaciones
John Bell 1950	Trabajó en la clínica de Clark. Fue de los primeros en atender a toda la familia en forma conjunta.
Nathan Ackerman	Ackerman trabajó en psiquiatría infantil, creía que la interacción familiar generaba los problemas emocionales y vió a la familia como una unidad de evaluación y diagnóstico. En 1960 fundó el Family Institute en Nueva York que actualmente lleva su nombre, Ackerman Institute.
Theodore Lidz 1940-1949	De formación psicoanalítica, trabajó con familias de pacientes esquizofrénicos. Observó dificultades de la familia para definir los roles y desarrollar sus propias estructuras internas.



Precusores	Aportaciones
Lyman C. Wynne	<p>Médico de profesión, egresó de Harvard en 1948. Trabajó en el Masachusets General Hospital y en el Human Service of Wllesley, observó que las causas de la ulcera son en su mayoría generados por problemas familiares. Simpatizó con las ideas de Parson, de que la familia se comportaba como un sistema dentro de un sistema más amplio. Así como, aportó teorías referentes a la estructura familiar, su contexto y destrucción familiar. En 1971 fue jefe editor del Family Process.</p>
Murray Bowen	<p>Sus estudios se enfocaron en la simbiosis de la madre con el paciente. En su práctica clínica con pacientes con esquizofrenia incluyó a los pacientes y sus familias, observó que la terapia familiar conjunta generaba un mayor avance en los pacientes, a diferencia de los pacientes en terapia individual. Asimismo, consideró dentro de la terapia un modelo trigeracional. Bowen inició el primer programa de formación de terapeutas familiares y de pareja en 1956 en Georgetown University.</p>
Carl Whitaker	<p>Trabajó con pacientes con esquizofrenia. En 1946 incluyó en la terapia al cónyuge y a los hijos de los pacientes. Asimismo, fue de los primeros en incorporar a los abuelos en la terapia familiar. Fue uno de los primeros editores del Family Process. Utilizó en su práctica clínica la técnica del absurdo, siendo conocido como el más irreverente de los precursores de la terapia familiar.</p>
Equipo del Mental Research Institute (MRI)	<p>Don D. Jackson, Gregory Bateson, William F. Fry, Jay Haley, Robert E. Kanton, Jules Riskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick y John H. Weakland pertenecieron al grupo formado en Palo Alto, California.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Su objetivo se dedicó a estudiar a las familias formalizando la terapia familiar. - Introducen el uso del espejo unidireccional y el trabajo con el equipo durante la sesión con la familia. Lo cual construye al equipo terapéutico como un sistema que interviene como si hubiera un terapeuta. - Propone que el problema, al cual llamaron síntoma tiene una función en el sistema. - Se enfocaron en el “cómo sucede” en vez del “qué sucede”



Precusores	Aportaciones
Virginia Satir	En 1959 se une al MRI. Aportó el concepto de meta mensaje dentro de la interacción de la terapia familiar. Fue quien más popularizó la terapia familiar debido a sus intervenciones y calidez.
Salvador Minuchin y colaboradores	Minuchin trabajó en 1979 bajo la supervisión de Ackerman un proyecto llamado “La dinámica de las familias pobres”. Se dedicaron a observar problemas sociales, de pobreza, migración, laborales, entre otros temas que no resultaban ser problemas psicodinámicos. Minuchin fue director de la Philadelphia Child Guidance Clinic, donde trabajó con un grupo de familias con problemas psicosomáticos y de anorexia, desarrollando un modelo de intervención terapéutico que se conoce como “Terapia estructural”.
Robert McGregor y Agnes Ritchie	Utilizaron una técnica llamada de Impacto Múltiple, ya que un grupo de especialistas trabajó por varios días con familias con un miembro delincuente con el objetivo de producir un cambio.
Mara Selvini-Palazzoli y colaboradores	Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Guliana Prata y Gianfranco Cecchin, fundaron el Instituto de la familia en Milán. El grupo de Milán trabajó con jóvenes con anorexia y sus madres. Se dedicó a la investigación con la finalidad de conocer la etiogenesis de la anorexia y farmacodependencia.

2.1 Modelo Estructural

La terapia estructural aportó la visión de ver a la persona como un ser activo que responde a sus grupos sociales, con los cuales interactúa y experimenta elementos internos como externos que, de acuerdo a cómo se viven, éstos modificarían las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1979). De tal manera que Minuchin, representante del modelo estructural, logró introducir las cuestiones sociales en la terapia familiar a través del trabajo con familias del gueto en Nueva York que vivían discriminación, desempleo y otras vulnerabilidades sociales (Bertrando y Toffanetti, 2004; Desatnik, 2004).



Que Salvador Minuchin tuviera una visión social se refleja en su historia, pues es originario de Argentina, emigró a Estados Unidos en la década de los setenta. En 1979 trabajó junto a Edgar Auerswald bajo la supervisión de Ackerman en un proyecto llamado “La dinámica de las familias pobres”, juntos observaron problemas de pobreza, migración y demás situaciones en las familias explicados dentro de un contexto social que no resultaban ser conceptos psicodinámicos. Minuchin fué nombrado responsable del Child Guidance Clinic of Philadelphia donde trabajó con grupos de familias con problemas psicosomáticos y de anorexia junto a varios colaboradores y desarrolló su teoría y modelo que se llegó a conocer como “Terapia estructural” (Sánchez y Gutierrez, 2000; Desatnik, 2004).

Salvador Minuchin junto a Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Bernice Rosman, Fishman y Jay Haley se reunieron en un centro de entrenamiento de terapeutas en la búsqueda de estrategias que generaran un cambio en las familias a través de la reorganización de la estructura familiar (Desatnik, 2004).

El modelo estructural implicó ver el síntoma encuadrado en el resultado de una organización familiar que genera tensiones al sistema familiar y explorar cómo cada miembro de la familia responde en las interacciones y en distintos contextos.

Además propone que toda familia se enfrenta a distintos cambios internos y externos, y al ciclo de vida de la familia el cual influirá en los retos que cada miembro de la familia. Regularmente el síntoma es situado en un miembro que es visto como problema por la familia, lo cual terminará explicando la rigidez de la organización (homeostasis) y que el mismo sistema refuerce el síntoma (Minuchin, 1979).

☞ Estructura familiar

Minuchin (1979) señaló que “la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales” (p.86).

Según Minuchin (1979), la familia responde a dos objetivos:



Objetivo interno: proveer una protección psicosocial a sus miembros; y otro

Objetivo externo: apoyar a los miembros de la familia a desarrollar habilidades capaces de lograr una adaptación a la cultura.

De tal manera que cada familia para lograr dichos objetivos se organiza y estructura para cubrir sus funciones. *Los elementos de la estructura familiar* (Desatnik, 2004; Minuchin y Fishman, 1984) se mencionan a continuación:

- a) *Subsistema.* Son estructuras dentro del sistema que pueden ser formados por generación, función, intereses, género, etc. Minuchin contempla cinco holones: individual, conyugal, parental, fraterno y filial (Minuchin y Fishman, 1984). A través de los subsistemas la familia logra realizar sus funciones.
- b) *Límites.* Realizan la función de establecer las fronteras entre un subsistema y otro, lo cual también implica reglas. Estos límites pueden ser claros, difusos o rígidos.
- c) *Jerarquías.* Posición que toma un holón en las relaciones respecto a otro holón familiar.
- d) *Alianzas.* Es la unión entre dos o más personas que compete a un fin en común.
- e) *Coaliciones.* Es una alianza que se crea para oponerse a otro miembro del sistema.
- f) *Triangulación.* Un tercero entra para estabilizar la relación entre dos.
- g) *Configuración de la familia:* Familias de pas de deux, familias de tres generaciones, familias con soporte, familias acordeón, las familias cambiantes, familias huéspedes, familias con padrastro o madrastra, familias con un fantasma, familias descontroladas y familias psicósomáticas.

Además de los elementos anteriormente mencionados en una familia, Minuchin utilizaba el ciclo vital de la familia y el genograma como instrumentos para comprender la estructura familiar, y posteriormente re estructurar, para lo cual, seguía una metodología del proceso de intervención en la terapia, que de acuerdo con Minuchin (1974), el *sistema terapéutico* se forma a través de los siguientes movimientos y técnicas (Véase Tabla 2.4):



Tabla 2.4
Formación del sistema terapéutico de intervención del Modelo Estructural

Movimiento en el proceso	Formación del sistema terapéutico y su intervención
Unión y acomodamiento (joining)	En la terapia familiar es fundamental que el terapeuta acepte la organización y estilo de la familia y entre en sintonía ella. Debe experimentar las pautas transaccionales de la familia para posteriormente transformar al sistema familiar, tarea que el terapeuta sólo logrará si se ha incorporado al sistema familiar de modo sintónico.
Diagnóstico	Se formulan las hipótesis para las intervenciones, a la vez que se busca ampliar la manera en que la familia conceptualiza el problema en una sola persona. Las metas terapéuticas van dirigidas a toda la familia y no sólo al paciente identificado. El diagnóstico interaccional se logra recopilando información, el impacto que el terapeuta tenga sobre la familia es parte de la evaluación.
El contrato terapéutico	Es el acuerdo entre el terapeuta y la familia sobre la naturaleza del problema y de las metas terapéuticas. Puede ir cambiando conforme van avanzando las sesiones. Asimismo, se especifica la logística de la terapia.
Unión con los subsistemas	Consiste en una intervención donde el terapeuta crea alianza con algún miembro o subsistema de la familia. De acuerdo al subsistema con el que crea la alianza el terapeuta debe adecuarse a su lenguaje y pautas. El terapeuta podrá observar los cambios y re estructuración que el sistema tendrá que realizar para recibir el impacto de la alianza del terapeuta. Asimismo, se podrán observar la forma en que funcionan los subsistemas en distintos contextos.
Unión y reestructuración	Para que se logren las metas terapéuticas en necesaria una re estructuración en la familia. El terapeuta debe tener buena sintonía con el sistema para realizar los cambios de re estructuración, de otra manera la familia rechazará dichas intervenciones.

En el modelo estructural, el rol del terapeuta es trabajar con las observaciones de las distintas estructuras y de cómo las familias realizan sus funciones. De acuerdo con la flexibilidad al cambio de la familia, su ciclo vital y su configuración, el terapeuta formula hipótesis iniciales,



las cuales tendrán que ser sometidas a prueba constantemente en la coparticipación (Minuchin y Fishman, 1984), para lo cual puede hacer uso de algunas técnicas que cuestionen el sistema.

☞ **Técnicas del modelo estructural**

Cuando una familia llega a terapia, el terapeuta tiene dos tareas, debe lograr adaptarse en sintonía con la familia y formar un sistema terapéutico sin verse absorbido por el mismo; además de colocarse en una posición de liderazgo que le permita libertad de movimiento y maniobra para intervenir en función de los objetivos terapéuticos (Minuchin, 1979). Para lo anterior, se utiliza la técnica de *coparticipación (joining)* que es “danzar con la familia” experimentando sus pautas interaccionales para posteriormente transformar al sistema familiar (Minuchin y Fishman, 1984).

Minuchin y Fishman (1984) plantean *tres objetivos en la terapia*:

1. Cuestionamiento del síntoma
2. Cuestionamiento de la estructura familiar y
3. Cuestionamiento de la realidad familiar

El *cuestionamiento del síntoma* (Véase Tabla 2.5), evidencia el problema como parte de un síntoma dentro de la organización familiar. Por lo cual el terapeuta puede señalarlo durante sesión, darle un enfoque distinto, o introducir ansiedad ante la presentación del síntoma.

Tabla 2.5
Técnicas que tienen como objetivo el cuestionamiento del síntoma

Nombre de la técnica	Descripción de la técnica
Re encuadramiento	Las personas llegan estereotipadas por la propia familia como quien tiene el problema, ésta técnica coloca al síntoma y al paciente identificado como el resultado de una estructura familiar y re encuadra la solución en el sistema.



Nombre de la técnica	Descripción de la técnica
Escenificación	El terapeuta promueve que las interacciones ocurran en la consulta para presenciarlas como las vive la familia. Se puede dar provocando interacciones espontáneas, generando estrés y presión a la familia y alentando interacciones alternativas a las habituales en las familias.
Enfoque	El terapeuta seleccionará la información que va recibiendo en sesión para organizarla en un esquema terapéutico que promueva el cambio.
Intensidad	Consiste en que el terapeuta produzca estrés en la familia para que utilice sus recursos y se reacomode ante diferentes situaciones. Se puede lograr a través de la repetición del mensaje del contenido, de las interacciones isomórficas en la estructura familiar, la utilización del tiempo para mantener una interacción, distanciar interacciones que se centralizan en una persona y resistir ante la presión de la familia.

El *cuestionamiento de la estructura familiar* (Véase Tabla 2.6) opta por reorganizar la estructura, a través de que el terapeuta establezca fronteras en los subsistemas, proponga una nueva función o rol de los integrantes y las interacciones respondan a una jerarquía y a la vez a la complementariedad del problema.

Tabla 2.6

Técnicas que tienen como objetivo el cuestionamiento de la estructura familiar

Nombre de la técnica	Descripción de la técnica
Fijación de fronteras	Su propósito es regular la permeabilidad de éstas entre los holones, y pueden estar dirigidas a que se realice distanciamiento psicológico entre los miembros de familia y a la duración de la interacción dentro de un holón.
Desequilibramiento	Desde que el terapeuta entra al sistema cambia la relación jerárquica entre los miembros de un subsistema. Se requiere de ignorar o aliarse con un miembro, aliarse alternadamente y formar coaliciones.



Nombre de la técnica	Descripción de la técnica
Complementariedad	Se cuestiona el pensamiento planteado en una linealidad causal y la visión de que el problema reside en una sola persona, el terapeuta puede utilizar su experiencia, frases o paradojas.

La familia tiene sus propios esquemas de creencias que junto a su estructura la organizan y sustentan. Por lo cual, *cuestionar la realidad familiar* (Véase Tabla 2.7) es una forma de intervención en la que el terapeuta invita a la familia a introducir visiones distintas a las que rigen su funcionamiento, a través de las representaciones de realidades o de esquemas de referencia que generen cambios.

Tabla 2.7
Técnicas que tienen como objetivo el cuestionamiento de la realidad familiar

Nombre de la técnica	Descripción de la técnica
Realidades	Es una invitación del terapeuta a los miembros de la familia a tener otras perspectivas del mundo y por consiguiente de su familia.
Construcciones	La familia decide explicar su realidad a través de un marco de referencia preferencial. La técnica puede hacer uso de los símbolos universales, de las verdades familiares y de consejos especializados.
Paradojas	Es un mensaje que lleva dos sentidos simultáneamente para generar el cambio. Estas paradojas pueden estar basadas en la aceptación, ser un coro griego o una paradoja sistémica.
Los lados Fuertes	El terapeuta puede enfocar sus intervenciones a que la familia visualice sus recursos, cuestionando la visión negativa de la familia y principalmente la percepción de patología que conceptualiza la familia de sus miembros.



La sintonía del terapeuta con la familia (joining) es muy importante pues es lo que dará apertura a que la familia acepte las intervenciones, por lo cual Minuchin también hacía uso del humor. Asimismo, habrá ocasiones en que la familia necesitará apoyo, educación y guía, o que se le modele las funciones desempeñadas débilmente, que aunque no son propiamente técnicas de cuestionamiento a la familia, responden a su demanda para proveer bienestar a sus integrantes y facilitar la adaptación a su contexto social.

☞ **El Modelo estructural en la actualidad**

El modelo normativo de la terapia estructural brinda un marco de intervención muy claro, pues define los límites de la funcionalidad en una familia, el terapeuta ha de encontrar la desviación en la familia y acercarla a este modelo normativo (Hoffman, 1987). En consulta, la idiosincrasia de la familia y del terapeuta, y la personalidad de este último dan como resultado un estilo de sesión. La experiencia cotidiana de la familia aporta el contenido de la sesión, y la observación de la familia refleja su estructura (Minuchin, 1979).

Minuchin (2011), después de varios años de experiencia ha modificado su proceder en los siguientes cuatro pasos para la evaluación e intervención terapéutica:

- a) *Abrir el motivo de consulta.* Cuestionar que el problema sea de uno, re encuadramiento, enfocar en competencias y explorar: síntoma, contexto, dificultades.
- b) *Señalar las interacciones que mantienen el problema.* Explorar pautas que puedan estar perpetuando el problema.
- c) *Exploración del pasado centrada en la estructura.* Exploración breve del pasado de cada miembro de la familia.
- d) *Exploración de nuevas formas de relacionarse.* Descubrir con las familias una forma nueva y útil de comprender sus dilemas y explorar los recursos para sanar.

Las nuevas aportaciones de Minuchin (2011) a su enfoque que limitaban el modelo como en un inicio se planteó son: no perder de vista la construcción de la realidad que hacen las



personas a través de sus historias y pasado, reconocer la individualidad y no caer en la linealidad sobre las familias, pero mantener la posición de experto, respetando el no encuadrar a la familia en el modelo, sino el modelo para la familia.

☞ Conclusiones y consideraciones finales

El modelo estructural tiene valiosas aportaciones ya que, plantea que el síntoma tiene una finalidad en el sistema familiar y no es inherente al paciente identificado. Asimismo, tiene la sensibilidad de observar los problemas sociales en el contexto en que vive la familia.

Su marco teórico permite reencuadrar las complejidades de los sistemas en el área familiar y contempla un sistema terapéutico, el cual incluye al terapeuta, formando un sistema al servicio del cambio para el bienestar de la familia. Lo anterior, ofrece al terapeuta tener objetivos claros y una ruta de intervención, un repertorio de técnicas y estrategias a seguir.

Por las peculiaridades del modelo, las intervenciones a pesar de ser extensas también se ven limitadas en función de reestructura y reorganización de las pautas de interacción. En cambio, deja fuera el trabajo personal dirigido a metas de crecimiento personal o de autoconocimiento, al menos que se encuadren dentro de las interacciones.

2.2 Modelo sistémico relacional de Milán

Mara Selvini Palazzoli de orientación psiconalista y reconocida por su trabajo con jóvenes con anorexia, se introduce en el campo de la terapia familiar a finales de los sesenta a través de lecturas, y en especial, al hacer un viaje a Estados Unidos invitada por James Framo. En 1967 abre el Centro para el estudio de la familia y reúne a 8 profesionales de orientación psicoanalítica para tratar a niños de casos "difíciles" (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988). Mara Selvini considera la posibilidad de aplicar la terapia familiar sistémica en el Centro, pues no estaba del todo satisfecha con los resultados hasta ese momento obtenidos con las familias. Sin embargo, no todos en el grupo estaban dispuestos a probar las intervenciones



sistémicas.

En 1971, Mara Selvini Palazzoli forma un segundo equipo conformado por ella, Boscolo Luigi, Prata Giuliana y Cecchin Gianfranco. El equipo estudia la cibernética y la pragmática de la comunicación humana y se dedica a la atención de casos de bulimia, anorexia y esquizofrenia, consolidándose como el *Centro para el Estudio de la Familia* bajo un marco sistémico (Boscolo, et. al, 1987).

El grupo recién conformado, tuvo una etapa de postura estratégica, influenciada por los principios del Mental Research Institute (MRI), en 1975 publican "Paradoja y contraparadoja". En ese libro, el equipo muestra las investigaciones realizadas a familias con algún integrante con trastornos psiquiátricos, y expone teorías de las relaciones familiares pero utiliza un lenguaje de "batalla". En sus inicios, la idea central de la familia era entendida como un "sistema autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores" por lo que la patología es vista como juegos relacionales de las reglas que se van formando en el sistema, las cuales ejercen una fuerza para mantener el equilibrio y homeostasis (Selvini, et. al, 1988). La paradoja es descrita como parte de estos juegos, basada en el doble vínculo y en relaciones de poder. En cambio, la "contraparadoja" se vuelve la estrategia para interrumpir los juegos familiares (Bertrando y Toffenati, 2004; Boscolo, et. al, 1987). Según Bertrando y Toffanetti (2004), la teoría del equipo de Milán no era tan innovadora, pero lo que distinguió su trabajo fue la metodología de intervención: el equipo terapéutico, la estructura e intervalos de las sesiones y las técnicas utilizadas (connotaciones positivas y rituales).

En el caso del equipo terapéutico las intervenciones eran parte de un pensamiento en conjunto para detener el síntoma, a sesión entraba una terapeuta mujer y un hombre, y dos terapeutas más como equipo tras el espejo unidireccional. Cada sesión era dividida en cinco momentos y tenía un tiempo mayor a una hora. Estas fases se describen a continuación:

- a) *Pre sesión*: el equipo discute los antecedentes del caso o información previa, para preparar la primera entrevista.
- b) *Sesión*: Los terapeutas entran a la entrevista con la familia en el espejo unidireccional,



la sesión consiste hacer circular la información a través de preguntas. Sin embargo, el resto del equipo también puede participar interrumpiendo la sesión y haciendo preguntas que surgen detrás del espejo.

- c) *Pausa para la discusión de la sesión:* los terapeutas se reúnen con el resto del equipo, la familia toma una pausa. El equipo analiza de forma conjunta y concluye qué mensaje final dar a la familia.
- d) *Conclusión de la sesión:* Los terapeutas pasan el mensaje del equipo a la familia, el cual puede ser comentarios, prescripciones, preguntas o rituales.
- e) *Post sesión:* la familia se retira, el equipo discute acerca de las reacciones de la familia o últimas impresiones.

Durante la mayor parte de la década de 1970, el grupo actuó como equipo terapéutico, con sesiones divididas en cinco movimientos y con un intervalo de un mes entre sesión y sesión. El mensaje final o cierre de la entrevista era muy importante pues rompía con el juego de la familia, para lo cual el equipo recurría a diferentes técnicas, según se observan en la Tabla 2.8, que fueron de gran aportación para las intervenciones que los terapeutas familiares podían emplear en las entrevistas.

Tabla 2.8:
Técnicas de intervención para romper con los juegos familiares

Nombre de la técnica	Descripción de la técnica
Connotación positiva	Es una forma de dar un sentido lógico positivo a la serie de comportamientos incluido el síntoma, es decir, a la tendencia del sistema a autorregulación, reduciendo su resistencia al cambio. La connotación positiva se utiliza a partir de que el grupo se da cuenta que al utilizar la "pre descripción del síntoma" (técnica del MRI) se incitaba al síntoma, generando una separación entre los miembros de la familia impidiendo al terapeuta ver a la familia o sistema como una unidad (Selvini, et. al, 1988).



Nombre de la técnica	Descripción de la técnica
Rituales	Se utilizan para interrumpir los juegos familiares, introduciendo la temporalidad en las familias. Los rituales dictan los roles, reglas que hay que seguir y que son alimentados por algún mito familiar. Dichos mitos son adoptados por las familias y se vuelven incuestionables. El uso de los ritos consistió en indicar a la familia distintos juegos para cuestionar los mitos familiares, introduciendo tiempo, ruptura en la pauta y un papel que desempeñar en relación al mito, para cada miembro en la familia (Rodríguez, 2004; Selvini, et. al, 1988).
Interrogatorio circular	Es un tipo de entrevista que retoma el principio de circularidad, utiliza las preguntas para conectar una diada con un tercer elemento y viceversa. Su objetivo es generar información sobre las relaciones y conexiones que hay en el sistema familiar. Además de poner foco en las diferencias dentro del sistema. Sin embargo, no sólo el interrogatorio circular puede generar este tipo de intervención. Las preguntas conocidas como <i>reflexivas</i> también generan un input en la familia y sirven como intervención misma. Las preguntas pueden ser <i>orientadas al futuro, preguntas desde la perspectiva del observador, de cambio de contexto, con alguna sugerencia incluida, de comparación, de distinción, preguntas para introducir hipótesis o de interrupción del proceso</i> , por mencionar algunas (Cecchin, 1989; Tomm, 1987).

Posterior a la publicación de Bateson en 1972 de "Pasos hacia una ecología de la mente", el equipo se enriqueció con la epistemología de la cibernética que plantea, e integra elementos de una visión sistémica que dejan atrás la postura estratégica. En esta visión, *la familia* es pensada como un sistema evolutivo, con sus propios sistemas de significados y por lo tanto con su propia epistemología que construye premisas familiares, las cuales se pueden identificar en el discurso de sus integrantes. Asimismo, introduce un elemento que agrega



complejidad: un *marco temporal* (tiempo presente, pasado y futuro). Por lo mismo, el *papel del terapeuta* ("en batalla" con la familia) cambia, pues ya no busca descubrir los juegos de la familia, ahora desarrolla un contexto para que los integrantes analicen y revisen sus propias premisas y encuentren soluciones al problema. Además, el *problema* se conceptualiza como una incongruencia entre las premisas y el comportamiento que es motivo de consulta para la familia. Este cambio de visión fue dando reconocimiento al equipo de Selvini, el cual fue llamado "*Modelo de Milán*" (Bertrando y Toffanetti, 2004).

☞ Principios del Modelo de Milán

En 1980, Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, publican en el Family Process el artículo "Hypothesizing, circularity and neutrality". Este fue el último trabajo que realizaron juntos y es un artículo considerado histórico (Boscolo, et. al, 1987), en el cual el grupo de Milán explica la práctica clínica como un espacio donde el terapeuta utiliza tres principios: la hipotetización, la circularidad y la neutralidad, con el fin de generar información significativa (Selvinni, et.al, 1980). De acuerdo con Cecchin (1987), los tres principios están relacionados: la neutralidad favorece un contexto donde el terapeuta se mantiene como observador de las interacciones en el sistema, para poder generar varias hipótesis, mismas que guiaran la entrevista en una conversación circular.

- a) **Hipótesis:** En el modelo de Milán la hipótesis es un punto de partida para entrar a la entrevista, el terapeuta la construye a partir de la información que se va obteniendo de las entrevistas y de la relación que establece con la familia. El ejercicio de hipotetizar se convierte, más que en una búsqueda de una hipótesis verdadera para elaborar la pre escritura final, en una actividad experimental que se utiliza como input en el sistema y aunque sea rechazada por la familia tiene un efecto "negentrópico" en el sistema. La hipótesis es otra forma de puntuar y dar cuenta de los significados y organización del terapeuta sobre sus observaciones e información que se genera en las sesiones. Por lo tanto, cuando el terapeuta formula una hipótesis de la familia a partir de la observación, pasa a verificar su utilidad a través de



- preguntas, de resultar no válida se busca otra hipótesis que sea útil para el sistema. Sin embargo, la hipótesis que ha sido desechada arroja información significativa para la familia (Selvini, et. al., 1980).
- b) Circularidad:** Es la capacidad del terapeuta para conectar la información que va recibiendo de la retroalimentación y respuestas de la familia. Es una invitación para el terapeuta a pensar en relaciones, más que en hechos. Se fundamenta en que la información es la conexión de elementos que hacen una diferencia en un contexto; y la diferencia es el cambio (Selvini, et. al. 1980). La circularidad busca la relación entre dos personas que afectan a una tercera y ésta a la díada en el sistema, incluyendo al terapeuta (Rodríguez, 2004).
- c) Neutralidad:** Habla de la manera en que el terapeuta se posiciona con la familia. El terapeuta debe mantenerse en un nivel que le permita aliarse con cada uno de los miembros de la familia, a la vez que no hay una evidente alianza con alguno de ellos. Asimismo, es una invitación hacia el terapeuta de observar cualquier tendencia a privilegiar alguna relación o a establecer una coalición, y equilibrarlo (Selvini, et. al. 1980). Es decir, estar en un metanivel para tomar distintas posiciones en el sistema. Esta postura fue muy criticada por varios grupos, entre ellos, las feministas.

Después de 10 años juntos, Selvini y Prata continúan con el estudio de los casos en las familias, se centran en los *sistemas observados*, mientras Boscolo y Cecchin en los *sistemas observantes* y abren un grupo de formación de terapeutas, lo que los lleva a otro camino en el desarrollo del modelo (Resendiz, 2014). Selvini continúa los estudios de los juegos en las familias y junto a otro grupo propone lo que es conocido como los seis estadios del juego psicótico de la familia, donde surgen conceptos como el embrollo familiar y la intervención de una prescripción invariable. En cambio Cecchin y Boscolo regresan a la epistemología Batesoniana, además de ser influenciados por constructivistas como Maturana y Von Foerster, tomando otros principios para su intervención (estética del sistema). El Modelo vuelve a tomar otro giro donde es entendido como sistémico relacional, acercándose a la posmodernidad (Boscolo, et.al, 1987; Resendiz, 2014).



☞ **Modelo sistémico relacional de Milán**

Boscolo y Cecchin parten de la cibernética de los sistemas observantes y del constructivismo como teorías para hacer de la terapia una práctica en conjunto entre *terapeuta y familias*. El terapeuta se centra en las premisas de los integrantes de la familia, y en las propias (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Cecchin (1987) replantea el concepto de neutralidad y propone el principio de *curiosidad* en el artículo de “Hypotesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity”. El principio de neutralidad recibió varias críticas, en las que se señaló que los terapeutas no asumían responsabilidad o tenían una práctica no-política. En vez de tomar una neutralidad en el sistema, se puede optar por el estado de *curiosidad* junto con las técnicas que eran ya utilizadas por el Grupo de Milán.

- a) **Curiosidad:** Permite mantener la circularidad en el sistema terapéutico, para lo cual hay que evitar las descripciones lineales, ya que, en el tipo de pensamiento “causa y efecto” se tienden a cerrar las conversaciones que conducen a conocer las explicaciones y la epistemología de la familia. La curiosidad propone una postura donde el terapeuta pueda tomar diferentes puntuaciones, explicaciones y tener una visión de amplitud.
- b) **Estética del sistema y respeto:** Se refiere a desarrollar la sensibilidad de encontrar el patrón que conecta o la diversidad de patrones que conectan un sistema, en vez de buscar la mejor descripción o explicación más lógica ante el síntoma de la familia. Este principio mantiene la curiosidad en cómo cada una de las descripciones de los miembros de la familia se van tejiendo y conectando entre sí. Además muestra respeto hacia todas las conexiones pues reconoce en cada una de ellas una lógica, manteniendo una comprensión de que el sistema “hace lo que hace y que esta acción es la misma que lo hace”.
- c) **Hipotetización:** Es la técnica con la cual se mantiene la curiosidad y las explicaciones que pueden ofrecer una alternativa a la historia lineal o de dominancia en el diálogo.



El uso de metáforas es una buena forma de ofrecer hipótesis de los guiones de las familias. Cabe destacar que no se busca una hipótesis que lo explique todo o que sea vista como “verdadera” sino diferentes historias que rigen a la familia.

- d) Circularidad:** Se considera otra técnica para favorecer la curiosidad. Se puede hacer uso de las preguntas circulares, para identificar las creencias y premisas que para la familia son incuestionables, así como, ubicar el uso del verbo “Ser” que tiende a mantener una visión de verdadero e inamovible en las narrativas de la familia.

La hipotetización construye un contexto donde las preguntas circulares permiten la circularidad en las narrativas y da pie a más hipótesis. En cambio, si se cae en una circularidad que no promueve nuevas hipótesis, se ha perdido el estado de curiosidad. La curiosidad cuestiona las premisas familiares pero también las del terapeuta.

Modelo de complejidad

La complejidad en las familias es caracterizada por el entretrejimiento de distintos procesos. La complejidad es una invitación al terapeuta para ampliar su visión de los sistemas, a ver en forma de relaciones diádicas, a pensar en evolución o transformación y procesos, en mantener en cuenta los contextos y su interdependencia, y a seguir agregando elementos que puedan ser útiles en el entendimiento de las familias, de su identidad y de la diversidad de identidad de las familias contemporáneas (Resendiz, 2014).

La curiosidad, circularidad e hipotetización siguen siendo una práctica desde este modelo, se vuelven guías para que el terapeuta pueda seguir generando información, por lo que, lo mantiene activo en el sistema, introduciendo sus hipótesis en la conversación y estando atento a la retroalimentación. Es útil para que el terapeuta se conecte con el sistema sin ser absorbido por el mismo (Ugazio, 1985).

Para formular hipótesis, esta debe incluir tantos elementos de la familia como sea posible y las relaciones entre ellos. Las hipótesis dan una explicación relacional del entendimiento del



terapeuta de la conducta o síntoma de la familia, introduciendo tres o más elementos del sistema (Ugazio, 1985).

A continuación se mencionan algunos de los elementos significativos para el entendimiento de la familia y del sistema terapéutico en el modelo de complejidad:

- a) **Contexto.** De acuerdo con Cecchin (1987) basándose en las ideas de Bateson, se entiende que sólo en el contexto hay significado, es decir es la matriz de significados. Por otro lado, Bateson señalaba que el contexto debe ser entendido como método y no como objeto. En el contexto los individuos forman su identidad, se relacionan con otros, realizan distintas acciones y generan significados. El contexto no es algo estático, sino construido en los procesos simbólicos y relacionales (Fruggeri, 1998).
- b) **Procesos familiares.** Se pueden clasificar en 4 *procesos macros*: 1. *El proceso morfostático* que tiene la función de mantener y dar estabilidad a la familia. 2. *El proceso morfogenético*, que tiende a la evolución. 3. *La cohesión*, que mantiene como un núcleo a la familia. 4. *La autonomía* de sus miembros, para garantizar la individualidad de cada persona integrante de la familia.
Los procesos son entendidos como momentos de negociación, reestructuración u oscilación, entre los miembros. Asimismo, en la vida cotidiana se encuentran los *microprocesos*, que facilitan la interacción o relación en el día a día para resolver las demandas cotidianas (Resendiz, 2014).
- c) **Premisas y creencias.** Son puntuaciones que organizan o constituyen la lógica del sistema y que son influenciadas por la cultura. Se observan como una visión compartida entre los integrantes de las familias, que organizan las relaciones entre ellos (Resendiz, 2014).
- d) **Tiempos.** En Milán, la inclusión del tiempo como un proceso de constante cambio y los tipos de tiempos que pueden emerger en una familia son marcos con los cuales analizar un sistema. Boscolo y Bertrando (1996) ponen el foco en el tiempo *presente* como espacio para la acción y la experiencia inmediata de lo que sucede en la entrevista terapéutica. Estos autores proponen más que la visión de un tiempo lineal, un proceso del tiempo en forma de anillo reflexivo donde convergen pasado,



presente y futuro, en el presente. Sin embargo, no sólo toman en cuenta el tiempo pensado en cronología, sino el tiempo en dos ejes:

1. Sincrónico, que se constituye por los tiempos de cada individuo (su desarrollo, etapa, etc.), cultural (creencias respecto al tiempo, generaciones, etc.) y social (rutina, control, organización, etc.).
2. Diacrónico, que constituye el pasado, presente y futuro.

A su vez, el ámbito terapéutico tiene sus propios tiempos (Boscolo y Bertrando, 1996), donde coexisten los tiempos del terapeuta, de la familia, del equipo y de la institución.

- e) **Polaridades semánticas:** La familia construye un sistema de significados en las narrativas, y cada integrante construye una red de polaridades semánticas a través de las conversaciones y discursos que tienen relevancia para la familia. El individuo perteneciente a la familia construirá episodios con una trama compartida, con polaridades semánticas y narrativa que la retroalimentan. Las polaridades pueden ser diferencias entre los hermanos de una familia (Ejemplo: intelectual/deportista), entre padres e hijos (Ejemplo: religiosos/agnósticos). La polaridad se ubica en la identidad, por lo tanto es importante reconocer la posición de la persona en su red semántica, en las conversaciones y narrativas que construye (Ugazio, 2001).
- f) **Sistema de significados:** Según Ugazio (2001), los circuitos reflexivos son parte de la interacción social, donde la recursividad en la comunicación es una experiencia cotidiana en las relaciones en los cuales se puede observar la evolución y cambios. Ugazio señala que los sistemas de significados son resultados de circuitos armónicos e inextricables en las relaciones. Para lo cual explica, que hay dos fuerzas dentro de un contexto recursivo, la *fuerza contextual* (marcadora de un contexto y matriz de significados) y una *fuerza implicativa* (contenido). Señala que cuando ambas fuerzas se relacionan en recursividad en paridad se puede mantener un *circuito armónico*, ya que la fuerza implicativa no transforma la recursividad de la contextual y por lo tanto no suelen ser problemáticos. En cambio, cuando hay una fuerza implicativa que tiene



un impacto en los significados, ésta se podrá volver contextual y cambiar el significado en el circuito, generando así confusión, problema o dificultades, a éstos cambios los llamó *circuitos inextricables* que a partir de un *episodio* pueden generar cambios en la *relación*. Para que un episodio genere un circuito recursivos inextricable en la relación, la fuerza implicativa debe tener influencia en alguno de los diferentes niveles que jerarquizan los significados dentro del circuito reflexivo: *modelo cultural* (creencias culturales, historia y orden social), *Self social* (cómo significa los modelos sociales y su identidad a partir de un contexto social), *Self individual* (fuerza implicativa que empuja desde sus creencias, premisas, emociones, identidad, historia de vida, etc.).

Por último, de acuerdo con Resendiz (2014) cuando la familia solicita apoyo terapéutico regularmente se encuentra en un momento de transición, y se enfrenta a algunas condiciones que dificultan ese paso, para lo cual se toman en cuenta tres principios importantes para trabajar con la identidad familiar y el contexto clínico:

1. *Los organismos*, entendiendo a la familia como tal, tienen buenas razones para comportarse como se comportan. Por lo tanto hay que entender qué las mantiene funcionando antes de intentar cambiar algo.
2. *Identidad y continuidad*: Por cada parte que se cambie, es necesario que otra se mantenga.
3. Mientras más se *reconoce a la identidad de la familia y sus miembros*, más posibilidades tiene de avanzar. De igual manera, entre más juzgada se siente, tiene menos posibilidades de verse competente.

En sí, el trabajo terapéutico consiste en favorecer un contexto que permita a las familias construir una imagen de sí misma más competente y que amplíe las alternativas en las relaciones, historias, acciones y decisiones (Resendiz, 2014).



☞ Consideraciones finales

El modelo de Milán es un modelo reflexivo, que se autobserva y evoluciona. Para mí, es un modelo muy noble que tiene la apertura de reinventarse, de introducir elementos nuevos pero a la vez de conservar aquellos que le dan identidad, congruente con sus teorías. Es un modelo enfocado en el terapeuta y su trabajo con las familias, en la forma en que puntúa, observa, hipotetiza y mantiene la curiosidad.

2.3 Prácticas posmodernas y visión socioconstruccionista

El posmodernismo, según Anderson (En Tarragona, 1999), más que un momento histórico, modelo o técnica de psicoterapia, es una crítica a la forma en que conceptualizamos el proceso del conocer y aprender, plantea que la realidad es construida a través de un consenso lingüístico.

Gergen y Werhis (2001) proponen que se vea a las diferentes escuelas de la psicoterapia como comunidades semánticas, incluyendo el posmodernismo. Además de cuestionar la semántica del problema, de la persona y de la relación terapéutica (Tarragona, 1999) en el proceso psicoterapéutico.

- a) **El problema:** A diferencia de la terapia tradicional donde el problema se basa en un modelo médico, en diagnósticos y patologías, en la disfunción familiar, etc. El terapeuta se dedica a eliminar la desviación o a erradicar el problema. Sin embargo, desde la postura construccionista el problema se sitúa en la conversación como un símbolo lingüístico, que describe una situación del cliente. Además, conceptualiza este problema en un contexto que habla de la “realidad del cliente” en donde están inmersos los valores de la persona, los cuales están ligados por las tradiciones, creencias y cultura (Gergen y Warhus, 2001).



- b) **El cambio:** El cambio no es la producción de una serie de intervenciones y estrategias del terapeuta. La terapia se enfoca a una coparticipación conversacional, se conversa “de” y “con”, en vez de “hacer algo para” cambiar al cliente. El cambio se muestra en las diferentes narrativas, historias y significados aun no contadas o contruidos. El cambio es una transformación que fluye a través del diálogo, en el cual se van abriendo posibilidades únicas para cada cliente y su situación. En este caso, el cliente tiene tanta agencia como participación en esto, así como el terapeuta, del cual se requiere adopte una posición de colaboración en relación al cliente y a su postura ante la terapia (Goolishian y Anderson, 1992).
- c) **La persona:** Berger y Luckmann, y Bruner (2000) se alejan de igual manera de las explicaciones cognoscitivistas, y plantean la necesidad de renovar la revolución cognitiva que pasa de la metáfora de que el aparato cognitivo del hombre es como un ordenador a el hombre como individuo que crea significados. Desde el modernismo, el Self es un derivado de procesos psicológicos individuales. En cambio, desde una visión socioconstruccionista se coloca al lenguaje como fundamental y de manera relacional, ya que no hay un lenguaje privado sino que el lenguaje es relacional lleno de significados en un contexto. Por lo cual, desde esta visión el Self emerge de la construcción de un sistemas de significados y de las narrativas que van transformando a los mismos, en las conversaciones y relaciones con otros y con su contexto cultural (Gergen y Warhuns, 2001; Goolishian y Anderson, 1992).

El terapeuta que tiene una actitud posmoderna debe considerar la realidad como un construcción social. Las realidades están en las conversaciones y en el lenguaje que se usa para hablar de ellas (Bertrando, 2011).

☞ **Práctica colaborativa y equipo reflexivo**

El Enfoque Colaborativo tiene como fundamentos teóricos la hermenéutica y el construccionismo social. Ya que, posicionan el lenguaje y el diálogo como central dentro de la



terapia. Se basa en que las personas construimos nuestras realidades y visiones del mundo a través del uso del lenguaje (Goolishian y Anderson, 1992).

Según Bruner (2000) el uso del lenguaje ha sido muy investigado incluso antes de la adquisición del mismo, pues la estructura narrativa está presente en la interacción social, ya que en la cultura, con sus conjuntos de creencias y tradiciones, es la que permite comprender y utilizar la narrativa. Las personas tienen contacto con un mundo exterior a ellas, este mundo es un contexto en el que las creencias y deseos pueden ser modificados mutuamente. Se encuentra necesario introducirse al mundo de la narración. De manera más específica, la narrativa es un medio de organización de la experiencia. Donde entra la memoria y la utilización del lenguaje. El uso del lenguaje depende de un sistema de convenciones compartido entre el narrador y el oyente respecto a los distintos significados. Asimismo, la narrativa tiene una utilidad más, la de negociar los significados entre el mundo exterior y el sistema de creencias de la gente. Por último, se hace hincapié en que la narrativa proporciona significados de las acciones humanas y en especial de sus interacciones, además de ser un mediador entre el mundo externo y los estados intencionales del individuo, es también un instrumento que permite dar sentido a los conflictos y permite a la gente introducirse en una cultura (Bruner, 2000).

Por lo cual el lenguaje empleado, según Anderson y Goolishan (1996) es lo que hace a la persona quien es, en ese momento determinado. En el proceso terapéutico hay una conversación en búsqueda de nuevos significados, la atención se centra en el lenguaje, y en el descubrir nuevas descripciones, comprensiones o matices del uso del lenguaje, que lleven a nuevas definiciones de sí mismos.

El enfoque colaborativo trabaja con los sistemas de significados, que van construyendo un problema en la narrativa del consultante. De tal forma, que el terapeuta participe en los procesos de significación y creación en el diálogo con el consultante, y busque la disolución del sistema de significados que sostienen el problema (Anderson y Goolishian, 1991).



Si este intercambio de sistema de significados se da a través del lenguaje, del diálogo y el terapeuta deben centrarse en la conversación, Anderson y Goolishian (1991) lanzan una pregunta que es importante clarificar ¿Qué distingue una conversación cotidiana de una conversación terapéutica?, para lo cual responden con los siguientes elementos como propuesta a considerar en terapia:

1. El terapeuta se adentra en los parámetros del sistema de los consultantes, de tal forma que al ampliar alternativas con nuevos significados, estas respeten los parámetros de los consultantes y del terapeuta, por lo cual la comprensión de lo local es necesaria.
2. El terapeuta no busca la falsedad ni la verdad de las cosas dichas, sino que muestra interés por todas las ideas que emergen de los consultantes. De tal forma, que el terapeuta pueda manejar simultáneamente múltiples ideas, incluyendo aquellas que puedan parecer contradictorias.
3. El terapeuta usa el lenguaje cooperativo, no tiende a la confrontación, competición o polarización, pues muestra respeto hacia lo dicho evitando juicios de valor.
4. El terapeuta comprende y aprende el lenguaje del consultante, donde se expresan las experiencias de éste.
5. El terapeuta no se precipita a comprender demasiado rápido al consultante, da tiempo a tener una escucha que abra el diálogo y nuevos significados.
6. El terapeuta desarrolla el arte de hacer preguntas, para generar nuevas preguntas y conexiones, que no están orientadas a recabar información sino a otras posibilidades de conversar, de ideas o de creación de significados.
7. Es responsabilidad del terapeuta generar un contexto de colaboración mutua. No define el problema, facilita la elaboración de diferentes formas de entender el problema.
8. El terapeuta mantiene un diálogo interno, relativiza sus ideas y busca tener en cuenta distintas perspectivas, con la intención de no apegarse a una sola idea, sino a ejercitar distintas construcciones que favorezcan el diálogo.



Cada persona tiene su propio ritmo y tiempo, su propia forma de modular la voz, de utilizar gestos, de dar matices a la conversación. La conversación terapéutica se considera una conversación abierta, que invita a un proceso de reflexión, donde el terapeuta mantiene una postura del “no saber” pues se considera que los consultantes son los expertos en su vida, y el terapeuta en conversar de forma dialógica. Por lo mismo, las preguntas son la forma de trabajo del terapeuta para abrir la conversación en vez de ofrecer interpretaciones.

↶ Equipo reflexivo

En un inicio de la terapia familiar, el equipo terapéutico tenía la función de hacer un análisis como observadores de la sesión para diseñar intervenciones para la familia. En cambio, los equipos de las prácticas posmodernas buscan menos una intervención y más hacer una polifonía de voces que funcione como una lluvia de ideas, tanto para las familias como para el terapeuta (Tarragona, 1999).

Según narra Andersen (1994) en una de las entrevistas con una familia donde sentían estar en un “estancamiento”. El equipo proponía preguntas e ideas optimistas, sin embargo, la familia seguía con un matiz de sufrimiento. Hasta que un día, en marzo de 1985, por primera vez utilizan un micrófono que tenían frente a ellos y preguntaron a la familia si querían escuchar la conversación del equipo a cerca de la sesión. Después de ver los efectos que tomaba en la familia y para el proceso de la terapia, Andersen y el equipo, le dieron nombre de “equipo reflexivo” a dicho movimiento.

De acuerdo a Andersen (1994), algunos de los principios básicos del equipo reflexivo se mencionan a continuación:

- a) **Horizontalidad** en la relación terapéutica, en la que se comparten las conversaciones de los terapeutas frente a la familia con respeto y transparencia favoreciendo una relación más igualitaria.



- b) **Sistema de significados:** Los significados que se le va dando a las historias son generados dentro de un contexto, y a través del diálogo se pueden ir construyendo nuevos significados.
- c) **Multiplicidad de voces:** Se basa en que hay muchas formas de ver las cosas, dependiendo el observador, por lo tanto, hay muchas perspectivas igual de válidas. Con el equipo, se trata de abrir alternativas a través de las conversaciones.
- d) **Diálogo interno:** también se busca que las conversaciones abran espacio a un diálogo interno, se dice que hay que ir lo suficientemente despacio en la conversación para dar espacio a la reflexión.
- e) **Diferencias que hacen la diferencia:** Invita a resaltar otras diferencias que pudieran parecerse inusuales. Sin embargo, hay que cuidar que esas diferencias sean lo suficientemente diferente para que hagan una diferencia, dice Bateson, pero lo suficientemente familiares para que no sean tan inusuales que no tengan sentido, dice Anderson (1994).

↪ **Consideraciones finales**

Una de las críticas hacia la postura colaborativa para tomar en cuenta es que se puede interpretar como que todo vale relativizar la realidad; o que por utilizar una postura del “no saber” el terapeuta está dejando a un lado su responsabilidad como profesional. Sin embargo, más que incluir todo como válido, el enfoque colaborativo busca que la persona abra diálogos con sus creencias para disolver sistemas de significados y construcciones de la realidad donde se mantiene el problema.



3 Análisis y discusión del tema que se aborda en el presente trabajo

La postura del terapeuta: teoría y práctica conectadas en la singularidad del encuentro terapéutico.

3.1 Postura y posicionamiento del terapeuta

Los terapeutas nos enfrentamos a preguntas que abren posibilidades y que a su vez, no son tan fáciles de responder: ¿Cuál es mi posición ante la teoría?, ¿Cuál es mi posición en el sistema?, ¿Qué otras posiciones podrían ser otra alternativa? (Bertrando, 2011).

El terapeuta que adopta una postura desde el posmodernismo se encuentra con la idea de que no es posible mantener una exclusividad con una sola teoría (Bertrando, 2011). Bertrando cita un artículo que realizó junto con Boscolo donde se amplía la idea:

“Todo terapeuta, sin importar la teoría que sostiene, funciona de acuerdo con un principio epigenético, que lo lleva a integrar las más diversas experiencias y teorías. Visto de este modo, el purismo teórico es simplemente un mito. Y es un mito porque todos los trabajadores en nuestro campo han sido expuestos de forma constante a la influencia de diferentes teorías” (Boscolo y Bertrando, en Bertrando, 2001, p 103).

Por otro lado, Gergen y Warhus (2001) contemplan una **postura** en la terapia donde se promuevan la posición y objetivos terapéuticos con flexibilidad, conciencia de construcción, colaboración y relevancia de los valores. Deja abierta la posibilidad de tomar múltiples caminos que enriquezcan la construcción de significados. Aunque señalan que dicha postura puede tener implicaciones en su ejercicio terapéutico, el cual socialmente, está nombrado como un proceder profesional de “Ser correcto” ó más “acertado”. Agregan, que la postura desde el construccionismo requiere un terapeuta que amplíe su visión e incluya diferentes



tipos de teorías, además un recurso fundamental son sus habilidades del uso de lenguajes como coloquial, académico, el fútbol, la política, religión, humanista, etc.

Para hablar de **postura**, retomo a Anderson (1997), como una forma de aproximación del terapeuta hacia el espacio terapéutico y hacia los consultantes, según su enfoque y estilo de práctica. No se refiere a un cuerpo de técnicas, sino a una forma de ser, que muestra una actitud. La postura aporta un fondo para relacionarse con los consultantes. Anderson (1997), llama a su propia postura, como una postura filosófica que denomina el corazón y espíritu del enfoque colaborativo.

En cambio, Bertrando (2011) habla de **la posición** en el sistema terapéutico. La posición viene del lugar que le es asignado al terapeuta por el contexto, del lugar que toma el terapeuta en relación al contexto, y de los significados del contexto. Agrega, que la actitud adoptada por el terapeuta respecto a su posición en el sistema influirá en el contexto, así como el contexto en dicha actitud. Además, hace notar que la posición del terapeuta es una perspectiva desde la cual será imposible completar un panorama total, por lo mismo, se vuelve sustancial conocer la perspectiva del cliente y de preferencia contar con el equipo terapéutico y las supervisiones. Pues desde cualquier posición, algo permanecerá fuera del alcance del terapeuta para lo cual un equipo puede tomar diversas posiciones que complementen la del terapeuta.

Harré, Moghaddam, Pilkerton, Rothbart y Sabat (2009) exponen que un **posicionamiento** se distingue en el discurso, y en los modos de presentación del terapeuta, pero hacen énfasis que la posición es parte de un contexto cultural que tiene marcos de lo “correcto” a través de diversos derechos y responsabilidades tanto implícitos como explícitos, y “lo adecuado” se halla en las expectativas de la sociedad, del terapeuta, de los consultantes, en la cultura, en la academia y en el marco legal de la práctica terapéutica según la localidad.



Cabe mencionar, que la posición del terapeuta puede tener resultados tanto negativos como positivos. Pues desde una posición puede anular derechos y/o responsabilidades, así como, puede asignarlos (Harré, et al, 2009).

Por otro lado, Anderson (1997) plantea que la postura desde el posmodernismo permite el desarrollo de un **estilo del terapeuta**, pues su postura estará matizado por su personalidad, sus experiencias, los encuentros terapéuticos y su propia historia, entre otras cosas. Por lo tanto, cada terapeuta dará forma a una manera de ser que se notará en el estilo personal del terapeuta.

A continuación se habla de las posturas del Modelo sistémico relacional de Milán y de la prácticas posmodernas en el proceso terapéutico con las que se supervisaron los casos presentados en el capítulo tres, posteriormente se expone la postura con la que conecto la teoría y prácticas de diferentes aproximaciones; por último expongo a qué me refiero con la singularidad del encuentro terapéutico.

↪ **La postura del terapeuta en el Modelo sistémico relacional de Milán**

En el modelo sistémico relacional de Milán propone al terapeuta mantenerse en una postura de **curiosidad y respeto** dentro del sistema terapéutico, Cecchin, Lane y Ray (1993) desarrollan el concepto de la **irreverencia** resultado de un análisis respecto a *la instrumentalidad y la no-instrumentalidad del terapeuta*; y una postura de **inclusividad**, pues mantiene un contexto local de las diferentes normalidades (Fruggeri, 2016).

- **Curiosidad y respeto** dan libertad al terapeuta de conectar con la estética del sistema a la vez que forma parte del mismo. Lo invitan a mantener diferentes posicionamientos en las relaciones y en el contenido de los discursos expresados por las familias.
- La **irreverencia**, es una invitación para 1. Cuestionar todo (creencias, pensamientos, contexto, acciones, etc., empezando por el terapeuta) y 2. Tomar responsabilidad y a



la vez ser respetuoso con la estética del sistema. La irreverencia significa no creer en un sistema de creencias demasiado arraigado, ya que compromete la visión del terapeuta. Asimismo, esta postura permite tomar acción sin caer en la instrumentalidad (estrategia y directiva), su acción radica en ser responsable de sus intervenciones sin pensar que los resultados obtenidos fueron predecibles por sus acciones. Sin embargo, Cecchin sugiere a los terapeutas novatos inicien con algunas certidumbres y después con la experiencia puedan tomar una postura de irreverencia.

- La **inclusividad**, en el modelo de complejidad de Milán es coherente con los contextos de las familias y del terapeuta, se vuelve una brújula liberadora pensar en la diversidad y en la cultura de la aceptación de las diferencias. Además devuelve responsabilidad a los terapeutas para estar atentos al hablar desde los prejuicios, perspectivas o emociones.

La postura con los elementos descritos anteriormente del modelo sistémico relacional de Milán cuestiona distintos *posicionamientos* que el terapeuta puede tomar en relación al proceso terapéutico, al contenido del discurso, a las creencias culturales y a las diferencias.

En relación a la **instrumentalidad versus no instrumentalidad**, se puede entender como una polaridad en la que el terapeuta puede quedar atrapado y esto restringir su práctica. La primera posición puede hacer creer que hay estrategias que tienen la propiedad de controlar el resultado terapéutico, y la segunda posición puede hacer pensar que el terapeuta no puede incidir y por lo tanto resulta pasivo a la hora de la entrevista.

Asimismo, dentro de la terapia emergen y conviven prejuicios de la familia como del terapeuta, pues debe tomar en cuenta que cada persona tiene cierto arraigo por sus prejuicios, y ver cómo sus respuestas o intervenciones influyen en la mirada hacia la familia (Cecchin, Lane y Ray, 1997). Los **prejuicios** son ideas preconcebidas, que culturalmente tienen una connotación negativa, sin embargo, en este marco se toman como creencias favoritas o ideas privilegiadas por los terapeutas para ver, entender o describir a una familia. Son una forma más de puntuar, y por lo tanto el terapeuta tiene que conocer sus prejuicios,



identificarlos, cuestionarlos y no creerlos certidumbres. Pues los prejuicios influyen en las posiciones que el terapeuta tome al intervenir con la familia.

Por otro lado, Fruggeri (1992) sugiere que el terapeuta reconozca sus **emociones**, además de sus prejuicios y valores que aparecen al momento de intervenir. Invita al terapeuta a no evitar sentir, ya que esto también brinda información de la relación y del sistema, y en vez de negar una emoción que puede ser categorizada como “positiva” o “negativa”, puede utilizarse para abrir otras posibilidades para el sistema y para el terapeuta.

☞ **La postura del terapeuta desde las prácticas posmodernas**

En las prácticas posmodernas la postura no es vista como una técnica o teoría sino como una filosofía del cómo estar con los consultantes. Harlene Anderson busca expresar una actitud que refleje apertura al diálogo, una relación de horizontalidad con los consultantes, propone que la terapeuta tenga la libertad de mostrarse auténtica y natural (Anderson, 1995). Asumir una postura desde el enfoque colaborativo, implica un espacio donde se negocien junto al consultante las definiciones de la terapia misma (Beltran, 2004).

En las teorías basadas en la hermenéutica y el lenguaje, se espera que el terapeuta sea un experto en generar diálogos en coparticipación con el consultante para abrir narrativas o posibilidades (Goolishan y Anderson, 1992).

De acuerdo con Anderson (2010) se muestran cinco principios colaborativos que dan forma a una postura del terapeuta, co creando un espacio con el consultante:

- **Compañeros en un diálogo: el cliente y terapeuta como expertos**, o lo que aporta cada uno. Se refiere a que el cliente y terapeuta trabajan en conjunto en las narrativas. Sin embargo, cada uno aporta algo específico, el cliente es experto en el contenido, en su experiencia, su vivencia, su forma de relacionarse con la situación. En cambio, el terapeuta es experto en el proceso, en la forma de conversar para ir creando un contexto donde fluya el diálogo que dé apertura a nuevas narrativas.



- Un terapeuta como creador y facilitador de un espacio y una producción de diálogo. **La idea de un espacio dialógico** tiene que ver con dar espacio a todas las voces reunidas, desde la voz del cliente, la del terapeuta, la de la cultura, etc.
- **Hacer público.** Se refiere a compartir las reflexiones, los diálogos internos, los prejuicios y tener la disposición de aceptar la crítica, retroalimentación y evaluación de esas ideas con los consultantes.
- **Responsabilidad compartida.** Parte de invitar al cliente a colaborar en la terapia en contraposición a la relación de desigualdad donde se espera que el terapeuta actúe como experto y genere el cambio.
- **Improvisación y creatividad.** Se refiere a tomar en cuenta la conversación que se va construyendo y que dará forma y figura a la conversación.

Es importante mantener la visión de que la realidad es construida en un consenso semántico a través del lenguaje. Las preguntas, opiniones, retroalimentación o aportaciones que realice el terapeuta están construyendo junto al consultante una realidad, por lo cual, el terapeuta colaborativo está en constante reflexión de su forma de construir el diálogo. Asume la responsabilidad de coautoría.

Por otro lado, se ha explicado ya que la postura desde el construccionismo social, no es una técnica, sino que coexiste con la incertidumbre, es una forma de relacionarse, de construir y de dialogar, por lo cual abandona cualquier intento de instrumentalidad.

↪ **Conexión entre las dos posturas**

Ambas teorías y prácticas, del modelo sistémico relacional y de las prácticas posmodernas, estructuran diferentes formas de “proceder”, sin embargo, ninguna encasilla al terapeuta en una forma de “estar”, pues más allá de la elaboración de la teoría y de la aplicación de las intervenciones, en mi caso sentí la libertad de relacionarme y hacer dialogar todos los elementos que enriquecen un encuentro en la terapia. Ambas perspectivas tienen en común el enfoque en la relación, a través de diálogos, además visualizan una co creación de



significados, del terapeuta y las familias o consultantes en su contexto. Relaciono los modelos con una propuesta de posturas que está situada en una forma de ser y estar, en la cual se espera que el terapeuta abra diálogos, ofrezca su curiosidad, sea responsable de sus distintos posicionamientos ante el contexto, de paso a la incertidumbre y se aleje de la instrumentalidad que coloca al terapeuta como una entidad que dirige con una agenda secreta, sino que se busquen espacios de participación conjunta del terapeuta y los consultantes.

3.2 Construyendo mi postura preferida como terapeuta

Pensar en un encuentro desde cualquier postura que la teoría nos proponga, o que la misma experiencia nos lleve, es elegir “cómo estar” durante ese proceso. Cada que estoy frente a consultantes por primera vez, mi intención es construir confianza, establecer vínculos y escuchar lo que los consultantes están por expresar. Mi postura como terapeuta se basa en **generar un contexto donde se visibilice lo que es valioso para cada persona**, en abrir un espacio para conocer de qué manera ven el mundo y se relacionan con su contexto. Si hay varias personas, me gusta **conectarlas a través** del uso de preguntas circulares de Milán.

Las familias y consultantes tienen sus propias teorías, se conocen, tienen un proceso de reflexión, no siempre están ahí por la técnica, aunque varios preguntan por la corriente de la terapeuta, la mayoría están atentos a la relación. Busco **conocer su visión en su contexto y mantener una visión social**, *no pienso el espacio terapéutico como el lugar de resolución, sino un espacio donde se construya un sentido, se abran alternativas y/o se ensayen otras perspectivas que pondrán en práctica los consultantes en sus contextos.*

En mi postura preferida, **me encuentro con los valores que son muy apreciados y aliados en el encuentro terapéutico**. Hablo de la esperanza, el agradecimiento, la pasión, la comprensión, la conexión con los otros. Aunque, quiero mencionar que no siempre logro mantener esos valores de eje, o de compartirlos en la consulta, pues cuando escucho historias de violencia,



injusticia y desigualdad, acudo al reconocimiento de que la desigualdad existe, de tal forma que pueda conectar con el respeto y empatía, a pesar de muchas veces enfrentarme al enojo, la frustración y la impotencia. Mantener estos valores en la postura me lleva a **estar atenta a las relaciones de poder**, a contextualizar las historias de los consultantes en una visión social, como propia y de todos, se construye un espacio cuidadoso para no caer en una conversación donde se perpetúe la desigualdad.

Desde que conocí la práctica de **Hacer público** en el enfoque colaborativo (Anderson, 1997) se ha vuelto un ejercicio constante. A mi parecer da la oportunidad de construir un espacio en conjunto, pues no hay un saber misterioso que yo posea y que los demás desconozcan. En ocasiones, ayuda a darle contexto a mis preguntas o cuestionamientos. Cuando estoy indecisa sobre qué camino tomar en la conversación, lo comunico a los consultantes y me hacen ver su pensar al respecto. Sin embargo, no implica hacer todo público. Me he dado cuenta que tiendo a no mostrar vulnerabilidad ante los consultantes, si bien puedo compartir cómo me hace sentir lo que escucho, no es un ejercicio que haga parte de mi práctica. No obstante, agradezco cuando esto sucede, sea porque me permito hacerlo en ese momento o porque los consultantes me comparten o me preguntan algo en lo que no me da otra alternativa, pues en el mejor sentido estar en esa posición me invita a mostrarme y ver que nos conecta, aunque aun no sea una práctica preferida sino una práctica en ensayo.

Desde la narrativa, la idea de prácticas preferidas me hace pensar en un estilo preferido de ser terapeuta, que para mi tiene que ver con mantener la empatía y la calidez. En algún punto me cuestioné qué tanto esta habilidad de mostrarme empática podría cobijar y tender al paternalismo con los consultantes, en vez de construir un espacio terapéutico de mutua responsabilidad, incluso llegué a plantearlo en supervisiones donde se analizó que en efecto podría ser un riesgo, y habría que estar atenta en qué contextos podría ser más útil que en otros. Ahora pienso que la empatía y calidez corresponden más a un estilo de hacer terapia, y que a eso hay que sumarle la teoría que de herramientas y recursos para hacer un encuentro de reflexión, de utilidad para los consultantes y de responsabilidad mutua.



Cabe destacar, que no apegarse por completo a un modelo no implica que no se respalde la práctica con teorías. De aquí el nombre del reporte, en la práctica del espacio terapéutico es donde puedo ver la relación de 3 elementos que se mencionan a continuación en mi postura preferida: *epistemología presente en la terapia, postura ante las relaciones de poder que privilegian a un grupo sobre otro y el cuestionamiento de la práctica.*

↪ **La epistemología presente en la terapia**

Con los estudios de la cibernética de segundo orden, el constructivismo y construccionismo social, se ha hecho hincapié en revisar la epistemología y metodología que rigen el ejercicio terapéutico, mismas que en ***diálogo con los valores, creencias y ética del terapeuta***, van construyendo una postura en éste.

Dickerson (2007) expone que ***la epistemología del terapeuta afecta la relación con el consultante, y la relación con el mismo terapeuta***, ya que, aporta una visión y forma de pensar que influyen en el acercamiento que se tiene hacia los consultantes. La epistemología del terapeuta está presente en cada intervención, lo tenga el terapeuta presente o no. Lo importante es dar cuenta de la epistemología para poder tener un mejor uso de sus intervenciones, así poder cuestionarlas, modificarlas y entender el significado y el efecto que tienen sobre el consultante.

De acuerdo con Dickerson (2007), hay que hacer una distinción entre la epistemología y la teoría. Las segundas son formas de entender cómo relacionarnos con los consultantes y cómo proceder durante el proceso terapéutico. En cambio, la epistemología se define como una visión relacionada con cómo pensamos lo que pensamos. Por lo tanto, las diferentes teorías pueden ser parte de una misma epistemología, aunque cada teoría se distingue por cómo describen los conceptos de “persona”, “problema” y “cambio” en el contexto terapéutico.

A través de la historia de la terapia familiar, se puede ver el recorrido del rol del terapeuta que se ha moldeado conforme los modelos y teorías que han cambiado con el tiempo.



Keeney (2010) señala que como terapeutas hemos ido “rebotando” de un lado a otro en elecciones de acuerdo a lo planteado como importante en su momento, por ejemplo: Freud con el insight, Watson en la conducta; Jackson y Haley en las interacciones; los posmodernos en las narrativas, y así cada modelo da prioridad a una cosa sobre la otra, haciendo una elección sobre otra. De acuerdo con Harlene (1992), más que debatir qué modelo o teoría son las que tenemos que aplicar como terapeutas, hay que situar las intervenciones o el no intervenir, como parte de una posición epistemológica. Ambos autores invitan a que el terapeuta se relacione con el consultante en el tiempo presente, para guiar y fluir en el encuentro, para poder mostrarse auténticos y conectados con la propia filosofía.

☞ **Postura ante las relaciones de poder que privilegian a un grupo sobre otro**

En situaciones donde socialmente hay una diferencia en marcos de poder, Dickerson (2007) explica que es necesario que **el terapeuta cuestione dichas estructuras de poder** en la que el racismo, violencia de género, discriminación por orientación sexual o discapacidad, y clasismo entre otras problemáticas, se expresan en la vida de los consultantes y del terapeuta, pues se corre el riesgo de perpetuar dentro de la clínica la desigualdad.

Una de las críticas sociales y políticas de las terapeutas feministas con la perspectiva de género a la terapia, es que la conceptualización de familia pertenece a una cultura con un sistema patriarcal, donde inician las desigualdades de género y señalan que la terapia familiar tradicional no ha hecho por incluir una teoría que vincule los roles de género dentro de la familia y sus efectos en cada integrante, y ha callado quién ejerce poder sobre quién (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989). Dickerson (2007) expone que se ha encontrado con poca sensibilidad por parte de los terapeutas en supervisión hacia el tema de desigualdad en relaciones de poder, agrega que se debe a posiciones de privilegios de los terapeutas en la que no dimensionamos las interacciones que tienen que ver con lo anterior. Por lo tanto, hace una invitación a revisar qué temas no abordamos que pueden silenciar dichas problemáticas.



En general, hay un entendimiento poco promovido por la clínica que no sólo implica una revisión de la ética en las intervenciones, sino **identificar cómo posiciones de privilegios sociales, de las que somos parte**, pueden anular o negar el hecho de que el racismo, la violencia de género, la pobreza, falta de oportunidades equitativas, la discriminación por orientación sexual, el clasismo, existen en nuestra cultura.

Parte de una postura del terapeuta consiste en **pensar la clínica en un contexto cultural** donde se reproducen discursos de poder. Algunas problemáticas están ahora más visibles para todos, pues se han posicionado en agenda pública y no sólo como parte de la localidad de quien lo vive. Sin embargo, en México, un país donde uno de sus retos es reducir la brecha de inequidad y de privilegios encapsulados en el poder de unos cuantos, es necesario como terapeutas no perder de vista que también somos parte de esa cultura y esa estructura, que si bien podemos cuestionarla, no somos ajenos a sostenerla, convirtiéndonos en una forma de control social que funcione como un regulador normativo de las relaciones, identidad o dinámicas de los consultantes. Por lo tanto, el terapeuta no sólo le compete la teoría, y su persona, sino analizar el contexto cultural de la familia en el cual estamos relacionándonos.

Estar en constante **escucha de nuestra posición política, de la sensibilidad y empatía**, así como de nuestros puntos ciegos ante las desigualdades de poder, nos acerca a generar cambios, primero en el terapeuta y su visión y forma de relacionarse, y posteriormente en las relaciones familiares de sus consultantes, esperando influya en un marco más amplio en las relaciones sociales.

Gergen (2006) refiere que el terapeuta construccionista busca nuevas configuraciones dialógicas que contribuyen a construir política, ideología en una sociedad donde participa activamente, y que el espacio terapéutico no es ajeno ni externo al entorno social. Algo que ejemplifica lo anterior, es el recuerdo de una manifestación en México hace dos años, los granaderos (oficiales) formaban una valla frente a una institución gubernamental, y un grupo de jóvenes que manifestaban su inconformidad política regalaron flores a los granaderos, quienes con asombro aceptaban ser adornados por las flores que representaban un diálogo distinto, disruptivo de constatar un desacuerdo en un contexto de violencia.



☞ **Cuestionamiento de la práctica**

La ventajas de formarse con un equipo terapéutico y de supervisión, está en tener varias miradas que participan en el mismo encuentro, y ser parte de la construcción que hace cada uno de los presentes, a lo que Andersen (1994) llama *multiplicidad de voces* . Una vez que un terapeuta se introduce en la multiplicidad de voces, habrá abierto un camino donde sabe que su forma de proceder no es la única posible, o que no existe una forma contundentemente más eficaz que otra. Esta flexibilidad mental, en el mejor de los resultado da un constante devenir de cuestionamientos sobre la propia práctica, donde podemos apreciar aciertos, prácticas preferidas, diversidad o creatividad.

Por otro lado, una de las dificultades con las que me he enfrentado, es el aceptar que indudablemente cometeré errores como terapeuta. Si bien, len a mayoría de las supervisiones el contenido de la formación va dirigida, independientemente de la teoría, a un resultado adecuado para los consultantes y para el terapeuta, creo que esta formación nos introduce a la paradoja del “no errar” aunque sabemos de antemano que pasará. En Fortes de Leff, Aurón, Gómez y Pérez (2014), se habla del tema poco escrito por los terapeutas, es decir, sus errores. De tal forma, que proponen estar en constante reflexión y análisis de nuestro proceder, nuestras decisiones y de los resultados, por lo cual echar un vistazo a nuestros errores nos dará un aprendizaje amplio de nuestra persona que está presente en cada consulta y en la construcción de la terapia (Fortes, 2014), y de la ética con la que nos regimos (Gómez, 2014).

La supervisión narrada, la visión del equipo terapéutico, acercarnos a otras perspectivas teóricas, estar atenta al contexto, mantener la curiosidad, reconocer mis propias necesidades como persona del terapeuta, escuchar lo que los consultantes evalúan de nuestro proceder en sus vidas, son recursos que pueden prestar foco en cuestionar nuestra práctica. Un cuestionamiento no entendido como una forma de juzgar, evidenciar o cazar al terapeuta, sino el **cuestionamiento como una forma de evidenciar esos dilemas que se presentan** antes, durante y después de la consulta, o en la identidad y el estilo del terapeuta, o ante sus



posicionamientos.

☞ La postura de la terapeuta en los casos presentados

En el siguiente capítulo se presenta el análisis de dos casos donde se aborda a más detalle las reflexiones referente a la práctica en el encuentro terapéutico y la postura de la terapeuta en la atención de la pareja y familia. En la siguiente tabla (Véase Tabla 2.9) se describen brevemente algunos puntos donde se puede notar la postura que en los dos casos está presente:

Tabla 2.9

Puntos donde se observan la postura de la terapeuta

- Acercamiento cálido y empático con los consultantes
 - Curiosidad antes de preguntar por el problema y construcción de objetivos terapéuticos junto con las familias.
 - La terapeuta se introduce en el sistema de significados, utilizando el mismo lenguaje a través de metáforas y analogías propuestas por las familias.
 - Apertura a otros posicionamientos, como cuando el equipo propone otras hipótesis y abordajes, temas no visibilizados por la terapeuta.
 - Se mantiene una reflexión en un diálogo interno sobre decisiones, así como un diálogo con el equipo.
 - Atención a las emociones durante el proceso terapéutico
 - Confianza en el equipo y en los supervisores, el equipo terapéutico es parte de la construcción de significados, aunque también la terapeuta busca sostener las diferencias que marca ante las opiniones de los demás.
 - Procurar señalar las relaciones donde hay una desigualdad por poder.
 - Se transita en diferentes contextos. Se pasa del contexto a la persona, de los significados, a las emociones, etc.
 - Visión sistémica, pero también hay una tendencia a ver lo social en el cual está el sistema, y a dar peso a las historias individuales.
 - Se respeta el ritmo, tiempo y contenido de cada sesión.
 - Se utilizan diferentes teorías en un marco institucional y de supervisión, o se utilizan ejercicios de otros modelos.
 - Hay una relación con los consultantes desde la persona como terapeuta.
-



3.3 Teoría y práctica en la singularidad del encuentro

“Lo que hace la diferencia –que no puede ser medida – es la persona del terapeuta y la singularidad de la interacción.” Keeney (2010, pp.19)

Con la visión constructivista y el posmodernismo, la mirada hacia el terapeuta hace un movimiento significativo en la terapia. El acento está en trabajar con la persona del terapeuta para prestar atención de sí mismo, de sus métodos y formas de conocer y/o construir. Esto privilegia las intervenciones a nivel de procesos cognitivos, que después se convertiría en una de las críticas hacia la terapia familiar. Posteriormente se invita a los terapeutas a introducir una variedad de elementos a partir de reflexiones, de las emociones, los prejuicios, el uso de metáforas y el mundo simbólico.

De acuerdo con Fruggeri (1998), mover la mirada al terapeuta también implica “cultivar la sensibilidad sistémica”, explicada como la sensibilidad para introducirse en un contexto en la relación con los consultantes, en un encuentro con el conocimiento de no saber qué puede emerger, con el elemento de lo impredecible, concluye que es en “ese contexto en el que en última instancia las teorías y modelos adquieren significados” (Fruggeri, 1998, p 83).

Según Keeney (2010) es absurdo pretender que la teoría tiene primacía sobre el encuentro terapéutico, en su artículo “¿Por qué la terapia es jazz?” utiliza el jazz como metáfora de lo que sucede en terapia.

“El jazz, en su mejor momento, es la expresión suprema de la espontaneidad en vivo, el movimiento rítmico, del proceso creativo de transformación... Lo mismo sucede con la terapia, creo yo: cuando es creativamente espontánea e improvisada, cuando la sesión cobra vida y se siente más animada y se transforma, se parece mucho al jazz.” Keeney (2010, pp. 8).

Keeney (2010) menciona que para lograr una pieza estética de jazz improvisada y espontánea hay que saber dominar la técnica. Agrega que es de igual forma para la terapia, que depende de la narrativa, la explicación y la interpretación, a costa del “performance” de la práctica en la psicoterapia. Propone “Despegarnos de las narrativas, al tiempo que disfrutamos de ellas.” (Keeney, 2010, pp. 9), invita a no abusar de las explicaciones para incluir el sentido del humor, la escenificación, el juego y la imaginación, integrar la naturaleza de lo absurdo e



incongruente, que den paso a la autenticidad. En mi caso, visualizar una práctica desde este lugar me ayuda a vincularme con la experiencia de la técnica como un recurso, más que una forma obligada de práctica en la terapia. Por otro lado, cuando uno improvisa y co construye un espacio tiene que lidiar con la incertidumbre. La manera en que puedo expresar cómo comencé a coexistir con la incertidumbre, fue un proceso de aprendizaje.

Durante ese tiempo de incertidumbre, un buen día, un amigo actor me invitó a una obra de teatro de improvisación. Al entrar al teatro los espectadores escribíamos en un papel una frase y la dejábamos en el escenario. La actriz, tomaba un papel, lo leía al público y a partir de lo escrito improvisaba varias escenas. Sin embargo, no era una improvisación sin una guía, lo que decía el papel sería la pauta para el contenido del guión, pero ella tenía una propuesta al público y antes de comenzar nos decía: “el siguiente papel lo desarrollaré de acuerdo al estilo de una obra de Shakespeare”. Así, bajo mi asombro y el de todos los presentes, con el contenido de los papeles la experimentada actriz armaba la historia. En el momento creaba el guión, representaba un escenario y hacía surgir a los personajes que ella interpretaba cambiando sus tonos de voz, gestos y posturas corporales para dar vida a la historia incluso desconocida para ella. Me pareció una forma de entender la postura del terapeuta de **no directividad y de abrazar la incertidumbre**. Como terapeutas tenemos una forma de conocer, una epistemología que a su vez nos propone modelos, técnicas o prácticas que ofrecen alguna estructura para proceder, y que de acuerdo al sistema de significados y contenidos de los consultantes y del terapeuta, se va construyendo el contexto terapéutico y se da vida a la conversación. Después de haber visto esa obra, en mi caso, pude incluir a mi práctica la incertidumbre con mayor aceptación.

Cuando Gergen (2006) habla de la singularidad a la plurivocalidad, propone que lo singular y unitario, deja de ser tendencia en las terapias que se avocan a un contexto cultural. Sin embargo, al hablar de **la singularidad del encuentro terapéutico** me refiero a dar espacio a conocer a dónde nos lleva cada consulta. El reconocimiento de la singularidad no como normativa, sino como diversidad y reconocimiento de un contexto plurivocal.



Cada terapeuta tiene sus metáforas para describir la terapia, para dar nombre a esos momentos llenos de “magia” donde algo, una pieza o varias, se conectan para formar una experiencia única que tiene un resultado de provecho tanto para los consultantes como para el terapeuta. Pakman (2011) habla de la dimensión poética de la terapia, en la cual se plantea un forma irrepetible del sentido de la experiencia humana. Llama poético a dar vida a diferentes sentidos, siendo testigos de la singularidad en ese espacio.

“La poética es una dimensión relacional en la que asoma la experiencia humana en su textura única. Lo poético surge en la situación psicoterapéutica, pero no lo hace como consecuencia de la aplicación de un modelo sino en el distanciamiento de este o en la peculiaridad de la aplicación de este” (Pakman, 2011, pp 40)

Par a mi, la terapia tiene sensibilidad y estética, la conversación tiene cadencia, ritmo, prosa, las palabras toman hilaridad con la que se cuenta una historia, al intercambiar presencias. Los consultantes buscan las palabras para compartir un discurso de una historia que adolece y/o da esperanza, comparten generosamente sus visión del mundo, de las relaciones y sus problemas. Las palabras que elige no son casualidad, pero no en un sentido de la manifestación del inconsciente, sino que construyen una realidad, pues son expresadas de tal manera que pueden evocar en quien escucha muchas sensaciones, pensamientos, prejuicios y actos. Cada gesto y acción tienen un significado en ese contexto relacional.

Leyendo a Gergen (2006) sobre el tema de la poética en la terapia, explica que la poesía ha tenido cambios a través de la historia y nace en la relación. Ya que, se vuelve poético escuchar eventos ordinarios en eventos extraordinarios, sin embargo, el reto de aplicar la analogía de la poesía a la terapia está en encontrarle belleza a la terapia, siendo un primer paso la validación, validarse uno al otro es reconocer su existencia, reconocer la existencia de lo que comunica; el segundo paso está en la dialógica de la conversación, en una construcción en la que el terapeuta y consultante tienen una parte del significado de una frase completada por otra frase con otro significado.

Una forma de conectar la teoría con la práctica, en el “performance” de la terapia, es a través



del arte, como una forma más de expresión, que en la terapia ha sido utilizada como lenguaje para entender lo sensible de un proceso. En un concierto de jazz al que asistí hace algunos años, uno de los músicos comentó en la introducción que en el jazz al improvisar nadie sabe qué pieza se va a tocar, ni los músicos lo saben, pues todo es posible, sin embargo, aunque no hay una certeza de qué melodía se ha de escuchar, cada músico tiene una **intención**, la intención de crear algo en conjunto. En aquel momento me hizo sentido tener en cuenta la intención, no es que en la improvisación todo valga, sino que, la improvisación introduce un elemento sorpresa, en cada consulta procuro entrar con una intención, tal vez, la de confiar en lo mejor de la singularidad del encuentro.

☞ Reflexiones

“Por razones que no están muy claras para nosotros, nos permitimos construir nuevas rutas de la manera que intuitivamente sentimos, y no necesariamente de la manera en que lo señalaba el pensamiento directo”

Andersen Tom (1994, pp 37)

Las historias de las personas pueden sobrepasar los límites de la crudeza, del dolor, la angustia, la desesperación, la ira. Y sin embargo, pueden emerger la capacidad de amar, de compartir, de vulnerarse y confiar, de creer, de autocuidarse, de mantener la esperanza y de comprender. Cada día de mi trabajo me sorprende con los matices que dan intensidad y vida a las familias y personas en consulta. Me conmueve compartir un espacio donde se contienen y se abren posibilidades a la vez, en las relaciones y en los diálogos.

Como es posible, que para la aplicación de modelos nos apeguemos a la epistemología y sin embargo, pueda utilizar distintos modelos con la epistemología sistémica y posmoderna. No obstante, hay una pauta que conecta a todos los modelos, y para mi, esa pauta es *la relación, la conexión que se establece con el cliente, con su historia, con su contexto, que a su vez conecta con mi contexto y con mis historias dentro de una cultura.*

CAPÍTULO III
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS
PROFESIONALES





“Aprender a ser terapeutas es aprender a participar de la mejor manera posible en un proceso de expansión y creación de significados” Tarragona (1999, pp 73)

1. Habilidades clínicas terapéuticas

Mi formación como terapeuta en la Residencia de Terapia Familiar consistió en que participara como terapeuta y coterapeuta, en equipo terapéutico y/o equipo reflexivo, con supervisión en diferentes enfoques de la terapia familiar.

Los casos se atendieron en las sedes clínicas de la Residencia de Terapia Familiar: en el Centro de Atención Psicológica “Dr. Guillermo Dávila” en la Facultad de Psicología de la UNAM; Centro de Atención “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro” forma parte de la Facultad de Psicología de la UNAM pero está ubicado en la comunidad Ruíz Cortinez de Coyoacan; Instituto Nacional de Rehabilitación, ubicado en Xochimilco que atiende de manera multidisciplinaria a personas con discapacidad; Centro Comunitario “San Lorenzo” que pertenece a la fundación Bringas Haghenbeck de asistencia a la comunidad. Las sedes anteriores tienen convenios con la Residencia de Terapia Familiar lo cual permite a los terapeutas en formación desarrollar competencias clínicas con la debida supervisión. Durante los cuatro semestres participé en 47 casos (18 como terapeuta y co terapeuta, y 29 en equipo terapéutico), en la Tabla 3.1 se observan los casos atendidos y el modelo con el cual se intervino, así como el resultado del proceso.



Tabla 3.1

Número de casos atendidos por modelo, estado del proceso y sede donde se atendió

Modelo	No. Casos atendidos	Terminación			Sede
		Altas	Bajas	Proceso	
Estructural	7	4	2	0	G, SL
Estratégico	5	3	2	0	G, SL
Terapia Breve enfocada en el problema	3	1	1	0	G
Terapia Breve enfocada en soluciones	3	2	1	0	G
Narrativa	8	4	4	2	G, SL
Milán	11	4	3	4	G, INR
Terapia feminista	5	2	2	1	Mc
Colaborativo y equipos reflexivos	5	1	0	4	G
Total	47	21	15	11	

G= Centro de atención psicológica “Dr. Guillermo Dávila”, Mc= Centro de atención “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”, INR= Instituto Nacional de Rehabilitación, SL= Centro comunitario San Lorenzo

En la siguiente Tabla 3.2, se muestran los casos que atendí como terapeuta o en co terapia, se especifica la problemática o motivo de consulta y el modelo que se utilizó para la intervención. Cabe señalar, que el nombre de la familia se cambió para mantener la confidencialidad de los consultantes.



Tabla 3.2

Casos atendidos como terapeuta por modelo, estado del proceso y sede donde se atendió.

Nombre	Motivo de consulta	Modelo y Supervisor	Participación	Sede	Terminación
Familia Tello García: mamá papá, niña (9 años) y niño (6 años)	Los papás tenían un modelo de “home schooling” y querían que los hijos se adaptaran.	Estructural Mtra. Jacqueline Fortes	Apoyo para terapia con los niños	G	9 sesiones, Alta
Carolina Molina (51 años)	Refiere que quiere trabajar su codependencia	Estratégico Dra. Luz María Rocha	Co terapia con Israel Narváez	G	1 sesión, se canalizó.
Eliot Muñoz (41 Años)	Problemas con su pareja	Estratégico Dra. Luz María Rocha	Co terapia con Israel Narváez	G	1 sesión, alta
Pareja Reyna Salazar	Violencia	Estructural Dra. Noemí Díaz	Co terapia con Aidee Rodríguez	Mc	2 sesiones, Baja.
Pareja Carrillo García	Infidelidad	Estructural Dra. Noemí Díaz	Co terapia con Aidee Rodríguez	Mc	4 sesiones, Baja.
Familia Gaucín Esperanza: Papá (66 años), mamá (57 años), hija(15 años)	Problemas de límites con la hija y diagnóstico de cáncer del papá	Dra. Noemí Díaz	Co terapia con Aidee Rodríguez	G	6 sesiones
Carla (21 años)	Problemas familiares e independencia	Narrativa Mtra. Nora Rentería Milán	Terapeuta	G	7 sesiones Alta
Familia Franco Arroyo	Problemas de pareja y de parentalidad	Mtro. Gerardo Reséndiz	Terapeuta	INR	12 sesiones
Familia Miel Terra. Mamá (27 años), hijo (5 años), papá (34 años) y abuela paterna (52 años)	Límites con el niño, separación de los padres	Milán Mtro. Gerardo Reséndiz	Terapeuta	INR	3 sesiones, Baja
Pareja Tena Reyes	Dificultades para la paternidad de una hija con adicción y reencuentro de pareja.	Narrativa Mtra. Martha López	En Co terapia con Aurora Quiroz y Verónica Vargas	SL	15 Sesiones, Alta
Rebeca (52 años)	Ansiedad, problemas de pareja (infidelidad)	Soluciones Mtra. Martha López	Co terapia Aurora Quiroz	SL	2 Sesiones, Baja



Competencias profesionales

Familia Vera Torres: mamá (45 años), hija (17 años)	Límites con la hija adolescente	Narrativa Mtra. Martha López	Terapeuta	SL	8 Sesiones, Alta
Familia : papá (40 años), mamá (37 años), hijo (15 años), hijas (13 y 11 años)	Violencia, infidelidad	Narrativa y perspectiva de género Mtra. Martha López	Terapeuta	SL	7 Sesiones, Baja
Familia Rueda Reyes: mamá (22 años) e hijo (5 años)	Separación de los padres	Narrativa Mtra. Martha López	Terapeuta	SL	5 sesiones, Alta
Pareja Iglesias Méndez	Indifelidad	Terapia breve centrada en Soluciones y Equipo reflexivo	Terapeuta relevo	G	5 sesiones, Alta
Familia: Barrera Flores papá, mamá, hija (16 años), niña (9años) y niño (6 años)	Aprender a convivir y tener límites como familia	Estructural Mtra. Jacqueline Fortes	Terapeuta	G	6 sesiones, Alta

G= Centro de atención psicológica "Dr. Guillermo Dávila", Mc= Centro de atención "Dr. Mc Gregor", INR= Instituto Nacional de Rehabilitación, SL= Centro comunitario San Lorenzo

De los casos atendidos se eligieron dos de ellos para hacer un análisis del proceso, en el cual se integran la teoría con la práctica clínica a la luz de una supervisión basada en la integración de modelos de intervención, y la participación de un trabajo en conjunto con el equipo terapéutico. En dichos casos se ejemplifica la forma en que influye la postura del terapeuta, tema que se aborda en el presente trabajo. A continuación se muestran los casos de dos familias, cabe mencionar que los nombres de los integrantes se modificaron para mantener su confidencialidad.



1.2 Integración de expedientes de trabajo clínico

Caso 1: PAREJA y PARENTALIDAD “FRANCO ARROYO”

RESUMEN

El caso fue atendido en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), donde como parte de una atención multidisciplinaria, los médicos, psiquiatras, psicólogos o terapeutas de rehabilitación canalizan al área de terapia familiar a aquellas familias que por su dinámica u organización pueden afectar el desarrollo y mejoría del paciente en rehabilitación. Como parte de nuestra formación académica atendemos en el INR bajo el modelo de Milán sistémico relacional con la supervisión del Mtro. Gerardo Reséndiz. El caso canalizado a terapia familiar fue una pareja (Hilda y Abdiel) que tienen un hijo (Benjamín, en rehabilitación). La psicóloga que canalizó, atendió a la mamá en terapia individual y refirió que el padre es periférico en relación a la educación del hijo. La metodología de trabajo es de acuerdo al modelo de Milán. En cada sesión se tuvo una pre sesión, inter sesión para discutir ideas con el equipo, y post-sesión. La pareja fue atendida en sesiones mensuales, en un total de 12 sesiones.

Ficha de identificación

Motivo de consulta	Problemas en las actividades de paternaje.
Categorías diagnósticas médicas o psiquiátricas (que trae consigo la familia a la consulta)	Benjamín Franco Arroyo (5 años) es atendido en INR, se le diagnostica hiperlaxitud ligamentaria y diagnóstico CIE 10: Síndrome de Ehlers-Danlos (en enero del 2012).
Fuente de referencia	Psicóloga Laura Melina: Hilda asiste con ella a terapia individual en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)
Terapeutas	Luz Minerva Alvarez de la Paz
Supervisor	Mtro. Gerardo Reséndiz
Modelo de Intervención	Milán sistémico relacional
Equipo	Fernando Monjardin, Ana Lilia Pescador, Omar Alonso, Montserrat Salazar y Aidee Rodríguez
No. sesiones	12

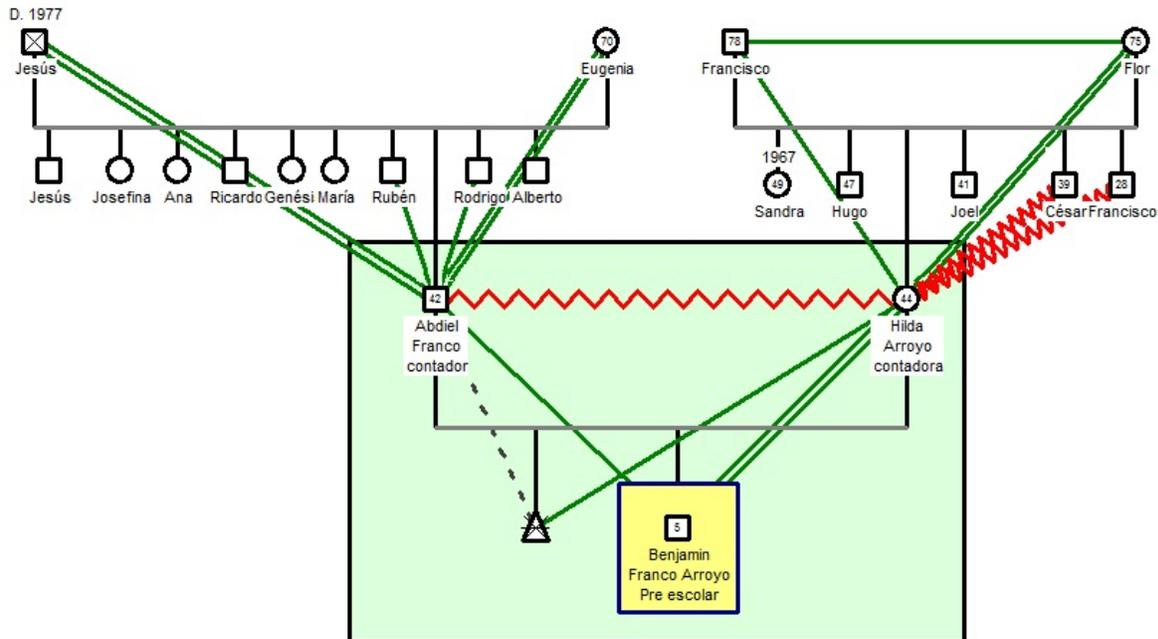


Motivo de consulta

Hilda recibió atención psicológica individual en la cual expresó su inconformidad en la relación de pareja, y cómo le afecta a nivel personal, pero principalmente en las funciones de parentalidad. La psicóloga solicitó sesiones para Hilda y su esposo con la finalidad de que éste último se involucrara en el cuidado del niño, motivo por el que son derivados a terapia familiar. En la primera sesión Hilda manifestó sentirse sola, explicó que ha asumido el rol de los cuidados y crianza del hijo, así como, de la rehabilitación. Comentó que no quiere ser mamá y papá de Benjamín, le gustaría que Abdiel estuviera más involucrado como padre, por lo que a veces le exige que participe. Abdiel agregó que está involucrado, aunque Hilda no le ve así.

Genograma

En la siguiente figura se muestra el genograma de la familia nuclear y de origen:



La familia nuclear se encuentra en la etapa del ciclo vital de hijo en edad escolarizada. La pareja tiende a tener roles complementarios. Tanto Hilda como Abdiel aman a Benjamín, y mantienen un vínculo fuerte con su hijo.



Evolución del proceso

La **primera sesión** se presentó la pareja a consulta. Se hizo un encuadre de la forma de trabajo en la terapia familiar y se comenzó preguntando el significado del nombre del niño, lo que abrió una historia familiar que contaron con tristeza. La pareja estuvo varios años intentando embarazarse sin éxito, cuando dejaron de intentarlo se embarazaron de Benjamín. Posteriormente, se preguntó qué entienden del diagnóstico de Benjamín. Respondieron que cuando les informaron del diagnóstico en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) cada uno reaccionó de manera diferente: la mamá se preocupó por evitar malestar a su hijo y el padre sintió alivio por pensar que su hijo no está en mayor riesgo, como lo hubiera sido con una leucemia, y se dedicó a dar mensajes positivos a Benjamín. A partir del punto anterior, el tema de paternidad destapó conflictos en la pareja: *“La relación no anda bien, Benjamín se da cuenta de cómo nos llevamos, ve a Abdiel como alguien a quien su mamá regaña”* dijo Hilda. Mientras Abdiel se defendió diciendo que Benjamín lo ve como su amigo.

Después de la **intersección**, se preguntó por sus expectativas de la terapia familiar:

- Hilda: “yo quiero trabajar la situación de pareja, y lo voy a decir aunque Abdiel no quiera, él tiene un problema, tiene una adicción a la marihuana...”
- Abdiel: “yo quiero un hogar armonioso, donde no haya peleas... que podamos estar bien como familia”.

Como **mensaje final** se les dijo que *todo el equipo* notó que es difícil para ellos sintonizarse como pareja y como padres, que iniciaron un proyecto juntos antes de que naciera Benjamín y que en esta etapa diferente habrían que construir de nuevo un proyecto (*el mensaje se dio con la intención de construir un objetivo en conjunto que tuviera sentido para la pareja, pues respondieron cosas distintas aunque las ideas se conectaban*). A Abdiel se le dijo que Benjamín necesita un padre, e Hilda a un padre para su hijo. Abdiel respondió que él también quiere involucrarse más, se utilizó su propia idea para introducir que es necesario tanto ayudar al niño a sentirse más motivado, como las cuestiones “más prácticas” que están relacionadas con la organización de actividades y distribución de tareas entre los padres (*de tal manera que se atendió el motivo de consulta y se promovió una repartición más equitativa de las tareas que a cada uno corresponden, y de la organización familiar, ya que ésta última recae sobre Hilda*).

En la **segunda sesión**, Hilda y Abdiel comentaron que tuvieron armonía en casa. Hilda describió que Abdiel tiende a decir las cosas de manera “impositiva” pero observó que cambió su tono de voz a uno que demuestra interés, además ayudó con las tareas de casa.



Posteriormente, se habló del consumo de marihuana de Abdiel, para Hilda es un tema de confianza y responsabilidad, pues considera que debido al consumo Abidel no ha participado como padre. Asimismo compartió que cuando él no está consumiendo es muy irritable y piensa que tal vez los cambios positivos de Abdiel se deben a que consume de nuevo (*yo pensé en el tema de confianza entre la pareja, que los deja a ambos atrapados entre hacer cambios positivos pero explicados desde el consumo, lo que merma la confianza, también me llama la atención el uso de la palabra “irritabilidad”*). En el transcurso de la sesión Hilda habló de su miedo a dañar la armonía y traspasar sus miedos y estrés a Benjamín, que prefería separarse a ofrecer un hogar con tantos conflictos en la pareja, explicó que ella tiende a explotar y Abdiel a ser demasiado pasivo en las actividades. La pareja hace una analogía que Hilda compara con un juego de subirse al ring donde se descalifican y ofenden, y Abdiel coincide con explicarlo así. Se preguntó a Hilda cómo entiende que Abdiel la describa como explosiva, respondió que cuando ella está organizando o haciendo cosas él siempre está muy paciente y eso la hace sentir no apoyada, generando que explote. Mencioné que *mientras Hilda responde ante las situaciones con más movimiento desde su lugar, Abdiel pareciera ser demasiado paciente, es decir, los dos hacen un contraste que hace ver a uno como explosivo y al otro paciente. En cambio, cuando Abdiel se muestra paciente y ve a Hilda haciendo demasiadas cosas, hace parecer que ella es muy explosiva, porque Abdiel no genera tanto movimiento, ambos asienten mientras escucharon.*

Al regresar de la **intersesión** retomé el tema del *juego del ring que descalifica, menosprecia y hiere entre la pareja*. Asimismo, se les dijo *llevan tiempo en este juego y son muy valiosos los cambios que hacen para que el juego sea diferente*, como los que describieron al inicio de la sesión, como que Abdiel maneje un mejor tono de voz y muestre disposición, e Hilda procure no explotar, les pregunté si consideraban estos cambios como parte de una reorganización de prioridades, o si los acercaba al camino que quieren (pensando en construir confianza entre ellos).

- Hilda: “si veo un cambio en las prioridades, ahora quiero que podamos retomarnos como pareja y tener más armonía”.
- Abdiel: “estos si son cambios pero apenas son el inicio, para ver qué otras cosas van a cambiar, estos cambios que iniciaron son parte de un rompecabezas que empieza a formarse, y a conectarse estas piezas con el resto de las piezas”

La **tercera sesión**, narraron que Hilda se enfermó y Abdiel estuvo como responsable en el hogar, lo cual dejó ver una mayor participación de su parte en casa y con Benjamín. Conforme avanzó la sesión narraron ejemplos de mayor armonía y mejor organización comparándolos con ejemplos pasados. Posteriormente se les preguntó ¿qué nombre le pondrían a la paternidad que están construyendo?, a partir de los cambios y ejemplos que



dieron. Abdiel fue el primero en responder llamándola “paternidad fraternal”, haciendo referencia a una paternidad que permite involucramiento. En cambio, Hilda la nombró “apertura y disposición para escucharse”.

- Hilda dijo que “ahora sé que soy capaz de ser tolerante y escucharme a mí misma, veo que Abdiel se ha esforzado y está más involucrado y eso me ha ayudado a conocerlo más en plano de padres y entender que los dos estamos en un proceso de trabajo”.
- Abidel dijo que “ya tenemos un mayor involucramiento, ahora podemos conocernos los tres y tener un espacio para compartir, yo veo que ya se ve un aprecio y cariño entre los tres” (*releyendo las relatorías, pienso que debí haber promovido que Abidel también hiciera un reconocimiento de los cambios en Hilda, ya que su definición de los cambios está enfocada en la familia*).

Por otro lado, Hilda narró que Abdiel no es responsable con su salud y que ella espera que él se cuide para cuidar de Benjamín, él se rió mientras ella hablaba, además la interrumpió diciendo que no le gusta decirle las cosas pues se preocupa y exagera. Le digo que para mí es importante que todos podamos escucharnos y que no hablen al mismo tiempo, pues eso impide la escucha (*para regular y crear un espacio donde no se descalifiquen, pues pienso que esto pasa frecuentemente en la relación*) Abdiel dejó de interrumpir, e Hilda continuó hablando.

En la **interesión** el equipo comentó que el tema de la marihuana no se ha abordado y que sería importante hacerlo (*yo tenía el prejuicio que de abordar este meta entraríamos a un terreno pantanoso y temía ya no salir de ahí, pero el equipo lo hizo notar y sentí confianza de hablarlo*), al regresar retomé el consumo de marihuana con la pareja.

- Hilda quiso entender qué tanto ha afectado la relación, piensa que el consumo tiene tranquilo a Abdiel y le da miedo creer que depende del consumo para lograr los cambios que ha hecho, así como, de repetir la historia en la que Abidel fue agresivo con ella. Además dijo que si él quiere afrontar el consumo, ella tiene la disposición de afrontarlo con él.
- Cuando Abdiel habló divagaba en sus respuestas, sin embargo, después de varias preguntas concretas él hizo ver su interés por dejar el consumo de marihuana, especialmente cuando hizo la reflexión de que no le gustaría que Benjamín se hiciera una mala imagen de él. Abdiel comentó que ha tenido períodos en que deja de consumir por eso piensa que es cuestión de voluntad, asimismo dijo que las personas que atienden (profesionales de salud) esta problemática deben comprender a su nivel y no estigmatizar, por último agregó estar dispuesto a que Hilda forme parte del proceso para dejar de consumir.



Cerré la sesión introduciendo la idea de que la disposición de Abdiel por dejar de consumir y de Hilda por apoyarlo es una pieza más de la construcción de paternidad en la que están trabajando como parte de un proceso (haciendo alusión a la metáfora del rompecabezas, que Abdiel utilizó la sesión anterior), y por lo tanto habría que irse despacio, los dos asintieron a esta idea. Asimismo, reconocí su esfuerzo y les dije que el equipo ha visto, como clave para los cambios, que ellos ejemplifican cómo cada quien se hace cargo de sus reacciones, conductas y sentimientos, y que además son capaces de reconocer en el otro su esfuerzo, y respetar su proceso.

En la **cuarta sesión** se habló en **pre sesión** de explorar las creencias del consumo de marihuana de Hilda y Abidel pues surgió la hipótesis de que la marihuana es un regulador como tercer elemento en la relación, y de dar espacio para conocer la historia de vida familiar de cada uno. Al inicio de la sesión, los dos se veían tensos. Les pregunté a los dos, en distintos momentos, de sus historias familiares en relación al consumo (*para conocer el contexto en el que Abdiel consume y el de Hilda para sostener la pareja con alguien que consume*). En resumen, Abidel explicó que la muerte de su papá “desconfiguró” (*palabra que usó Abdiel*) a la familia con 10 hijos, y que los hijos menores quedaron vulnerables, siendo él uno de ellos. En la familia de origen de Hilda no hubo historia de consumo, respecto a creencias asociadas al consumo Hilda expuso que ha visto que los jóvenes que consumen marihuana se suicidan o son padres no responsables.

Con esta información se le dijo a Abidel que si se daba cuenta de estar entre un debate de dos discursos del entendimiento de la marihuana. Abidel comentó que si se ha dado cuenta, pero él dijo estar consciente y por eso procura ser cuidadoso con el consumo. Hilda dijo que ve a Abdiel entre el “deber ser” y lo que “es ser”. Le pregunté a Hilda si ha estado en su propio debate y respondió haber entendido dos cosas al escuchar a Abdiel en terapia. La primera, que está consciente que acusar y presionar no va a rendir algún fruto, la segunda cosa, es que tal vez él consume porque desea ocultar una realidad. También, les pregunté qué lugar ha tenido la marihuana en la relación (*pensando en la hipótesis de que la relación necesita de terceros para regularse*):

- Hilda: “es un cuarto integrante de la familia que desarmoniza la vida familiar y regula las emociones de Abdiel”.
- Abdiel “sólo es un tema que nos lleva a las discusiones, no la veo dentro de la relación”.

Pregunté qué temas dejan de ver o escuchar por darle espacio al consumo de marihuana (*por un momento sentí que no avanzábamos mucho y pensé qué si la marihuana fuera sólo la pantalla, ¿qué no se estaba escuchando?*), después de preguntarles, los dos se querían pensativos con la pregunta, aunque a Hilda pareció hacerle sentido, dijo que se dejó a un lado



el tema del desarrollo de Benjamín, las expresiones espontáneas, la comunicación entre ellos, para Abdiel se dejaron a un lado los temas de trabajo y la propia familia. Se tomó una pausa y regresando se les propuso sesiones individuales, ambos aceptaron. Antes de **cerrar la sesión** les compartí la hipótesis de que la pareja necesita de un tercero, que los mantenga unidos pero que también invisibiliza a la pareja, este tercero puede ser Benjamín o el consumo de marihuana. Los dos mostraron atención, incluso Hilda expresó “pues sin esos terceros pues no hay pareja”.

La **quinta sesión** asistió Abdiel de manera individual, se inició por conocer su familia de origen y la historia familiar antes de su vida con Hilda. Posteriormente pregunté cómo tomó su familia que él se haya ido a vivir con Hilda, respondió que la familia estaba preocupada, ya que, era el único que faltaba de tener hijos. Abdiel narró que en tercer semestre de la carrera le propuso a Hilda vivir juntos pues “ya tenía ganas”. Su mamá estuvo feliz de los logros de Abdiel. Sin embargo, cuando se le preguntó si ella estaba enterada del consumo de marihuana, Abdiel tuvo una reacción de incomodidad (se le llenaron los ojos de lágrimas y se le quebró la voz), refirió que su mamá le ha preguntado “¿qué te da eso?”, se preocupa por él y siente tristeza y dolor. Explicó que ha dejado de consumir por años, que lo retoma en momentos de estrés, aunque no lo relaciona directamente como causa. Atribuyó el consumo a tres cosas:

1. Que en la adolescencia tuvo mucho resentimiento por no tener a su padre,
2. A vivir en una familia con tantos hijos donde la mamá no tuvo el apoyo del padre ni estudios, no podía hacerse cargo de todos y,
3. A la influencia de las amistades. En esta sesión dijo que así se justificaba, agregó que hasta el nacimiento de Benjamín vió por primera vez el consumo de marihuana como algo no funcional y no lo vio como un riesgo.

Por otro lado, en su historia explicó que fue un joven introvertido y que en un momento se dijo “ser introvertido no me sirve de mucho” y cambió su forma de ser. Le dije que es muy interesante esa forma de pensar, darse cuenta que algo que ya no es útil o no le sirve e ir desechando esas ideas, ir transformandolas y agregando otras. Al regresar de la **inter sesión** Abdiel comentó que otro factor que no mencionó pero que influyó en el consumo, fue la soledad (*al parecer lo asociaba con la falta del papá, aunque no indagué, al leerlo de nuevo pienso que puede estar hablando de pareja. También me hizo sentido con la historia que contó de haber sido un niño introvertido, pues en un inicio no lograba relacionarlo*). Como **mensaje final** para cerrar la sesión, se le dijo que él tiene varias formas de afrontar los problemas como la lectura, el aprender y el consumo, es una forma más.



La **sexta sesión** se realizó el mismo día que la de Abdiel, Hilda entró de manera individual, inició por hacer un mapa general de la familia. Yo veía tensa a Hilda y sus respuestas me parecían cortas y concretas, aunque conforme fue tocando los temas dolorosos se fue soltando en su forma de narrar y responder. Habló de su mamá con un estilo de crianza “militarizado” la única explicación que tiene sentido para Hilda es pensar que su mamá tenía “carencias” en información para educar y que sentía impotencia para guiarlos por lo que utilizaba el control. Comentó que la relación con su mamá cambió cuando ella estaba en tercer semestre de universidad y quedó embarazada, narró que Abdiel no quería ser padre y la llevó a un lugar para que abortara. Hilda expresó sentirse muy triste y arrepentida, se dijo “cobarde” de no poder defender que quería continuar con su embarazo, lloró mientras contó la historia. Comentó que esa etapa fue muy difícil, ya que vivió sin el apoyo de Abdiel ni de su papá y familia, que al enterarse de su embarazo mostraron su desacuerdo y tomaron distancia (*al escucharla, yo fui validando su dolor y me pareció injusto el contexto que retroalimenta a las mujeres que el embarazo es una falla o muestra de poca valía, por hacer uso del ejercicio de la sexualidad y placer*). Sin embargo, agregó que su mamá reaccionó diferente y le dijo “levántate, levanta la cabeza” y esas palabras la hicieron sentir apoyo. Le pregunté si con esa frase ella entendió algo diferente de la relación con su mamá, y respondió que entendió que su mamá se preocupaba por ella y que sí la quería.

Al regresar de la **intersesión** le dije que al equipo le llamó la atención cómo se ve desde fuera, con una estructura fuerte que la contiene pero que por dentro tiene muchas emociones encontradas y pregunté si los demás la ven así (ella asintió), agregué que es de reconocerse cómo en momentos difíciles (adolescencia) logró enfocarse en algo positivo (la escuela, además me parece que era un mujer muy valiente) pero que desafortunadamente no todas las personas encuentran la puerta que ella encontró (*pensando en que Abdiel en la adolescencia inició el consumo de marihuana*), y por último retomé como algo positivo que ella pudo ver los dos lados de su mamá (conductas violentas, y el cuidado y apoyo que le brindó cuando abortó), lo cual le permitió integrar una relación con ella. Se le sugirió a Hilda otra sesión individual, *pues creí que necesitaba un espacio seguro donde expresar su dolor pues no lo hacía en presencia de Abdiel*.

En la **séptima sesión** se vio de manera individual a Hilda, narró que estuvo enferma, le dio un ataque de asma y pensó que iba a morir. Además Benjamín tuvo reflujo y la pediatra lo atribuyó a estrés emocional. Hilda relacionó el estrés de Benjamín con las diferencias que ha tenido con Abdiel, agregó que ha habido más reclamos de su parte, se enojó y explotó, aunque también tuvieron momentos tranquilos. Se le preguntó qué pasa cuando se enoja, tratando de llevar las preguntas a qué sucede en un nivel personal (*buscando ubicar el sentimiento y qué alimenta dicha reacción*). Carmen explicó que no se detiene y se sigue,



como si el enojo fuera la emoción equivocada por sentir, pues refirió que le gustaría poder detenerse con sus reacciones hacia los demás.

- Explicó con una analogía “es como cuando voy caminando pero mis reacciones van delante y mi consciencia se queda atrás. Me gustaría tener el control de la situación pero siento que la indiferencia de Abdiel hace que no pueda detenerme”. Incluso comentó que le ha dicho a Abdiel que ya no piensa seguir “jalándolo” para que puedan “caminar juntos como pareja”.

Le pregunté cómo se le ocurrió que tenía que “jalar” a Abdiel, Hilda narró que cuando iniciaron la relación ella le ayudó a terminar su carrera, aparte Abdiel le pidió que le “ayude” porque ella si tuvo padre y “seguridad”, aceptó el papel de ayudarlo aunque puso un alto a la ayuda que ella brindaba a la familia de Abdiel, porque los hermanos lo golpearon.

Hilda dijo que quiere caminar hacia delante pero es como si le pisaran los dedos del pie y que ahora se rebela y dice “basta”. Le pregunté que si esa “rebeldía” es similar a la que mostró a su familia de origen (*en la historia familiar Hilda comentó que era vista como la “rebelde” de la familia por no seguir las demandas de sus hermanos*). Hilda asintió y lloró diciendo que son dos etapas diferentes y que la de ahora es como una “regresión” a la primera etapa, refiriéndose a cuando sus hermanos la golpeaban y a la violencia familiar, y la segunda (actual) es lo que vive con Abdiel. Agregó que quiere ser “libre” y no permitir esta situación. Le pregunté si esta situación se relaciona con su estado de salud y dijo que sí, por otro lado también la relaciona con la sensación de impermeabilidad emocional que genera, pues narró que ella se aguantaba las lágrimas cuando sus hermanos la golpeaban para que la dejaran más rápido, por lo que aprendió a no expresar su dolor (*como una de las estrategias de supervivencia que menciona Scheinkman, M. y Dekovenfishbane, M. (2004) en el ciclo de la vulnerabilidad*).

Se tomó la pausa y en la **intersesión** el equipo mostró reacciones de asombro, dolor y enojo ante la historia, y surgió la hipótesis de que tal vez Hilda piensa que debe seguir cumpliendo la promesa de “apoyo” a Abdiel. Al regresar a la sesión le pregunté si siente que ya ha ayudado a Abdiel en algo, o si piensa que aún no le ha ayudado, o no ha sido suficiente la ayuda, Hilda respondió que sí cree haberlo ayudado, su cara se mostró diferente al decirlo. Posteriormente le comenté que hay diferentes formas de ayudar, no ayudar es una, ya que, hay cosas que sólo pueden hacerse sin ayuda. Asimismo, le hablé de una idea peligrosa: pensar o sentirse seducida por la idea de hacerse cargo de Abidel. Por último, le pregunté si podría centrar su ayuda en ella, pensando en todos los problemas de salud que tiene, dijo que sí, que es tiempo de ayudarse a sí misma.



La **octava sesión** fue con Abdiel y se realizó el mismo día de la sesión anterior (como primero escuché a Hilda yo me sentí muy molesta con Abdiel y lo comenté en el equipo para desahogarme y para que estuvieran atentos a mis reacciones en la sesión). Me dijeron que era válido por toda la violencia que Hilda ha vivido y que viera si podía dirigir la conversación a que Abdiel reconociera qué efectos tienen sus reacciones y actos violentos. Abdiel habló de nuevo de cómo la muerte de su padre lo hizo tener una vida de resentimiento. Le pregunté ¿cómo piensa que hubiera sido su vida, si su papá no hubiera muerto? A lo que respondió que “no creo en los hubiera... vivir sin mi padre fue lo mejor que me pudo haber pasado... pues me dejó una madurez”. Le pregunté que si piensa que su vida pudo haber sido diferente sin ese resentimiento por la muerte de su papá y comentó que sí, pues el resentimiento lo ve como un impedimento, algo que lo hizo introvertido y le enseñó a responder a la defensiva, teniendo conductas agresivas para sacar su resentimiento. Para Abdiel el resentimiento está compuesto de dolor, pena y de no saber cómo manejar adecuadamente el duelo, o no tener una explicación a la muerte de su padre. Le pregunté si hablan de esto en su familia, respondió que no tuvo una guía de qué hacer, pues su mamá y hermanos mayores ya tenían sus propias cosas y por lo tanto como hijos menores estuvieron más vulnerables, pues no tuvo una guía que le diera confianza o algún consejo, le pregunté qué consejo cree que le hizo falta recibir de su padre y dijo “no te preocupes, te equivocaste... que me diera un respaldo de que todo iba a estar bien”. Abdiel refirió estar libre de resentimiento, aunque posteriormente se contradijo diciendo que ha quedado algo de resentimiento que lo hace ser intolerante con sus reacciones y le señalé “cuando hablas del resentimiento tu cuerpo reacciona algo acelerado, como si tu pensamiento dice algo, mientras que con la emoción dices otra cosa, como si no hubiera un diálogo entre pensamiento y emoción” y pregunté si la intolerancia es parte de esa desconexión de diálogo, Abdiel expresó que simplemente no hay diálogo.

En la **intersesión**, hubo una diferencia de ideas en el equipo, curiosamente dividida por género. Las mujeres comentamos que Abdiel no se hace responsable y que sigue en el mismo discurso de siempre (yo sentía estar en círculos, con respuestas tautológicas), mientras los hombres expresaron que vieron avanzar de a poco a poco a Abdiel, y que hablar de la falta de su padre es precisamente lo que lo podría hacer vivir un cambio. Se decidió plantear ésta diferencia a Abdiel como un dilema, pues se pensó que tal vez estas dos cosas le pasan. Regresé de la pausa y expuse que el equipo tuvo un debate “por una parte los hombres piensan que hablar de la muerte de tu padre te lleva a pasar a otro lado donde se vea un cambio, sin embargo, las mujeres pensamos que tal vez estamos hablando de un tema que para ti no es útil y que por el momento no es tiempo de abordarlo”. Le pregunté qué piensa y sorprendido dijo que los expertos son el equipo, que nosotros le dijéramos qué pasa con él, por lo que volví a plantear que creemos que el dilema del equipo es un reflejo de su propio dilema (para devolver la responsabilidad de sus actos) y mencionó que le parecía interesante.



En la **novena sesión** asistieron Hilda y Abdiel a sesión de pareja. Les pregunté cómo les fue con las sesiones individuales, la primera que respondió fue Hilda, dijo estar más tranquila y haber reflexionado que hay cosas que no le corresponden, agregó que se ha sentido con agotamiento físico y emocional por lo que ha puesto límites. En cambio, Abidel dijo sentirse más tranquilo pues la convivencia en casa ha mejorado, además narró una situación que compete a la escuela de Benjamin, que los tenía tensos, y que lograron resolver satisfactoriamente: el niño tenía tiempo quejándose de la escuela, tanto Hilda como Abdiel hablaron con los maestros e hicieron visitas a la escuela. Sin embargo, la situación no mejoró. Benjamin dejó de comer y se sentía mal, Hilda llevó a su hijo con la pediatra, esta última le dijo a Hilda que tienen que cumplir su rol de padres, que un niño tiene que ser feliz y le hizo una pregunta que inquietó a Hilda “¿Dónde están los padres?”. Ese mismo día lo comentó con Abdiel y le pidió que cooperara para cambiar al niño de escuela, aunque renuente aceptó, entre los tres decidieron que lo mejor era un cambio de escuela. Benjamín pasó tres días a prueba en la nueva escuela, les dijo a sus padres que le encantó. Este evento tuvo un resultado de mayor “armonía familiar” en casa. Se sintieron satisfechos con la resolución que dieron al conflicto, y a la vez reflexivos de cómo estuvieron un tiempo sin darle resolución.

- Hilda explicó que la comodidad y los miedos al cambio la detuvieron a pensar en mover a Benjamín de escuela.
- Mientras Abdiel entendió que él no estaba lo suficientemente involucrado, que creyó estarlo, pero al ver a su hijo y escuchar lo que la pediatra les dijo, se dio cuenta que sólo se quejaba y no hacía más por su hijo.

Les pregunté ¿qué los mantenía anclados a la comodidad y a la queja?, y ¿cómo se movieron de ahí?

- Abdiel: “me esforzaba en resolver, pero sólo con la queja, hasta que me di cuenta que eso no funcionaba, aun así tenía miedo que Benja fuera a sentirse mal por el cambio de escuela... que fuera a extrañar a sus amigos y no se adaptara”.
- Para Hilda el ancla estuvo en la indisciplina. Les pregunté ¿cómo los ve Benjamín al resolver esta experiencia?. Hilda comentó “no entiende porqué tuvimos que llegar a esos extremos de no escucharnos, ahora ya veo más cercana la relación de Benjamín y Abdiel, ya entendí que yo no soy papá y mamá, sino mamá”.

Abidel agregó que su hijo se acerca más a él y le dice que jueguen juntos. Ahora los tres conviven y dialogan más. Asimismo, refirió que había perdido la sensibilidad hacía Benjamín, pero que trata de no subestimarlos y de confiar en que ellos pueden.



Se tomó una pausa para la **intersesión**. Al regresar reconocí a Abdiel que le funciona más estar en la acción y menos en la queja, a Hilda que la vimos muy reflexiva y con menos miedo al cambio, les pregunté si éste evento los hizo pensar algo diferente como familia y agregué que esto es parte de un proceso, que hay que mantenerse alerta.

Para la **décima sesión** asistió Abdiel, aunque tenían cita para sesión de pareja. Abdiel comentó que Hilda no alcanzaba a llegar por el trabajo, y que quería hablar de su hijo pues ha visto a Benjamín nervioso, pues cuando están abrazados el niño no quiere soltarlos y cuando los tres se abrazan dice “vamos a pegarnos con kola loka”. Abdiel explicó esto como inseguridad por parte del hijo, porque ve pelear a sus padres. Le dijo a Benjamín que siempre va a estar con él pues no puede vivir sin su hijo. Se le llenaron los ojos de lágrimas. Posteriormente, dio una serie de ejemplos de las discusiones que tienen donde Hilda lo insulta y éste se queda con la sensación de no ser suficiente. Mientras narró los ejemplos se mostró molesto, tratando de entenderlo le pregunté ¿qué lo confunde?, a lo que respondió que no entiende por qué reacciona así Hilda, que la conoce muy bien y que puede leer las emociones de ella, piensa que siempre será así en su forma de reaccionar, lo cual le hizo pensar que no hay nada que la satisfaga por lo cual refirió sentirse frustrado y enojado. Le pregunté si el enojo de Hilda siempre es por él o tiene que ver con otros temas, respondió que a veces llega enojada del trabajo y se desahoga con él. Explicó que Hilda se enoja por cosas del pasado pues hace “ligas” (*pienso que hubiera sido oportuno preguntar qué cosas del pasado son importantes para Hilda para traerlas al presente, para promover mayor consciencia de qué hace Abdiel para favorecer esas reacciones en ella*). Abdiel comentó que antes se sentía culpable (en el noviazgo) y se dedicó a apaciguar el enojo de Hilda pero se repetía la dinámica. Hasta que al vivir juntos entendió que en la pareja cada uno lleva el 50 % (*Aquí pudo haber sido oportuno traer la parte que a él le corresponde, tal vez le preguntaría cuál es su 50%*). Le pregunté qué siente ahora que no se piensa culpable, y dijo que tristeza, afirmó que deberían de tratarse de otra forma, sin insultos. Le dije que si él tiene algún estándar de pareja con la cual compara su relación, o si se le vienen a la mente otras parejas y cómo lo resolverían.

Se tomó la pausa para la **intersesión**, al regresar Abdiel comentó que se quedó pensando en la pregunta anterior, y que la forma de resolverlo es el diálogo pero que lo ve difícil porque ella es muy dura. Le comenté que su relación con Hilda es oscilante, Abdiel inmediatamente lo adaptó a su mapa de pensamiento convirtiendo el mensaje en una analogía de puntos en una gráfica, agregó que si tienen momentos donde son felices y otros en los que celebran estar juntos. Por último, le sugerí que entre Hilda y él traten de preguntar a Benjamín qué significa que se peguen con Kola loka, es decir, lo entienden como que Benjamin se siente muy bien que quiere mantener todo y pegarlo, o por otro lado, hay algo que le preocupa, como una separación y quisiera pegarlos a todos, o si piensa en una tercera explicación.



En la **onceava sesión** se realizó un ejercicio en el que Hilda y Abdiel representaron los momentos significativos de su relación a través de un recorrido en el tiempo de la misma, a su vez calificaron como buenos o malos los momentos que representaron. La primera en hacer la gráfica en el pizarrón fue Hilda, Abdiel estuvo particularmente atento e hizo comentarios que demostraron no estar de acuerdo con lo que Hilda dibujó. Por el contrario, cuando fue turno de Abdiel, Hilda permaneció en silencio pero a la vez atenta. Abdiel quiso ser el primero en explicar su línea del tiempo de la relación. A simple vista, la línea de Abdiel estaba por arriba de la de Hilda pero incluso los momentos “malos” no tenían un puntaje menor a 7 (donde 1= muy malo, 10= muy bueno). En cambio, la línea de Hilda osciló entre el 1 y el 10, lo cual demostró una discrepancia en la percepción de ambos.

Al finalizar con su descripción de la gráfica le pregunté a Hilda cómo fue escuchar a Abdiel, respondió que ella no estaba de acuerdo con muchas cosas que él dijo, agregó que le hace ver lo diferente que ven y viven las cosas pues para ella no es optimismo como él lo comentó, sino indiferencia ante los momentos críticos, como lo fue el aborto. En ese momento, Hilda lloró y le dijo a Abdiel que ya le ha dicho que sentía mucho dolor por eso y que él la llevó a abortar. Hilda comentó que ya no quiere sentir ese dolor porque le afecta, quiere asimilarlo, incluso mencionó que el dolor le impide reconocer cosas de Abdiel pues inmediatamente recuerda el aborto, le enoja que él le diga que exagera y otros comentarios agresivos que la hacían sentir que a él no le importa. En ese momento Abdiel se rió y le señaló que si reírse cuando Hilda lloraba, es justo parte de las cosas que a ella le hacen sentir no comprendida por él, Abdiel dijo que supone que sí y asintió.

En la **intersesión** el equipo se molestó por la risa de Abdiel y les sorprendió la disparidad entre las líneas. El supervisor propuso hacer un paréntesis en el ejercicio y hacer una sesión para hablar del aborto, comentó que a pesar de que hubo tensión sintió que la pareja está en un buen momento para sostener este tema y me sugirió comentarlo a la pareja. Al regresar les dije que la relación está en un momento en que tal vez se pueda hablar del aborto, por lo que hay que darle un espacio. Por último dije que los dos tienen formas diferentes de manejar la situación: *Abdiel quiso darle vuelta a la hoja e Hilda quiso dialogarlo para sentirse entendida, sin embargo, no lo han asimilado.* Agregué que independientemente de las diferencias en las gráficas donde hay disparidad en cómo cada quien ha percibido su historia personal en la relación, se podía ver una historia de pareja que ha procurado mantenerse unida. Se les citó la próxima semana por la sensibilidad con la que la pareja quedó y se les pidió que no hablaran del tema hasta la siguiente sesión.

En la **doceava sesión** se presentaron Abdiel e Hilda. Se les preguntó cómo les fue a lo que Hilda respondió que han estado tranquilos pero que ha tenido dolores de cabeza desde la última sesión, Abdiel le preguntó que si “de las emociones reprimidas”, (*me llamó la*



atención que Abdiel interviniera y abriera diálogo con ella, como tratando de explicar lo que le pasaba a Hilda) Hilda confirmó que puede ser lo anterior, más una situación médica de Benjamín que le preocupó (amnea y amigdalitis). Posteriormente explicó que se quedó pensando en la gráfica de Abdiel y confirmó que a él no le importaron varias cosas, refiriéndose al aborto. Abdiel por su parte comentó que Hilda lo etiquetó de “insensible” pero que también sintió dolor por el aborto. A partir de este tema, la pareja entró en una discusión acerca de qué eventos fueron generando ciertas discusiones, cuando uno terminaba de hablar el otro “corregía” o agregaba un evento anterior que explicaba su versión (*mientras yo me sentí abrumada por la escalada, no supe cómo intervenir, cuando en otros momentos puedo parar las discusiones, me pareció que en ésta no fui requerida y tampoco supe qué hacer*).

Se retomó el tema del aborto, Abdiel dijo que Hilda lo tachó de “insensible” pero que él no lo olvida y aun lo siente, lo vio como una decisión mal tomada de la cual se arrepiente, y la consideró reprochable, que nadie va a perdonarlo pero que él ya se perdonó y dijo “incluso le escribí un poema”. En cambio, ella refirió sentir mucha culpa de no haber afrontado a Abdiel para no abortar. Además hablaron de una infidelidad que dolió a Hilda como mujer y agregó que ha permitido muchas cosas en la relación por el vínculo que siente por Abdiel y narró un episodio de violencia con Benjamín presente, en el que Hilda recibió un golpe de Abdiel en el ojo. Comentó que no fue la primera vez. Ella estuvo a punto de hacer una demanda pero él le pidió que no lo hiciera, desde entonces no ha vuelto a presentarse violencia física pero sí psicológica y emocional. Hilda retomó el tema del aborto y les pregunté cómo sería su vida de no haber abortado, Hilda respondió que tal vez no seguirían juntos, pero Abdiel dijo que sí, que sabe que fue su responsabilidad pero que también le sigue doliendo. Les pregunté que si el dolor que cada uno siente es el mismo o si hablamos de dos dolores, aceptaron que son diferentes por sus perspectivas, se agregó la posibilidad de que haya un tercer dolor, el de la relación. Abdiel preguntó cómo se debe manejar el duelo, si debe ser algo en pareja como Hilda lo ha pedido, o si tendrían que afrontarlo individualmente, mencionó que han llorado juntos y eso no funcionó, en cambio a él le ayudó perdonarse.

Antes de salir a la **intersesión** les pregunté qué necesitan ver o sentir para pensar que el duelo ha avanzado. Regresando de la pausa la pareja dijo que no sabe qué les ayudaría a decir que han avanzado con el duelo (aunque según para Abdiel ya está resuelto).

- Hilda agregó que ella no sabe si algún día dejará de sentir ese dolor porque no cree que eso desaparezca, y cuestionaba si mantenerlo significa no superarlo, o deshacerse del dolor significa que lo ha superado.
- En ese momento, Abdiel la vio y le dijo que nunca se va a ir el dolor, y que él piensa que ella se aferró al dolor porque sintiendo culpa es su forma de no traicionar el recuerdo del niño. Hilda lo ve muy atenta, pero emocionalmente no responde, sólo



mueve la cabeza en forma de negativa (*Es el primer momento en que vi que Abdiel e Hilda realmente se veían y escuchaban*).

Aunque puede que la interpretación de Abdiel tuvo un ligero impacto a nivel racional, tuvo impacto a nivel relacional porque Hilda se veía más dispuesta a hablar de su duelo y dejó el reproche. Les dije que los dos tienen formas de manejar el duelo, que ambas son válidas y necesarias (individual la de Abdiel y en pareja la de Hilda). Abdiel preguntó cuánto tiempo sería adecuado que Hilda y él platicaran, para que Hilda deje de llorar, cuántos días y semanas o meses serían prudente (*esta pregunta me pareció que minimizaba el dolor de Hilda y que Abdiel sujetaba a Hilda a un esquema de duelo poco empático. Me molestó la pregunta, pero traté de hacer una intervención que involucrara a Abdiel en el proceso del duelo para mantener la conexión relacional que habían logrado*). Le respondí “tú viviste una experiencia de pequeño, de un proceso de duelo con la muerte de tu papá, entiendes que no es algo que se pueda determinar por días o semanas, sino que es un proceso”. Con esto Abdiel se quedó muy serio y vió a Hilda, ella se quedó tranquila. Por otro lado, comenté que tal vez hacía falta darle un lugar al niño que no nació en la relación, los dos me vieron con atención y asintieron, pues regularmente se habla del aborto y el dolor que causó pero no de la pérdida que vivieron y del lugar que tiene en la familia. Se finalizó la sesión. Sin embargo, en la puerta de la cámara de Gessel mientras nos despedíamos, Abdiel me dijo que como él ya vivió un proceso de duelo que si pensaba que era buena idea que los dos tuvieran algún tipo de despedida del niño (Hilda muy atenta sonrió, como si le agradara la propuesta de Abdiel), Abdiel agregó que ya sabía qué podían hacer y le sonrió a Hilda. Les dije que era una buena idea y que hicieran la despedida o que la comentaran en la próxima cita.

No hubo citas posteriores, la pareja se comunicó para decir que Benjamín tuvo problemas de salud, debido a complicaciones respiratorias. Hilda se contactó después y dijo que estaba tranquila, pero que seguían con dificultades para acudir a las citas. Se les dijo que se comunicaran para re agendar, más no regresaron.

De las hipótesis planteadas del por qué no regresó la familia, en el equipo se llegó a mencionar que Hilda obtuvo un espacio donde se escuchara su voz y Abdiel dejó de minimizar el aborto. Además, para el sistema, nombrar el aborto como pérdida y contextualizarla en un proceso de duelo, hizo que se diera un lugar a las emociones y sentimientos de ambos, pienso que también se abrió un espacio para vivir la maternidad y paternidad interrumpida a través de una despedida, y que posteriormente la maternidad y paternidad fue anhelada al tratar con varios procedimientos de fertilidad hasta que tuvieron a Benjamín. Aunque estas son hipótesis, no se tuvo más información de la familia.



Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención con la familia

↪ Análisis del caso basado en el model de Milán sistémico relacional y los procesos basados en el modelo multiprocesual de fruggeri (2005)

Las relaciones entre la familia y el ambiente: Las relaciones dentro de la familia son oscilantes. Por una parte la relación hacia Benjamín era de cuidados, pues se expresaban con amor y afecto hacia él, les hizo sentir esperanza y tranquilidad en la familia. Por otro lado, la relación entre Abdiel e Hilda, con antecedentes de violencia física y con violencia emocional, los introdujo en un movimiento oscilante entre las reacciones agresivas y la necesidad de mantenerse tranquilos, misma que provocaba ansiedad. Durante la relación hubo eventos que los separaba (relación de Abdiel con alguien más de forma paralela a Hilda), separación (por la violencia), búsquedas de trabajo en otra ciudad (relación a distancia), etc. Así como, situaciones que los unía, como el desarrollo de Benjamín y su diagnóstico. Además, los padres estuvieron en constante contacto con instituciones reguladoras (familia, INR, escuelas, médicos) de su ejercicio como padres, generando así esfuerzos entre ellos por verse como una familia competente en áreas de salud, económica, y para motivo del proceso terapéutico, en sus afectos y relaciones, que lograron generar de manera local en ciertos contextos, ya no sólo para Benjamín, sino para los tres.

Procesos interpersonales, simbólicos e interactivos. La parentalidad que han ido construyendo se fue conformando de acuerdo a su representación del rol que deben cumplir. Sin embargo, para Hilda y Abdiel ha sido complicado encontrar una sintonía en la que se sintieran apoyados, reconocidos y comprendidos. Abdiel constantemente defendía su identidad (diciendo que no era un adicto, que era un padre involucrado, se percibía como optimista en vez de indiferente) con Hilda, a la vez que ella buscaba una colaboración entre ambos (“dejé de ser padre y madre para que él tome su papel”, comentaba con él las cosas y esperaba su respuesta, etc.). Los dos se vieron vulnerables ante la mirada del otro y afectó su interacción, la cual ha llegado a la violencia. En cambio, Benjamín logró expresar sus sentimientos de cariño, así como de malestar, tuvo el rol de unir a la familia, su llegada puso en marcha otras interacciones que dieron mayor sentido a la familia y a la pareja, por lo que,



con los tres presentes se apreciaban demostraciones de afecto, momentos agradables y la sensación de marchar bien como familia, en su totalidad. No obstante, por el deseo de mantener lo anterior se activaban ansiedades y diferencias individuales.

Diferencias individuales. Hilda y Abdiel tuvieron ideas muy distintas respecto al ser padres, por ejemplo, Hilda se preocupó por las necesidades de ejercicios de rehabilitación, rutinas y salud de su hijo. En cambio, Abdiel se dedicó a motivar a Benjamín, a la diversión y complicidad. Asimismo, algo evidente que marcó las diferencias de cada uno, fueron sus propias historias autobiográficas (La violencia que Hilda vivió en su familia y la muerte del padre de Abdiel a sus 3 años de edad). Por otro lado, fueron más evidente sus diferencias en cuanto a la relación, cuando se hizo el ejercicio de la línea del tiempo de la pareja, donde hubo discrepancias en cuanto a los sentimientos y visión de los eventos (enamoramiento, relación a distancia, aborto, infertilidad, nacimiento de Benajmín, ajuste en la parentalidad). Lo más reciente era “aprehensión” de Hilda y el “optimismo” de Abdiel que no entienden uno del otro.

Procesos macrosociales simbólicos y estructurales. Por una parte, está el proceso de la construcción de una parentalidad, la cual ha sido dialogada durante el proceso terapéutico. Su identidad como padres se ha visto cuestionada y ellos han hecho ajustes, modificaciones y esfuerzos por cambiar en microprocesos (cambios de rutinas, administración de tareas, juegos con Benjamín, etc.). En un macro proceso, por ejemplo: Abdiel ha tomado su rol como padre, lo que ha permitido que Hilda sienta que sólo abarca su rol como madre, así él está más involucrado con los tres, asimismo, ella se ha dedicado a atender su propio proceso individual. Por otro lado, Abdiel se ha permitido mayor acercamiento con Benjamín desde actividades más operativas y no sólo con darle motivación, también ha procurado a Hilda cuando ella ha enfermado. En cambio, hablando de pareja pareciera que están en transición de pasar un duelo (aborto) y de llegar a puntos donde la diferencia en la historia de la pareja no sea tan disruptiva para ambos, o donde a partir de las diferencias individuales en sus historias encuentren puntos en común que le den más sostén a la pareja y/o un sentido de identidad social, es decir, que les de un sentido social que retire el estigma de Hilda de no



haber protegido su embarazo, y de otro sentido a Abdiel socialmente, pues procuró alejarse de sus emociones como una forma de dar cierre.

🔗 Hipótesis sistémicas

- Abdiel e Hilda al convertirse en padres dejaron de ser pareja, aunque con visiones diferentes de la paternidad. Una vez que Benjamín fue diagnosticado y las funciones como padres requirieron de una organización distinta, Hilda al ver que Abdiel no se adaptaba a las nuevas necesidades presionó a Abdiel a su ritmo y esquema, Abdiel lo sintió como una preocupación exagerada y se involucró menos en las actividades paternas y minimizó el sentir de Hilda. Esto abrió paso a descalificaciones y actitudes defensivas en ambos. Lo anterior los relacionó de distintas formas con Benjamín, quien vió a su padre como un amigo (relación lúdica de complicidad) y a su mamá como la agente de señalamientos de las responsabilidades (límites y cuidados). Además, el consumo de marihuana por parte de Abdiel, se sentía atacado en su paternidad e identidad, dando autoridad a Hilda como buena madre. De acuerdo a esto, y pensando en la premisa de la familia, que la pareja necesitó de un tercero (Benjamín, el consumo de marihuana o la terapeuta) que los unió como pareja pero que también la invisibiliza, el tercero sirve de regulador entre ellos por lo mismo se han mantenido juntos.
- La historia de violencia de Hilda con sus hermanos y la falta del padre de Abdiel, formaron un contexto propicio para que Hilda tomara el papel de “ayudar” o “reparar” a la pareja, haciéndose cargo de Abdiel, que creció sin un padre que le “guiara”. Además, ella se sintió pisoteada en su familia y él resentido con crecer sin padre. Él desahogó su agresión (dolor) en ella. Esta dinámica generó un contexto emocional inseguro y tenso para Benjamín y para Hilda. Se podría pensar que los tres están en un proceso de abrir el diálogo con su cuerpo sobre el sentir y expresar.
- Hilda enfocada en sí misma debido a situaciones físicas y emocionales, se retiró de intentar que Abdiel se acercara a su rol paterno. Abdiel acostumbrado a la guía por parte de Hilda y a que ella resolviera, comenzó a responder con más acción e involucramiento en su paternidad, ya sea por el niño o por el espacio terapéutico. Por otra parte, Benjamín expresó a sus padres sus propias necesidades, sin embargo, su estado físico y la intervención de la Pediatra activaron tanto a Hilda como a Abdiel a verse a sí mismos como padres y exponer su vulnerabilidad (miedos) en la parentalidad, lo cual los llevó a moverse (salirse de la zona de confort) hacia una acción desconocida (cambio de escuela de Benjamín) que les retroalimentó competencias en sus funciones paternas y maternas.



- Con la llamada de atención de su paternidad con Benjamín, la pareja tuvo que dialogar la visión individual que tienen de ser padres, así como, de su interacción y de las expectativas. La relación pareció haber llegado a un momento donde podían hablar de marcadores que duelen, en este caso el aborto, en el que hubo coerción, y una diferencia en cómo se vivió, en los sentimientos y en la forma de asimilarlo entre ellos, que más que amenazar la unión de la relación, la sostenía. Mientras Hilda se sintió incomprendida y trató de hacerle ver a Abdiel que siente un dolor muy grande, Abdiel evadía el tema tratando de dar el mensaje a Hilda de que no hablarlo es una forma de “dejarlo atrás” y avanzar. En cambio, Hilda solicitaba a Abdiel vivirlo entre los dos, como pareja, y que reconociera que él la obligó, cuando Abdiel propuso a Hilda que cada quien manejara su duelo de manera personal, se generó una exclusión donde sólo se podía vivir el duelo de un modo u otro de vivir, abriendo brechas entre la comprensión y la resolución. Por otro lado, la pareja inició un proceso que apoyó a darle sentido al aborto a través de una despedida.

☞ **Sistemas de significados**

Un circuito inextricable que ha definido el contexto y que está en proceso de resignificar en la historia de la relación como en la personal, es el aborto. El **episodio** del aborto ocurrió cuando ellos eran novios, después de la interrupción del embarazo **la relación** se vio más estrecha entre ellos pues los unió, ambos lloraban, hablaban del tema, los dos se sentían culpables y años después este evento marcaría la determinación que los acompañó por cuatro años para vivir un desalentador tratamiento de infertilidad, el cual fue no exitoso. Aunque en apariencia esta unión correspondería hasta el momento a un **circuito armónico**, hay otra forma de verlo, pues en otro nivel el episodio del aborto fue teniendo otro significado para ambos. En el **self individual**, para Abdiel quien es el primero en externar no querer ser padre, el aborto fue un alivio para no asumir una paternidad que no era bienvenida, por otro lado, el dolor y culpa que esto le causó lo llevó a manejar la situación de manera individual, dejando atrás el episodio en su vida como si no hubiese ocurrido, o por lo menos así lo entendió Hilda (*self individual*) quien se sentía igualmente dolida y culpable, sin embargo, ella esperaba que Abdiel reconociera la coerción que ejerció en ella para abortar. Para Abdiel, el llanto de Hilda y su necesidad de estar hablando del tema fue siendo cada vez más desesperante, actuando con mayor severidad, indiferencia y acusando a Hilda de no



superar el duelo (**Self social**), y reaccionó de manera agresiva con ella minimizando el tema hasta omitirlo o incluso violentándola. Por otro lado, Hilda (**Self social**) se sentía cada vez más culpable, se auto acusa de no haber sido lo suficientemente firme para defender una maternidad y va guardando rencor hacia Abdiel por haberla obligado. De igual manera, la familia se enteró del embarazo (**Modelos culturales**) y señalaron a Hilda como irresponsable, le dijeron que cometió un “error” y que debía afrontarlo, pero estos mandatos sólo la hacen sentir menos apoyada. Asimismo, se refuerza culturalmente que el aborto es imperdonable pues en aquellos años en la Ciudad de México era penalizado legalmente, por lo que se dio en un marco de clandestinidad y riesgos tanto legales como médicos para Hilda. Este episodio se convirtió en un **circuito inextricable** conforme los dos se fueron sintiendo no comprendidos o anclados al episodio. Desde que se sintieron listos para ser padres, fisiológicamente tenían dificultades para el embarazo, este tratamiento fue recordando el **episodio del aborto** con culpa y dolor, las acusaciones se hicieron presentes entre ellos, la relación se vió frágil por el duelo no resuelto, además Abdiel se involucró en otra relación mientras trabajaba en Puebla e Hilda buscó un desarrollo profesional que la moviera de su relación. Ambos decidieron estar juntos y seguir intentando ser padres, hasta que nace Benjamín, quien vuelve a cuestionar el compromiso, disposición, la armonía y el valor de **la relación** de pareja y parentalidad, cada que tienen alguna dificultad el tema del aborto es traído al presente por Hilda y tratado de dejar en el pasado por parte de Abdiel. En el Instituto Nacional de Rehabilitación son canalizados a terapia familiar para poder ser “mejores padres” para Benjamín, y esta idea ha sido confirmada por otros médicos que los han cuestionado en su forma de ser padres, aunado a su demanda de querer trabajar para tener una familia armónica, nos ha dado como resultado un viaje en el tiempo a través de la autobiografía de cada uno, la historia de la relación y ubicar el contexto en el que han ocurrido episodios como el aborto, tema en que se ha dado tiempo para resignificar en la terapia.



↻ **Evolución de los sistemas familiares en el proceso terapéutico e intervenciones asociadas**

Las sesiones iniciaron con el **Anhelo de Hilda y Abdiel por un espacio de armonía para Benjamín**, sin embargo, en las consultas se acusaban y culpabilizaban con ejemplos y anécdotas. La preocupación centrada en su hijo, como lo máspreciado para ambos, los unía a la vez que los frustraba por querer hacer más. Esta etapa del proceso estuvo enfocada en conocer sus preocupaciones, creencias y visualizar un camino en común para la pareja. Hilda y Abdiel procuran hacer un esfuerzo por abrir el diálogo, la negociación y la comprensión del ser pareja, así como, del uno y del otro. Lo cual llevó a visualizar en el proceso la oscilación entre **dos pautas que los conectan**, por una parte el juego de descalificación, insultos o bromas pesadas y por otro lado, la interacción de la comprensión, escucha y el reconocimiento del otro. Mi falta de reconocimiento de lo anterior en un contexto cultural, y las constantes quejas de ambos, me hicieron sentir en un momento de **Impasse en la terapia** donde sólo visualicé los microprocesos de la pareja en el juego de descalificación y al igual que ellos, caía en el tema central, que para ese momento en la terapia era el consumo de la marihuana. Dicho tema me daba la sensación de estancamiento, sentía que detenernos demasiado en eso sólo dialogaríamos sobre lo mismo, corriendo el riesgo de perpetuar lo que ellos han hecho. Algo que llamó la atención tanto al equipo como a mí, era la insistencia de Abdiel de contar su historia individual para que pudiéramos entender desde dónde venía su forma de actuar y pensar. Por lo cual se plantearon las sesiones individuales, para dar lugar y conocer las **historias familiares y autobiografía de ambos**, los dos mostraron su vulnerabilidad, y en mi caso amplió mi visión de solo ver pautas en el tema de consumo de marihuana, para poder pasar al **reconocimiento de los contextos y marcadores que matizaban su individualidad y su relación**. En el caso de Hilda, se encontraba en proceso de cuestionar sus premisas que la hacían actuar de una forma en la que sentía que no caminaba hacia delante. Para ella era importante brindar un espacio emocional seguro para Benjamín. Asimismo, trataba de integrar su consciencia y acción para poder tener una respuesta en la relación con Abdiel y su hijo, donde no fuera etiquetada como controladora. En cambio,



Abidel se encontraba en un proceso de conservar lo que había construido, parecía que añadir o retirar explicaciones lo hacían sentir inseguro, ya que, se la pasó toda su adolescencia buscando respuestas y explicaciones que le dieran mayor seguridad y confianza desde la muerte de su padre. Asimismo, su proceso de construcción de significados parecía estar enfrascado. Por otro lado, la desconexión entre pensamiento y sentimiento lo llevaba a tener reacciones más agresivas.

Posteriormente, se invitó de nuevo a sesiones de pareja donde se vió que la familia se encontraba **en proceso de organización y retroalimentación como competentes** para cumplir las funciones familiares. Estaban proceso de ajustarse a formas diferentes de resolver y de responder al exterior. La pareja tuvo una dinámica oscilante entre discusiones y momentos satisfactorios. Estuvo en juego la cohesión familiar, dando paso a un proceso más complicado en la integración de las historias y del esfuerzo que hicieron por mantenerse juntos para avanzar como familia, para ser buenos padres. Con el ejercicio de la línea de vida de la pareja, salió a luz una historia de una pareja que se sostiene unida y que a la vez cada uno de ellos sentía una distancia emocional por falta de comprensión del uno y del otro. Asimismo, el proceso se dirigió a **comprenderse en su singularidad**, en cómo siente cada uno desde su lugar en la pareja. Pareciera que en la relación no es permitido que se tengan visiones diferentes porque entran en agresiones. Por otro lado, la historia de **pareja destapa el tema del aborto a un diálogo abierto**, que hasta la fecha había estado encubierto. El proceso del duelo continúa con ellos, la pareja tiene la posibilidad de hacer movimientos en el duelo el darle un lugar en tiempo, espacio y significado al aborto y/o al niño.

↪ Cambios en el sistema

- * Se reconocieron los esfuerzos en la re organización y se reconocieron sus competencias para cumplir las funciones familiares. La pareja desarrolló un ajuste a formas diferentes de resolver y de responder al exterior. Mientras Hilda se envuelve en un proceso individual reflexivo, Abdiel se mueve al terreno de las acciones, y Benjamín hace mayor uso de su lenguaje y demanda atención, también se ve mayor escucha y coordinación por parte de los padres. Lograron por momentos la unión armónica que anhelan.



- * Se nombró el juego de descalificación en la pareja, que sostienen los insultos o bromas pesadas, y por otro lado se ha ampliado la pauta de interacción de la comprensión, escucha y el reconocimiento del otro. La descalificación se disminuyó, pues la terapia funcionó como regulador y redujo los niveles de ansiedad.
- * Se dio lugar a las historias familiares y autobiografía de Hilda y Abdiel, cada quien abrió su vulnerabilidad, que dio apertura a conocer los marcadores que matizan su individualidad y su relación.
- * Se abrieron temas tabú, secretos y temas minados: 1. El consumo de marihuana, en el cual se vio un cambio pues Abdiel redujo el consumo e Hilda dejó de señalar a Abdiel; 2. Se habló del aborto y se abrió un diálogo, que estuvo encubierto por varios años con la frustración de no poder embarazarse.
- * La pareja entró en proceso de generar más diálogos internos y diálogos con el otro, en función de una mejor relación.
- * Abdiel e Hilda lograron contactarse un poco más, Abdiel fue desarrollando sensibilidad y empatía, mientras Hilda dio mayor reconocimiento a Abdiel.
- * Hilda logró estar más al pendiente de sí misma, aligerar el control, expresar sus sentimientos, y bajar la defensa de impermeabilidad delante de Abdiel, quien mostró mayor disposición de recibir el dolor y enojo de Hilda, así como, de asumir y reconocer responsabilidad.
- * Se validaron los sentimientos de Hilda, quien logró cuestionar la premisa de cuidar o ayudar a los otros para poder verse a sí y dar igual importancia a su autocuidado.
- * Se vio a Abdiel en su complejidad y no en la etiqueta de padre periférico, por lo cual logró confiar y abrir sus explicaciones a otras alternativas.
- * Se dio un espacio para significar la maternidad y paternidad, pero a la vez darle voz a Benjamín dentro del sistema como alguien con sus propias necesidades y retos.



☞ **Sistemas observantes**

Construcción del sistema terapéutico en el proceso

Al inicio de la terapia, la formalidad tanto de la pareja como la mía se hizo notar en el primer contacto. Mi impresión de ellos fue que venían muy tensos y serios, intenté entrar por un tema que fuera ligero como el nombre de Benjamín, sin embargo, abrió la puerta a una historia de dolor por la infertilidad. Lo anterior, reforzó mi idea de estar ante una pareja seria pero sensible ante su situación. Aunque en la primera sesión se habló de Benjamín y de la canalización a terapia familiar, se concretó un objetivo en común con la pareja. Pero faltó trabajar en la relación terapéutica, en especial con Abdiel, pues tomé demasiado pronto la demanda de Hilda, razón por lo que creo que no regresaron a la segunda sesión. Con la llamada del supervisor y utilizando el encuadre institucional, la pareja regresó a la terapia, con la novedad de haber hecho algunos cambios en la forma de relacionarse entre ellos. Durante esa sesión me dediqué a resaltar las capacidades de ambos y a escuchar su disposición a querer un ambiente armónico como pareja y familia, fue lo que dio pie a construir el sistema terapéutico, que conforme fue avanzado el proceso de la terapia se fue tejiendo. Todo el equipo fuimos construyendo un contexto que procuró el bienestar de Abdiel e Hilda, así como de la relación y de su familia.

Hipótesis sistémicas sobre el funcionamiento del terapeuta en el proceso

- En primera instancia, de acuerdo con la hipótesis de que la pareja necesitó de un tercero para regularse, la terapia funcionó como tal. Como terapeuta serví de agente que regulaba la interacción, frenaba las reacciones que podían ser agresivas o descalificadoras y abrí los temas que interesaron a ambos, papel que Benjamín y el consumo de marihuana también han desarrollado.
- En alguna etapa del proceso, no sólo regulé a la pareja sino que supervisé el comportamiento de Abidel al estar atenta a las demandas de Hilda para que éste se involucrara, dejara el consumo y actuara con menos reacciones agresivas. Mi enojo hacia Abdiel, hicieron que cuestionara mi posición en el proceso y estuviera más atenta a la demanda de Hilda. Una vez que se pudo hablar de un proceso que no



estuviera enfocado sólo en el cambio de Abdiel, mi lugar cambió a regular de nuevo la relación. Sin embargo, comencé a frustrarme con las historias de culpas y quejas de ambos, por lo cual me pareció que el sistema requería que yo sostuviera un espacio donde las quejas se entendieran como una preocupación y dolor, para disminuir los juegos descalificadores, que ellos así nombraron. De tal manera que ver estos juegos como estrategias de supervivencia de la vulnerabilidad de cada uno y de cómo entran en acción en un ciclo en la pareja (Scheinkman, 2004), me apoyó a salir del impasse y mi frustración.

- En otra etapa de la sesión, al introducir las sesiones individuales, quedó un poco más clara la necesidad de Abdiel de encontrarse con una guía o respaldo de alguien, que al parecer pasé a desarrollar ese papel, ya que, Hilda dejó de darle directivas a Abdiel de qué hacer para enfocarse más en un proceso individual de autorreflexión y de visualizarse a sí misma, dejando de centrarse en Abdiel. Esta posición me causó mucha ansiedad pues sentí que estaba sirviendo para rigidizar a la pareja en la misma postura, o de eternizar la terapia, al ocupar un lugar de apoyo para Abdiel. Por otro lado, Hilda se veía más libre de sí, segura y con mayor movimiento, lo que reforzó la necesidad de Abidel de tener un soporte. Sin embargo, después ví esta posición como un comodín que apoyaba a Abdiel mientras éste se sentía con más confianza.

Análisis y discusión del tema propuesto en el presente trabajo:

La postura de la terapeuta con la familia Franco Arroyo

El mayor aprendizaje que viví con este caso y con esta supervisión, fue poner en práctica la frase que escuché decir a más de un maestro: *“para que haya un cambio en terapia, el primero que debe cambiar es el terapeuta”*. Experimenté éste proceso como terapeuta en formación y me ha permitido ver a la familia desde distintos lugares, lo que redireccionó mis preguntas, *mi manera de verlos y estar con ellos*, y eso también lo sintió la pareja de manera relacional. Experimenté a qué se refiere *la terapia sistémica relacional en el sentido de dialogar conmigo y mis prejuicios, y sentimientos respecto a estar con una familia o temas, a dialogar con la familia y a dialogar con el equipo, y cómo se construye un espacio terapéutico, a la vez que muestra una postura del terapeuta dentro del mismo, que en este caso estuvo matizada por dar un espacio a ambos, sostener la ansiedad, mantener un contexto de respeto y señalar actitudes*



donde no se validaran los derechos y reflexionar con ética y responsabilidad como terapeuta los temas expuestos por Hilda y Abdiel.

☞ **La relación terapéutica**

En un inicio de la terapia parecía que Hilda traía a Abdiel a que se “moldeara” a un estilo de parentalidad con el que ella estuviera de acuerdo. Hilda se dedicó a señalar a Abdiel y por mi parte, fui comprando esa idea. Mis preguntas estuvieron dirigidas a facilitar que Abdiel se incluyera y mostrara mayor interés, agregando que Abdiel tenía el prejuicio de que los terapeutas lo iban a juzgar por el consumo, no facilitó en su primer momento una relación terapéutica de mayor confianza para ambos. Posteriormente, me fue más fácil conversar con Abdiel porque siempre tenía varias teorías armadas de su situación, en cambio, Hilda se mostraba más reservada con sus pensamientos, seguía ubicada en que Abdiel tendría que cambiar lo cual dificultaba conocer qué pasaba con ella. Poco a poco la relación se fue construyendo, pude conversar, preguntar y sentí libertad de expresar, a la par vi que a ellos también les fue pasando lo mismo. Sin embargo, la relación entre ellos estaba en un punto muy sensible. Vi la necesidad de hacernos de un espacio para escuchar las historias individuales. El haber tenido este espacio me pareció que fortaleció la relación con Hilda y Abdiel, al principio favoreció la relación con Hilda pues fue en estas sesiones en las que expuso temas “tabú” entre la pareja, asimismo me permitió contactarme con su parte sensible que no había mostrado anteriormente. Por otro lado, con Abdiel, escuchar su lado responsable dentro de su familia de origen me hizo cuestionar el prejuicio de verlo como irresponsable y poco involucrado en las relaciones. Estas sesiones fueron clave para mí, porque me sentí con mayor libertad de conectarme con cada uno de ellos sin sentir que descuidaba al otro. Lo cual me hace pensar que cuando estoy con dos o más personas en consulta trato de mantener la alianza con ambos y muchas veces no me permito explorar más algún tema, por lo cual he procurado aprender a sostener esos movimientos practicando la postura de irreverencia y curiosidad.

Me gusta el trabajo con las parejas, me gusta ver sus diferencias y re encuentros. Sin embargo, con esta pareja mi parte un tanto optimista o idealista tuvo que quedarse a un lado



para dar paso a una parte que se conecta a través del entendimiento y reconocimiento de las dificultades de esta relación. Han sido muy enriquecedores los cuestionamientos, inquietudes y controversias que traen estas historias al espacio terapéutico, a la vez que puedo mantener una mirada sensible ante sus historias.

☞ **Posición o posiciones de la terapeuta a lo largo del proceso**

De acuerdo con los tres tipos de terapeuta que describe Bertrando (2011) como terapeuta “héroe”, “oyente compasivo” e “interlocutor con opinión”, me pareció que yo suelo posicionarme de entrada en cualquier proceso como oyente compasiva, ya que tiendo a no entrar en temas a los que no me siento invitada o prefiero que la familia encuentre sus propias respuestas antes de dar mi opinión. Sin embargo, en el caso de Hilda y Abdiel considero que he estado en proceso de desarrollar más una postura de interlocutor con opinión, en parte porque **tener un equipo y supervisor me facilitó estar constantemente expresando mis prejuicios, hipótesis e ideas en un diálogo**, este ejercicio me ha permitido percatarme qué está detrás de mis preguntas, silencios u opiniones. A la vez me ha ayudado a **transparentarlas** y ponerlas a discusión en las sesiones, afortunadamente para mí, a Abdiel les gustaba filosofar y a Hilda opinar, lo que me invitó a tener un diálogo donde no podía quedarme como oyente compasiva, aunque tiendo a regresar a esa postura.

De mis ansiedades, en las últimas sesiones no me quedó muy claro **mi papel**, la última sesión sentí que no sabía para qué estaba ahí, pues los dos entraron en discusión de escalada y me costó trabajo incluirme en el sistema. Reflexionando al respecto, a mí me causa mucha ansiedad las discusiones donde se confrontan abiertamente. Mi opción en esos casos es interrumpir la pauta y buscar otros caminos, aunque me costó trabajo hacerlo con Abdiel e Hilda, por lo que el equipo fue de gran apoyo para que tuviera un espacio donde contener mi ansiedad y no quedarme con una sola explicación de lo que sucede en las sesiones. De tal manera, que fui vocera de distintas perspectivas.

Por otro lado, el recorrido de esta pareja ha tenido varios momentos donde hay un detrimento del bienestar de cada uno de ellos en diferentes sentidos para sostenerse y



mantenerse unidos, en especial hacia Hilda quien presentó malestares físicos, vivió agresiones, omisiones, y en el caso de Abdiel, su identidad tenía un estigma. Lo cual me llevó a pensar en el tema de violencia, que no se trató directamente pero que está implícito todo el tiempo en las conversaciones. No me gustaría que en la terapia **no se visualizara o que pareciera que se normaliza**. Por eso, me pareció importante señalar dentro de las sesiones en el proceso de su interacción los momentos en que Abidel descalificaba a Hilda.

Cabe destacar que los temas que la pareja trajo a consulta, **son polémicos y algunos son tabúes sociales**: hablar de la infertilidad, discapacidad (que no ha sido tema central pero estuvo en el contexto), consumo de marihuana, violencia y aborto. En especial estos tres últimos, han despertado todo tipo de emociones, prejuicios y debates personales de cómo abordarlo en las sesiones, qué impacto podría tener para cada uno y para la pareja. También el equipo terapéutico tuvo sus propias reflexiones. Vale la pena mencionar que éste último fue de gran utilidad pues, externaron ideas y pudieron debatirse en las pre sesiones y pausas, esto da libertad de entender distintas perspectivas, de formular varias hipótesis, se construyó un espacio para transparentar sentimientos, y de validar una multiplicidad de miradas, voces y corazones, y además reflejó mis puntos ciegos. Por último, considero que un tema que no se abordó con más amplitud fue el de discapacidad o el diagnóstico de Benjamín, algo que haciendo la revisión del caso podría ser otro eje para explorar.

☞ Singularidad en el encuentro terapéutico

Del proceso, éste caso me ha permitido entender la importancia de la totalidad y la singularidad. Es tan valioso comprender qué sucede con cada integrante de la pareja, así como entender qué está empujando a la pareja a tener la necesidad de hacer algún cambio en ese momento de sus vidas, y hacia dónde quieren direccionarlas.

De mi sentir, insisto que este caso me ha hecho “sudar”. En un inicio, me costó trabajo hacer la alianza terapéutica pues la pareja no se mostró simpática ni social como otras familias, sino que había mucha tensión. Primero tuve que asegurarme de sentirme lo más cómoda posible (pues también tenía el factor de ser supervisada) para contribuir a crear un espacio con menos ansiedad y tensión, que apoyara a la pareja a dialogar y a mí a fluir.



Aprecié trabajar con ellos principalmente por dos motivos, el primero fue por la seriedad que mostraban y a la vez confianza en expresar su sensibilidad y vulnerabilidades. Me llevaron a explorar otro estilo de terapeuta, pues la empatía y calidez eran bienvenidas pero no lo que de entrada construyó una relación con ellos. En cambio, el uso de su lenguaje con metáforas y analogías hizo que se sintieran entendidos. Al cambiar los nombres de la familia por confidencialidad, el primer apellido que pensé fue "Contreras" por la facilidad en la que la pareja difería y se contradecía. Posteriormente elegí el de "Arroyo" pues había varias emociones que estuvieron fluyendo y que pudieron avanzar. Aunque, justamente podían "arrollarse" entre sí con esas expresiones. Por último cambié el primer apellido por "Franco", pues me hizo sentido que al compartir temas secretos, tabús o estigmatizados había un buen resultado en ellos de forma individual y después en la relación, pues se escuchaban con franqueza, es decir, desde cada perspectiva estando de acuerdo o no. Al hijo lo nombré Benjamín que significa "el hijo favorito", por lo orgullosos que estaban de él. Para la mamá elegí Hilda, que significa "poderosa en la batalla" ó "difícil de someter" por las historias de agresión que vivió desde pequeña y la fortaleza que construyó. Por último, al padre lo nombre Abdiel que significa el "siervo de Dios" ó "Heredero del padre" por la expectativa de su familia de origen y la historia con su padre.



Caso 2: FAMILIA “BARRERA FLORES”

RESUMEN

La familia Barrera Flores solicitó servicio en el “Centro de atención Psicológica Dr. Guillermo Dávila” debido a la falta de control de límites de Jacinto (hijo menor) y el bajo rendimiento escolar de Margarita (segunda hija). Como parte de un estudio de posgrado se les realizó una evaluación psicológica y durante este proceso la terapeuta asignada canalizó al área de terapia familiar, debido a que Jacinto mostraba conductas erotizadas y Margarita decía sentirse sola, además, refirió violencia familiar. La familia después de terminar su proceso de evaluación, asistió a terapia familiar en el mismo centro. Los temas abordados fueron la forma de relacionarse en la familia, el manejo y expresión del enojo, la forma en que se demuestran afecto, la pareja en la familia y la violencia. Se atendió a la familia un total de 7 sesiones bajo la supervisión de la Mtra. Jacqueline Fortes con el enfoque de prácticas posmodernas y con técnicas del Modelo Estructural.

Ficha de identificación

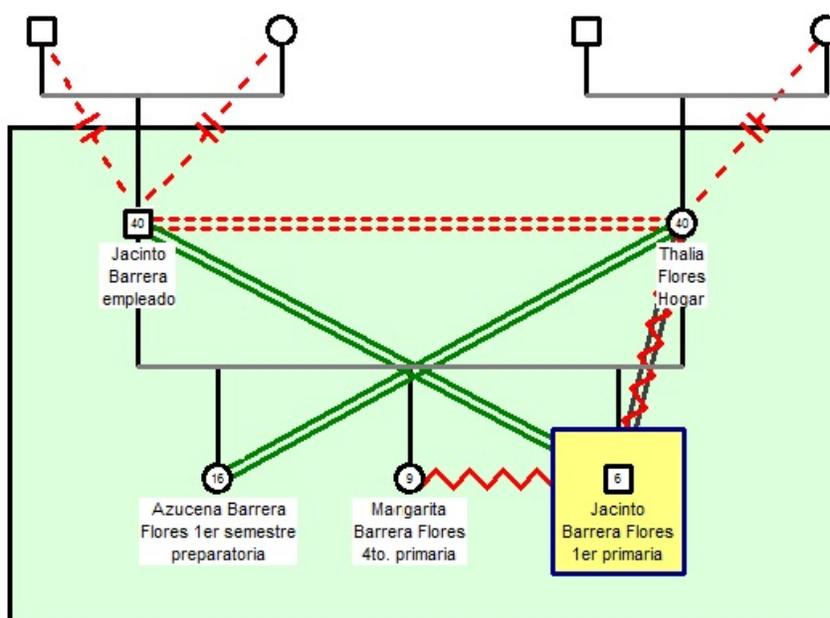
Motivo de consulta	Familia canalizada debido a que se identificaron dinámicas de agresión entre sus integrantes.
Fuente de canalización	Psicóloga de Doctorado, Dra. Silvestre que realizaba investigación en el Centro Guillermo Dávila
Terapeuta	Luz Minerva Alvarez de la Paz
Supervisora	Mtra. Jacqueline Fortes
Modelo de Intervención	Prácticas posmodernas y mirada socioconstruccionista
Equipo	María Antonia Carbajal, Israel Narváez, Adriana Carrillo, Mayela García, Saraf Farias, Fernando Monjardin, Ana Lilia Pescador, Montserrat Salazar y Aidee Rodríguez
Número de sesiones	7



Motivo de consulta

La Dra. Silvestre, terapeuta en el Centro Dr. Guillermo Dávila, realizó evaluaciones (septiembre de 2013) a Margarita y Jacinto por petición de la mamá, ya que, le preocupaban los problemas de aprendizaje de sus hijos. La Dra. Silvestre sugirió a los padres tomar terapia familiar, canalizándolos a dicha área en el mismo centro, por motivo de violencia familiar, erotización de conductas en Jacinto (hijo) y conductas agresivas entre los miembros.

Genograma



Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación
Jacinto Barrera	40	Papá	Empleado Vigilante
Thalia Flores	40	Mamá	Empleada Secretaria
Azucena Barrera Flores	16	Hija	Estudiante de 1er. sem. Preparatoria
Margarita Barrera Flores	9	Hija	Estudiante de primaria 4to. grado
Jacinto Barrera Flores	6	Hijo	Estudiante de primaria 1er. grado



Evolución del proceso

En la **primera sesión** se reunió el equipo en *pre sesión* y se leyó la información de los expedientes de Margarita y Jacinto (hijos menores) que la Dra. Dulce Silvestre elaboró. Algunas ideas que surgieron: la familia tenía una situación de violencia, llamó la atención que no se mencionó al padre ni a la hija mayor en las sugerencias y anotaciones de la Dra. Silvestre. Se sugirió entrar a sesión con las siguientes líneas: conocer a cada miembro de la familia que asiste a consulta, establecer alianza terapéutica (*joining*), explorar la experiencia de la familia con la Dra. Silvestre y el motivo de canalización a terapia familiar, escuchar la expectativa de cada integrante respecto a la terapia (*conocer cómo significan la terapia en la familia*).

Después del encuadre se le pidió a la familia que se presentara. La primera en presentarse fue Thalia, quien expresó ser “luchona... para seguir adelante” para ser un ejemplo para sus hijos (le salieron lágrimas). La siguiente fue Azucena, quien dijo ser tímida, refiere que no expresa sus ideas y se describe “enojona” con la familia más no con los amigos. La mamá interrumpió diciéndole que diga que tiene miedos, la hija asintió y agregó que le gusta opinar, se le preguntó *¿cómo funciona ser tímida y a la vez tener el gusto por opinar?*, respondió que si le gusta opinar pero le importa mucho qué dirán de ella. El siguiente en presentarse fue el papá Jacinto, quien dijo ser “enojón” y tener dos trabajos: vigilante y taxista. Posteriormente habló Margarita, se describió como “enojona” y dijo que le gusta estudiar pero es “floja”, por lo cual la ponen a estudiar. Por último, Jacinto mencionó su nombre (*lo ví tímido al hablar*) y mencionó pelear con sus hermanas, agregó que su mamá y hermanas le pegan y él también lo hace (*me pareció una familia dispuesta a darse a conocer, con etiquetas muy establecidas y consensuadas entre ellos*).

Posterior a la presentación le pregunté a la familia qué trabajaó con la Dra. Silvestre, Margarita explicó cada uno de los materiales con los que respondió a las evaluaciones (*los niños mostraron muy buena memoria*). La mamá agregó que la Dra. Silvestre les dijo que tenían que cambiar su forma de hablar y poner límites sin agresiones. Por otro lado, la Sra. Thalia dijo que su esposo no la “respalda en las reglas”, tema que es motivo de discusión entre ellos. Se les preguntó *qué los llevó a la terapia familiar*, la mamá respondió que “saber decir las cosas sin agresiones”. El Sr. Jacinto dijo que él estuvo en dos sesiones con la Dra. Silvestre y que ella fue quien sugirió un proceso familiar pero que desconoce para qué es. Azucena comentó que no sabía pero que le pareció buena idea. Después se les preguntó *qué esperan de la terapia*, Margarita respondió que no la regañen ni peguen, que Azucena no sea enojona con ella, y que ella se pone triste cuando sus padres se enojan (lloró). Se le preguntó si cree que alguien más se pone triste además de ella y respondió que Azucena. Posteriormente habló el Sr. Jacinto, mencionó que quiere un cambio, porque él “rechaza” a



sus hijos para abrazarlos, darles un beso o decirles “te quiero”, agregó que no quiere quedarse solo cuando sus hijos crezcan. Se le preguntó *si ha notado algo en el presente de la relación con sus hijos que lo hace pensar que en un futuro se va a quedar solo*, respondió que su mamá nunca le enseñó a demostrar “un cariño” y que él ya lo ve muy tarde con ella, pero no con sus hijos. La Sra. Thalia continuó diciendo que considera que vienen de “familias disfuncionales” (*aprecié que la familia trae un lenguaje psicológico técnico, pero que usan para darle sentido a lo que viven*) lo cual ha hecho que ellos generaran un ambiente “no sano” de malos tratos. En su caso, habló de rencor hacia sus padres algo que no le gustaría repetir y específicamente señaló a Azucena como la más afectada, por ser la mayor. A partir de este momento la Sra. Thalia dio ejemplos de convivencia “no sana” entre la familia y del sentimiento de sentirse de malas. Se les comentó que hablan de enojo, *que el enojo está presente*, la mamá respondió que no son tolerantes entre ellos. Azucena dijo que ella siente que se parece a su padre porque le gustaría demostrar que los quiere pero no puede, se siente mal y piensa que les hace “un daño”, expresó que su forma de mostrar que los quiere es pegándoles. Se le preguntó *¿Cómo fue que ella ligó el pegar con una expresión de amor?* Respondió que se sentía bien haciéndoles una maldad. La mamá explicó que Azucena no quiere a sus hermanos y los hermanos sienten que su hermana mayor no los quiere, la mamá se culpa de que Azucena piense así, ya que para la Sra. Thalia las mujeres sufren mucho, al ver que Azucena era mujer refiere que no la vestía femenina y era severa con ella porque su interés era que ella estuviera bien (*aquí se observan ideas del género, me hizo pensar qué historia o visión tiene del mundo en donde las “mujeres sufren mucho”*). El papá agregó que nunca les ha pegado a sus hijos pero que si se enoja y les da nalgadas, *se le preguntó si las nalgadas las ve como agresiones* y el padre dijo que no porque son “para que entiendan” (*como una forma de educar*). Se les dijo que en la familia *pareciera haber dos formas de demostrar afecto, la primera donde se hace a través de agresiones y la segunda omitiendo el afecto*.

Se tomó la pausa, a continuación se mencionan las principales ideas del equipo en la **inter sesión**: darle más voz al padre y hacer algún reconocimiento para engancharlo, preguntarle a cada miembro si estarían dispuestos a venir a las sesiones, re encuadrar que se puede aprender a demostrar cariño sin golpes y decirles que al equipo le llamó la atención una posible distancia entre los padres.

Al regresar de la pausa se le preguntó al padre *qué piensa respecto a trabajar la separación de ligar golpes con demostraciones de amor*, él respondió que sabe que no se hace de la noche a la mañana y que lleva un proceso, tomé esta idea para invitarlo a la terapia. Asimismo, se le dijo a la familia que es muy valioso escuchar la voz de todos y se le hizo un reconocimiento y



agradecimiento por estar presentes. Se les preguntó si estarían de acuerdo en asistir y todos dijeron que sí.

La **segunda sesión** se inició preguntando a la familia si después de una primera entrevista tienen alguna idea hacia dónde quieren que la terapia avance. La Sra. Thalia respondió que quiere que se trabajen “los límites”, pues Jacinto hijo (Jaci) no está obediéndola, además agregó que se enoja y le pega. Por otro lado, refirió que el niño tiene comportamientos sexuales y dio ejemplos: “baile sensual, se arrima, abraza con morbosidad no apropiada para su edad”. Se les preguntó *cómo explican este comportamiento*, el papá explicó que se debe a la influencia de los programas de televisión que ve su hijo. Mientras los padres narran ejemplos el niño reía. Azucena agregó que Jacinto no se acerca a ella eróticamente porque le pone límites, a diferencia de su mamá. Se preguntó a la familia *qué estará pensando Jacinto de lo que se está conversando*, la mamá dijo que Jacinto ha estado muy inquieto y al llamarle la atención el niño responde que le va a decir a la psicóloga que lo regañan. Se le preguntó *cómo estará entendiendo la terapia*, la mamá dijo que piensa que Jacinto la quiere acusar. Por otro lado, Azucena comentó que pensándolo bien no saben lo que piensa Jacinto, del porqué están ahí, ni saben qué siente, ella lloró al notar esto y agregó que su hermano pide atención porque le hace falta e hizo hincapié en que desconocen su sentir (*ver a Azucena hacer la reflexión que no se han preguntado de lo que piensa y siente su hermano fue una forma distinta de demostrar atención y los demás asintieron*). La mamá y Azucena comentaron que no hablan en casa. Se preguntó a Jacinto cómo se siente al escuchar que se habla de él y dijo que mal pero no agregó más.

También se preguntó a la familia si creen que hay alguna situación familiar que esté afectando el comportamiento de Jacinto. La mamá refirió que en casa se la pasan solos y que la familia paterna influye. El papá dijo que a Jacinto le da por estar inquieto porque sus amigos en la escuela lo distraen. Se les dice a los padres que me llamó la atención que Azucena explicó el comportamiento de su hermano como falta de atención y desconocimiento de lo que siente, mientras que mamá y papá explican el comportamiento por influencias externas a la familia. La familia enfocó su narración en las relaciones dentro de la familia y cómo es su relación con Jacinto. Por ejemplo, la mamá mencionó no dedicarle tiempo a su hijo, Margarita comentó que su mamá a veces está y otras veces no. El papá mencionó que al tomar el cinturón o hablarle fuerte Jacinto obedece, y que el niño lo espera para hacer su tarea o para cenar, y eso le hace feliz. Margarita pide turno para hablar y comentó que no le gusta que su hermano le quite la comida a su papá. Azucena puso de ejemplo que le gusta la convivencia que tiene su hermano y su papá, compartió que son ellos los que tienen que ayudar a Jacinto para que cambie pues piensa que él responde a cómo lo tratan (*Azucena introduce una idea que explica el comportamiento de Jacinto, no como algo exclusivo de él, sino como*



consecuencia de cómo se relacionan y tratan entre sí). El papá comentó que él está en la terapia para ver cómo hacer para tratar el “genio” de Jacinto, porque piensa que su hijo se quiere “reflejar” en él, refiriéndose a levantar la voz, poner orden, tomar su lugar. La mamá agregó que a Jacinto le preocupa ver a su papá enojado y le dice al resto de la familia “por tu culpa se enojó” (*pareciera que en la familia se cuidan lo “genios” y evitan verse “enojados”*).

Se toma la pausa, se mencionan las principales ideas del equipo en la **inter sesión**: se ve una apertura para hablar de la agresión con el papá cuando habla que Jacinto se quiere reflejar en él, se sugirió preguntar a la familia si consideran que conocen lo que siente o piensan los demás, no sólo de Jacinto y tomar la inquietud conductal como tema de familia, así como, tomar nota de la identificación de género y por último, cómo se atiende y demuestra cariño la familia para encuadrar las conductas eróticas de Jacinto como una expresión de afecto.

Al regresar de la pausa se les comentó que un tema importante que refiere la familia son los límites, los cuales son puestos con amenazas y golpes, que puede que les “funcione” pero tiene un efecto en cada miembro. Por otro lado, se les pregunta qué pasará en casa que Jacinto demuestra inquietud, si notan a alguien más inquieto a lo que Jacinto respondió que Margarita. Para terminar, se les dejó de tarea pensar en que existen diferentes formas de demostrar cariño, y preguntarse cómo se demuestra cariño esta familia y en particular cómo demuestra cariño la pareja.

En la **tercera sesión**, en pre sesión el equipo sugirió las siguientes líneas y objetivos terapéuticos para la sesión: hay un tema de control que se expresa como falta de límites, excitación y ansiedad.

Margarita inició la conversación compartiendo que subió calificaciones, dijo que su motivación fueron las amenazas de la mamá (*aquí no se distingue si la mamá estableció límites o sólo amenazó*). Posteriormente la Sra. Thalia habló de que tienen planeado vacaciones en semana santa, hizo la distinción de que su esposo no suele ir, sin embargo, en esta ocasión los acompañará. Se les preguntó *qué representa para la familia las vacaciones*, el Sr. Jacinto dijo que más convivencia, Margarita lo vio como una forma de demostrar cariño. Lo anterior dio apertura para hablar de la pregunta para la familia *¿cómo demuestran cariño?*, Margarita fue la primera en responder y dijo que a su hermano le demuestra cariño con golpes, Jacinto en cambio, no lo entiende como cariño sino con enojo. Así hubo varios ejemplos de cómo los miembros de la familia demuestran cariño con golpes entre hermanos, aunque el resto de la familia se enoja, aunque también consideran demostraciones de afecto hacer tareas domésticas (Sra. Thalia y Azucena) y las atenciones: preguntar cómo les va, ver necesidades



(papá, mamá y Azucena). Cabe destacar que entre la pareja tanto la Sra. Thalia como el Sr. Jacinto comentaron estar “alejados”. Por otro lado, el decir “te quiero” o los abrazos es algo que hacen Margarita y la Sra. Thalia. En general, la familia comentó que han hecho un intento por detener las acciones de golpes, agresiones o de trazar límites. Jacinto explicó que él trata mal a su hermana y dice a su mamá que quiere “cuchi” (sexo) como otra forma de demostrar cariño, aunque el niño hace la distinción de que no es una forma adecuada de relacionarse con el resto de la familia. Posteriormente, la familia habló de la relación entre papá e hijo, la vieron como una relación privilegiada y sana, a diferencia de la relación con las hijas.

Se regresó al tema de los “malos tratos”, la Sra. Thalia explicó que ella se desespera y les pega a los niños cuando los ve pelear, se señaló que el tratarse mal no es sólo entre hermanos menores, sino entre todas las relaciones familiares. Se les dijo que la palabra enojo está presente en su discurso la mayor parte del tiempo, la Sra. Thalia de nuevo comentó que para ella es muy difícil pues trata de “estar tranquila”, el Sr. Jacinto dijo que llega estresado del trabajo y ver a sus hijos pelearse le hace reaccionar con enojo. Agregó que se identifica con su hijo en lo “inquieto”, cuenta que su mamá perdía el control con él como ellos con Jacinto. *Se aprovechó que saliera el tema de control y se les preguntó que si eso les pasa a ellos, los padres refieren que tratan de estar tranquilos pero pierden el control.*

Se tomó la **intersección**, se habló de la marcada diferencia de géneros y las alianzas que se forman en la familia a partir de esta división, la soltura que demostró Margarita durante la sesión y el aumento de calificaciones, se preguntó si sólo enojados pueden poner límites, se hizo hincapié en el papá expectante, la distancia entre la pareja y lo oportuno de invitarlos a una sesión sin los niños, y qué movimiento hubo en la familia y en el papá para que ahora viajen juntos.

En el **cierre** de la sesión se dio reconocimiento a Margarita por sus calificaciones, se le preguntó al papá qué le pareció que subiera calificaciones, el Sr. Jacinto comentó que a él le costaba mucho trabajo la escuela y le da gusto ver que ella este esforzándose, se sintió orgulloso ahora que puede ir a las juntas de sus hijos. Esta experiencia le pareció bonita porque ve otros papás en la escuela, esto da apertura para explorar la idea que tiene como papá, la respondió que la Sra. Thalia se encarga de la educación de sus hijos, aunque ahora él también participa estando al pendiente. Se terminó la sesión hablando de cómo es para el Sr. Jacinto asistir a vacaciones con su familia, él dijo estar contento pues va a convivir con sus hijos, a conocerlos cómo son, y entender a la Sra. Thalia y el por qué se queja de ellos.

En la **post sesión** se retomaron las siguientes líneas que se plantearon como *objetivos terapéuticos para la próxima sesión*: facilitar mayor conexión entre la familia (en especial del padre a la familia) y abordar la dinámica entre la pareja (desde cuándo y cómo afecta al resto de la familia).



En *pre sesión de la **cuarta sesión***, se comentó conocer la dinámica entre la pareja y su problemática. En un inicio la Sra. Thalia comentó que Azucena está por reprobar dos materias. Por lo cual, han visto la posibilidad de retrasar el viaje de semana santa para junio. El Sr. Jacinto dijo que entiende a Azucena pues él no fue muy dedicado en la escuela. Se le preguntó cómo se ha sentido en el proceso, comentó que pensaba que no era necesario asistir pues creía que la Sra. Thalia y los niños eran quienes lo necesitaban y agregó que él también estuvo en tratamiento psicológico en DIF de pequeño, ya que, era muy inquieto como su hijo. Se le preguntó cómo ven sus hijos que asista a las consultas familiares, el Sr. Jacinto respondió que los ve contentos, en especial a Jacinto, quien le hizo el recordatorio que tenía cita por su “mal genio”.

Durante la sesión la pareja narró diferentes momentos y etapas que resultaron desde acontecimientos de apoyo y comprensión hasta situaciones de violencia y agresión. La Sra. Thalia se enfocó en la historia de la relación con el Sr. Jacinto y mencionó que él fue infiel durante el embarazo de Margarita, para ella fue doloroso y mencionó que quería perdonarlo pero no podía, hasta que un sobrino de ella se suicidó por problemas con los papás, lo cual la hizo pensar en mejorar su relación. Ahora la infidelidad la entiende como un error por parte del Sr. Jacinto, le dio otra oportunidad porque lo considera un buen hombre, atento con ella y con la familia. Agregó que él la ha ayudado porque vivió abuso sexual.

Después narró un episodio en que el Sr. Jacinto tomó un cuchillo muy enojado y le dijo que la iba a matar. Los niños se dieron cuenta, Azucena defendió a su mamá. Refirió que Jacinto se quedó con esa imagen y aun le reclama a su padre. El Sr. Jacinto expresó que se siente triste al pensar en que Jacinto tenga esa imagen. Ese episodio fue el resultado de celos. Desde entonces, Jacinto le dice a su mamá que ella no quiere a su papá y cela a su mamá como si fuera su pareja.

También se habló de las familias de origen. El Sr. Jacinto explicó que de pequeño aprendió viendo a sus padres ser celoso. En cambio, la Sra. Thalia comentó que su mamá la juzgaba por sus pechos y le reprochaba que se notaran o se viera femenina (*me recuerda a la educación que dio a Azucena, por ser mujer*).

Asimismo, expresaron que “dejaron de ser novios” que ya no disfrutaban, dan ejemplos de que ya no están solos, siempre con los hijos y en el trabajo. Se les dijo que las parejas tienen dificultades para mantener sus espacios con la llegada de los hijos. Se les preguntó cómo describen su relación actualmente, la Sra. Thalia dijo que se siente amada, querida y que está contenta. En cambio, el Sr. Jacinto dijo que está contento.



Se tomó una **pausa**, los temas que resaltaron: *la pareja se muestra más conectada de lo que parecía, ponerle nombre a las conductas como violencia, no meter a los hijos y enfocarse en la pareja, reforzar la parte de mantener viva la relación y hablar de los temas que les preocupan.*

Después de la pausa, se les preguntó qué pasa ahora con los insultos y amenazas. El Sr. Jacinto respondió que ya no es así, cuando está enojado se retira. La Sra. Thalia respondió que “no vale la pena estar enojados”, ya no se enfocan en el enojo. *Se les preguntó, qué pasa con los temas que los enojan, y si lo que hacen ahora resuelve dichos temas además de detener la interacción de agresión.* El Sr. Jacinto respondió que sólo está el tema de las tareas de Jacinto. La Sra. Thalia explicó que ahora tienen tolerancia entre ellos. Se les pregunta qué temas preocupan ahora, para ella los detalles donde se demuestren afecto y para el Sr. Jacinto “su mal genio y dar cariño”, pues en un futuro se va a quedar solo con su esposa.

En la **post sesión** se retomaron las siguientes líneas que se plantearon como *objetivos terapéuticos para la próxima sesión*: Tener el tema de la sexualidad en mente, preguntar cómo se manejan los temas con los niños, los desacuerdos, además hablar de cuáles son los temas que los enojan.

La **quinta sesión** de nuevo fue con la pareja. La Sra. Thalia comentó que Jacinto ha estado más inquieto, lo siente más agresivo. No sabe cómo tratarlo pues subirle la voz y nalgadas no han funcionado, por otra parte ha tratado de hablar más con él, procura no provocarlo y mantener al tanto a el papá. Este último comentó que cuando él está, Jacinto se porta bien. La Sra. Thalia expresó que el Sr. Jacinto tiene un rol de responsabilidad de igual manera ella con sus hijos.

La Sra. Thalia narró que en la escuela están manejando que a Jacinto le gustan los niños porque ha jugado con decirles “amor” o “chuparlos” en un juego del “chupa cabras”. Refirió que los niños dicen que es gay aunque no entienden del todo la palabra. A partir de esto ella ha estado informándose y compartiendo esta información con su hijo, respecto a cómo educar de sexualidad, agregó que ella no ha podido disfrutar al “100%” su sexualidad. El Sr. Jacinto comentó estar de acuerdo con su esposa y agregó que no tuvo un padre que le diera algún consejo y fue descubriendo la sexualidad solo, mencionó que su papá falleció y le hizo falta. Se le preguntó qué piensa de la invitación que hace la Sra. Thalia de disfrutar su sexualidad, a lo que responde que siente bonito pues ella le está enseñando otros métodos para vivirla a su edad.

Posteriormente se retomó la situación de Jacinto, el papá comentó que ha hablado con el niño de cómo tratar a otros niños. Se les preguntó si ellos están preocupados por pensar que Jacinto puede ser homosexual, ambos respondieron que no porque lo que Jacinto hace son



juegos que tiene con sus hermanas. También, se les preguntó si piensan que el que Jacinto haya dormido en la cama con ellos tiene relación con las conductas eróticas del niño, ambos dijeron que no, pues piensan que las conductas tienen que ver con las novelas. Actualmente el niño duerme algunos días con ellos. La Sra. Thalia con tono preocupado dijo que no sabe cómo manejar la sexualidad del niño, siente que Jacinto la provoca para “frotarse” o quererla besar, le incomoda que él sabe que a le molesta que haga eso y le falte al respeto, por lo que ha optado por ignorarlo. Además comentó que en la escuela a Margarita le han pedido que la dejen tocarle el pecho, agregó que le ha dicho a Margarita qué es el SIDA pero que no sabe qué más decirle. Se les preguntó por Azucena, ya que es adolescente, y la Sra. Thalia dijo que por el abuso sexual que vivió de pequeña se dedicó a hablar con su hija de sexualidad como factor protector, aunque piensa que la “traumó”. Se cuestionó si eso fue trauma o enseñar autocuidado, el Sr. Jacinto piensa que es seguridad para que se cuide de “mañosos”. Asimismo se les preguntó cómo con Azucena han sido claros y directos, y con los hijos menores no han abordado el tema, la Sra. Thalia dijo que tiene que ver con que Azucena no ha tenido interés en novios y que no sabe tratar a Jacinto porque es hombre, la Sra. Thalia comentó que a el Sr. Jacinto podría entender mejor a su hijo. Se le pide a la Sra. Thalia que le solicite directamente a su esposo qué necesita. Antes de la pausa se les dijo que cada uno tiene su propia historia con la sexualidad, por ejemplo, la Sra. Thalia vivió abuso sexual y el Sr. Jacinto dijo que le hizo falta el padre para darle consejos. Asimismo se les preguntó qué les hace falta para poder hablar del tema.

En la pausa el equipo mencionó que era importante: *hablar del abuso sexual de la Sra. Thalia, qué hace el Sr. Jacinto cuando Jacinto se acerca a su mamá, hablar del desarrollo del niño y normalizar las conductas de juego para no ser señalado como homosexual y brindar información de libros o artículos de sexualidad.*

Al regresar de la pausa se les reconoció los cambios observados en ambos. Se le preguntó al Sr. Jacinto qué hace cuando Jacinto se frota con su mamá, respondió que le dice que no haga eso y que respete a su mamá. Después se les habló que por la etapa de Jacinto no es posible conocer su orientación sexual y que hay que señalar qué conductas y acercamientos o demostraciones de afecto son adecuadas, además de hablar con la maestra para que dejen de etiquetarlo. También se retomaron los juegos entre hermanos y cómo estos juegos pueden repetirse fuera de casa, que no son adecuados para que se demuestren afecto. Además de separar su privacidad y poner límites para que el niño no duerma con ellos, para que no siga erotizándose y para que ellos puedan retomar el reconocimiento y re encuentro en su vida sexual como pareja. Por último, se les dijo que se les ve en un proceso de organizarse como familia en los límites, en autocuidado, demostraciones de afecto, darse su espacio, entre otros reacomodos familiares.



La sexta sesión se realizó con la pareja. La Sra. Thalia comenzó diciendo que han platicado y que ve mayor disponibilidad de los dos, que ya no tiene que decirle al Sr. Jacinto que participe en casa o con los niños, sino que él sólo se integra. Se le preguntó en qué nota la disponibilidad de él, comentó en que el Sr. Jacinto coopera sin enojarse y narró que Jacinto lo espera para hacer tarea y la hacen juntos.

La Sra. Thalia tomó estas acciones del Sr. Jacinto como una muestra de cariño, ya que antes lo veía enojado todo el tiempo y ahora aunque llegue enojado del trabajo, le dice a la Sra. Thalia que le dé un tiempo para organizarse, lo platican y pueden trabajar bien. Además, agregó que se respira un aire tranquilo en casa.

Pregunté directamente por las conductas erotizadas de Jacinto hacia la Sra. Thalia. Ella comentó que siente que a él le gusta provocarla a pesar que se da cuenta que es algo que a ella le incomoda. La Sra. Thalia busca pararse o sentarse en otro lado o le dice que deje de hacerlo. Refirió que ahora ya no se enoja con él, lo que le enojaba antes es que él fuera a “faltar el respeto a las mujeres”. Además comentó que tiene otra inquietud con Margarita, la ve que ahora hace comentarios de “estas rica” hacia Azucena y su mamá. Azucena ha expresado estar incómoda. La Sra. Thalia le preguntó a Margarita qué siente al decirle esas cosas. Esta conducta ya tiene tiempo, Margarita comentó sentir “sensación” (placer). El Sr. Jacinto comentó que no sabía de Margarita y que se preocupó. Se le preguntó cómo puede participar, respondió que diciéndole lo que está bien o mal. Se señaló que Margarita es vista como la “cariñosa” de la casa y si tiene relación con las conductas, al Sr. Jacinto le hizo sentido ésta explicación y agregó ejemplos.

La Sra. Thalia dijo que siempre trató de hablar del cuerpo de manera natural, sin embargo, siente que estas conductas erotizadas no son apropiadas pues son una falta de respeto, se señaló la importancia de las fronteras entre las personas como una medida de autocuidado. Al Sr. Jacinto los niños no se le acercan de esa manera, sólo le dan abrazos. Se le preguntó si ya se asignó un lugar para Jacinto donde no duerma con los padres, comentaron que están por comprarle su cama.

Se dio información de educación sexual, les mencioné que los dos niños gustan de sentir placer, lo conveniente es que cada uno éste en su propio espacio. Pregunté cómo se maneja la privacidad y el espacio de cada miembro en la familia. El Sr. Jacinto respondió que tienen la regla de que Jacinto no tome cosas de otras personas, Margarita y Azucena son respetuosas de no entrar a los cuartos de otras personas, algo que antes no lograban hacer.

Les mencioné que me llamó la atención que iniciaron la sesión diciendo que como familia están más contentos y dispuestos, usaron la palabra felices y que están en un momento tranquilos, pero que también Margarita y Jacinto estuvieron más inquietos respecto a la sexualidad, y les pregunté cómo se explican que los niños estén más inquietos y sin embargo



la familia está tranquila (El Sr. Jacinto hizo una exclamación). La Sra. Thalia expresó que tal vez es porque ella los siguen tratando como bebés y necesitan hablarles como niños más grandes. La Sra. Thalia refirió que ha aprendido que sentarse a platicar funciona, en vez de pegar. Asimismo, les pidió a los niños que sean más honestos respecto a lo que sienten, agregó que no se atrevió a preguntar de sexualidad porque le cuesta trabajo ver que los niños sientan placer, la Sra. Thalia explicó que decir “mi hija de 9 años siente placer” es algo que no entiende pues los niños “no deberían de sentir eso”. Les pregunté de dónde viene esa idea de que los niños no sienten placer. La Sra. Thalia dijo que no quiere verlo como malo, pero que le ha costado tanto trabajo. En cambio, el Sr. Jacinto dijo que no sabe por qué sus hijos están más inquietos a pesar que la familia está más tranquila, piensa que hay que platicar con sus hijos, pero que necesita investigar qué sienten, expresó que con el niño será más fácil que con Margarita por ser hombre.

Asimismo, la Sra. Thalia expuso que están al pendiente de sus hijos pero que no siempre saben qué necesitan. Se dan cuenta que antes no se tomaban el tiempo para decir qué no les gusta de la familia, que ellos también se den cuenta que todos son familia y que hay que respetarse. Agregué que si esto va con la idea de que todos están conectados y que la acción de uno influye o tiene un efecto en los demás. El Sr. Jacinto coincidió en platicar con toda la familia para ir teniendo soluciones.

Se tomó a la **pausa**, la pareja se ve que continúan la conversación con el tema. Al regresar se habló con la pareja y se dijo que los niños desde pequeños pueden sentir placer, excitación como parte del desarrollo, lo importante es cuidarse y que no haya conductas de riesgo. Por otro lado, se sugirió que si a Margarita le gusta mucho bailar podrían buscarle alguna actividad que pueda tener movimiento con el cuerpo y eso puede ayudar a bajar la excitación corporal además de ser algo divertido y de provecho para que no esté tanto tiempo sola.

Se **cerró la sesión** con una recapitulación de cómo se ha sentido la familia desde la primera consulta en el proceso, la pareja expresó que se siente más tranquila, dieron ejemplos de cómo solucionan ahora los problemas, de los límites que han marcado, se les mencionó que aún hay ciertas conductas que inquietan y que tienen que ver con la conexión entre todos y que el equipo como la terapeuta vimos los cambios durante estas sesiones. Por lo tanto, se les comenta que en el equipo se habló de hacer una última sesión familiar para hacer un cierre.



Para la **séptima sesión** se presentó toda la familia y no hubo equipo terapéutico. Se inició preguntando a la familia cómo se sienten con un cierre, y Margarita respondió que feliz porque ha estado más tiempo con mamá y están por tener vacaciones en Veracruz. En cambio, Sra. Thalia compartió que ve cambios en Jacinto porque a veces le echa ganas en la escuela pero otras veces lo nota renuente y se enoja, comentó que ahora se detiene un poco más y en vez de decir groserías éste sólo le dice “te quiero decir algo pero no se debe”. Jacinto refirió que su papá también se enoja, se observó que está muy inquieto y se le preguntó si se da cuenta que está inquieto, Jacinto dijo que si, se le dice que si sabe cuándo reacciona así, sólo ríe pero después se tranquilizó.

Posteriormente, la Sra. Thalia mencionó que cuando los hermanos pelean ha intentado apagar la televisión para no recurrir a las agresiones, lo que ha funcionado, ve que ellos se “autocorrigen” apagando la televisión cuando están por pelear. Se pregunta *¿Cómo dirían que están como familia respecto a los cambios?*, Jacinto refirió que su mamá un día le dijo groserías *(a diferencia de otras sesiones vi un Jacinto que se mostró más confiado en compartir lo que piensa)*, y quisiera que le digan qué hacer sin la grosería. Se retoma que él se ha detenido en decirlas.

Azucena comentó que la familia va bien, porque ha visto que a Margarita ya no hay que decirle que haga sus tareas ni la regañan en la escuela *(al inicio del proceso había una idea de que Margarita no era buena en la escuela)*. Agregó que ha visto que su papá no pasa más tiempo con ellos pero el poco tiempo es de calidad.

La Sra. Thalia refirió que como matrimonio están bien, pero que su suegra le ha dicho que no ve bien al Sr. Jacinto porque pasa menos tiempo en casa de la familia de origen y lo ve de malas. La Sra. Thalia comentó que al principio se enojaba de que su esposo no se separara de su mamá. Azucena agregó que su abuelita le ha dicho que si están asistiendo a terapia no ha visto cambios en su hijo *(durante este tiempo el Sr. Jacinto estuvo atento y serio)*, ella comentó que tal vez su papá necesita una sesión individual para compartir algo de él, pues en la familia piensa que ya están bien.

Se pregunta *¿Qué pasa con la familia cuando están en un momento tenso? (pues veía que han hecho un esfuerzo por estar mejor, pero todo lo que habían compartido eran dificultades del día anterior a la consulta, que no eran problemas como antes, pero aun así generaron tensión)*, Margarita respondió que se enojan. Azucena refirió que ella avisa cuando está enojada para que no le hablen y evita responder de forma enojada. También, se les comentó que cuando se enojan los integrantes de la familia tienden a acusarse, el Sr. Jacinto dijo que ha visto eso, porque cuando llega a casa después de trabajar todos le dan las queja de cada uno. Se le dice a la familia que llamó mi atención que suelen acusarse o quejarse del otro con mucha fluidez y a veces narran los ejemplos contentos, como si fuera una forma tan natural de hablar que tal



vez me hacía pensar que es la forma en que cada uno piensa que debe participar en la comunicación en la familia. El Sr. Jacinto compartió que sí, pues es la manera en que se dan cuenta de lo que piensan los demás pero que en terapia se atreven a decir lo que los hijos quieren decir sin sentir que los van a regañar (*recordé que en una de las sesiones Azucena mencionó que se conocen poco, porque no sabían lo que Jacinto necesita, piensa o siente*). Se pregunta si estas acusaciones funcionan para la familia o lastiman, la Sra. Thalia respondió que les ayuda porque así cada quien expresa lo que siente, (*releyendo la sesión, se me ocurre que pude haber preguntado, qué otro nombre le dan a las acusaciones pues para ellos es algo que funciona, aunque reconocieron que se lastiman*). El Sr. Jacinto amplió que si los lastima pero que también les ayuda porque él pensaba que estaba educando bien a sus hijos hasta que los escuchó hablar y vio en qué podía mejorar.

Jacinto salió al baño, y el Sr. Jacinto mencionó que hubo un problema muy grande con su familia de origen que Jacinto desconoce, (*me hizo sentido que el padre hubiera estado tan serio, pienso que pude haber preguntado más al Sr. Jacinto sobre el tema*). Se le pregunta si quiere hablar de eso y mencionó que no, que preferiría en una plática solo, de igual forma se le pregunta cómo está afectando en los cinco lo anterior. El Sr. Jacinto respondió que se da cuenta que cuando va a casa de su mamá ve que otros familiares le hablan mal y eso le hace sentir mal. Se pregunta al Sr. Jacinto, *cómo cree que reacciona la familia cuando ve que él tiene un problema*. Él respondió que se dan cuenta porque su cara cambia, pero que se queda con el problema, aunque les habla con molestia.

Retomé el tema del enojo, y les digo que el enojo pareciera que ha estado presente con ellos desde hace tiempo y que hasta podría ser un invitado de la familia (*los niños rieron*). Se agregó que para la familia no es bien visto estar enojados porque están atentos a evitar tratos agresivos, aunque también es válido sentir el enojo. La Sra. Thalia dijo que Azucena se enoja y se encierra, además ha visto a Margarita expresar su enojo o llorar lo que considera bueno, con Jacinto ve que reacciona impulsivamente y agregó que procura no enojarse también porque sino se hace más grande el problema, y en el Sr. Jacinto ve que trata de hacerse a un lado para no tratarlos mal.

Se pregunta si están en otro nivel de manejar el enojo, donde el primero fue disminuirlo y evitar tratos agresivos, y tal vez, ahora están aprendiendo a resolver los temas que los enojan. La Sra. Thalia mencionó que sí, porque ya tratan de expresarlo y recordó de nuevo la muerte de su sobrino, que a partir de ahí aprendió a valorar la vida. Jacinto se inquietó al ver a su mamá llorar y pidió la palabra, pero no dijo nada. Por lo cual se le preguntó, *cómo se siente de ver a su mamá llorar*, Jacinto se quedó muy serio. Se comentó a la familia de cómo la inquietud de Jacinto se relaciona con ellos.



Se les dijo que siguen aprendiendo a relacionarse de otras formas como familia y están al pendiente de cada uno, y se preguntó *¿Qué es lo que más valoran de su familia?*, Jacinto fue el primero en responder que Azucena lo trata bien, y que su papá lo quiere y ya le puede dar besos. El Sr. Jacinto mencionó que el amor que le dan los cuatro, que están al pendiente de él y que están unidos. Azucena comentó que cuando se enojan tratan de no estar todo el tiempo enojados y ya no le dan tanta importancia a eso, que están juntos porque ve que sus compañeros no tienen a sus familias o que sus padres están divorciados, refirió que antes sus padres discutían mucho y ella les decía que se separaran pero ahora los ve mejor. Margarita dijo que le gusta que su mamá es feliz, que su papá la invita a tomar café para sentarse con él, el Sr. Jacinto lloró en ese momento y se le preguntó cómo está y dijo que recordó cómo trataba a sus hijos antes, Margarita continuó diciendo que quiere a Azucena y de Jacinto, tardó un rato en responder y al final dijo que la defiende en la escuela. La Sra. Thalia respondió que hay comunicación, la unión, que su esposo y ella procuran decirse las cosas, y agregó que como mamá no ha sido fácil pero que aunque ama a sus hijos actualmente se da su tiempo y tiempo de pareja.

Por último se preguntó *¿en qué momento del proceso terapéutico están?*, la Sra. Thalia refirió que están terminando, por lo que se acordó con la familia dar cierre al proceso terapéutico, pues mencionaron que se sienten bien y concluyeron que tal vez un siguiente paso de la familia sería abrir terapia individual para el Sr. Jacinto, quien dijo que iba a pensarlo.

Al finalizar, les agradecí su tiempo y confianza. A Azucena le dije que la veía más atenta con su aspecto personal, dijo que buscó arreglarse, se le mencionó que se ve bien y más acorde a su edad (adolescente); mencioné a Margarita que tiene mucha sensibilidad y la valentía de abrir temas dentro de la familia, que se reconoce todo el esfuerzo que hace. A Jacinto le comenté que a pesar de que en esa consulta estuvo inquieto pude ver que participó más, pidió la palabra, procuró regresar a la conversación y mostró seguridad al responder, mostrando mayor entusiasmo y regulación. A los padres les mencioné que he visto que trabajan más en equipo, que aun pueden equilibrar un poco más con la participación del Sr. Jacinto con los hijos y casa, que están en otro momento como pareja. Al Sr. Jacinto le dije que se ve más involucrado con sus hijos, al pendiente de lo que tienen que decir y procurando atender sus necesidades, además de reconocer todo el trabajo que hace la Sra. Thalia. Por último, a la Sra. Thalia le retroalimenté que gracias a ella la familia se ha detenido a hacer reflexiones en conjunto y escucharse para mejorar sus relaciones, que siempre busca alternativas para disfrutar de la vida, y que su tiempo es valioso. Agregué que tal vez aun hay historias muy presentes en la familia, de enojo y agresiones, pero que están escribiendo nuevas historias.



Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención con la familia

El caso fue supervisado en base a las prácticas posmodernas y se analizó con una mirada socioconstruccionista. Sin embargo, para explicar la dinámica familiar y algunas de las intervenciones, van de acuerdo al modelo estructural de Minuchin, debido a que la narrativa de la familia correspondía al lenguaje del mismo modelo. Posiblemente influenciado por las intervenciones de la Dra. Silvestre, quien canalizó a la familia con un motivo de consulta preconstruido, que fue bien aceptado y consensuado por la familia. Además, los roles de los integrantes corresponden a una estructura tradicional familiar lo que facilitó intervenciones basadas en los roles y estructura. La demanda referida por los integrantes fue dirigida hacia el establecimiento de límites. Por otro lado, todos los integrantes tendían a tener sus propias hipótesis y ser reflexivos, por lo cual resultó fácil para mí tomar las ideas que generosamente compartieron y poder hacer preguntas para explorar cómo fueron construidas.

Cabe destacar, que en terapia y las prácticas posmodernas, se vale importar modelos que puedan serle útil a la familia, aunque la mirada y la postura del terapeuta y equipo vayan en sintonía con la epistemología socioconstruccionista.

↻ Dinámica familiar

La familia nuclear es biparental, se encuentra en el ciclo vital de la familia de hijos escolarizados e hija adolescente. Su estructura corresponde a un subsistema conyugal que se distanció, un subsistema parental poco equitativo y con roles tradicionales. Mientras el subsistema fraterno tiene alianzas lúdicas pero también interacciones agresivas.

La identidad del papá está conformada por su participación en el espacio público, pues al inicio se presentó como alguien con dos trabajos pero no mencionó a la familia. En cambio, la identidad de la mamá está reforzada por su participación en lo privado, es decir en el hogar, como alguien que lucha por sus hijos. Ambos, concordantes con la cultura de estereotipos de género en la división de trabajo de los sexos.



En cuestión de alianzas, hay una organización que parece predominar, la separación de hombres y mujeres, tanto para las funciones familiares como para los privilegios de los varones, sustentada en estereotipos de género. Aunque hay otro tipo de organización familiar cuando se habla de temas fuertes, Azucena y la Sra. Thalia introducen los problemas como tema familiar. En cambio, para la diversión se buscan Margarita y Jacinto, y también hay una alianza entre el papá e hijo. Margarita expresa afecto y a la vez está muy pendiente de todos. Aunque Azucena y la Sra. Thalia tienen una relación más cercana, y Jacinto y el Sr. Jacinto se identifican por género, por lo cual Margarita suele quedarse o vivirse sola.

Por otro lado, se hipotetizó que el síntoma referido como motivo de consulta, que es la excitación de Jacinto, funciona como distractor y escape cuando la familia está en estado tenso, es decir como una válvula de presión. Aunque también da cuenta de la falta de información psicoeducativa y de mitos y creencias respecto a la sexualidad en la cultura.

🔗 **Proceso terapéutico**

Antes de conocer a la familia, el equipo estaba expectante y curioso ante el caso, ya que fue canalizado con un tono de alarma en el Centro, por la situación de violencia y la erotización del niño. Cuando se presentó la familia lo que ví fue una familia con la inquietud de tener una mejor convivencia, con intereses personales de cada integrante. Durante el proceso de las seis sesiones pienso que la familia tuvo varios movimientos. Regularmente son los hijos quienes introducen los temas de la sesión como voceros de la problemática y dolencias en la familia. Aunque todos identificaron algo personal que consideran que afecta a la vida familiar.

Todos en la sesión, incluyéndome, estábamos nerviosos al principio, la ansiedad fue disminuyendo conforme se fue construyendo la relación terapéutica. Pude conectarme fácilmente con la Sra. Thalia y con Azucena, aunque quien dio la apertura para entrar en tema fue Margarita. Con el niño, fue más difícil establecer una relación porque se mostró muy inquieto. Con quien más se me dificultó la alianza terapéutica fue con el Sr. Jacinto, ya que, su postura ante la terapia era de expectador, por lo cual fue un reto para mí involucrarlo y darle



espacio a que tuviera mayor participación en las sesiones. En las últimas sesiones todos estuvieron involucrados en los temas familiares, sus reflexiones y discurso dieron cuenta de sentirse parte de la familia y por lo tanto, también dispuestos a reconocer cómo contribuyen en tener una mejor convivencia, además de establecer límites para mantener el respeto de cada integrante.

En las sesiones se podía apreciar la inquietud de los niños, su deseo de ser escuchados. Aunque había antecedentes de agresiones, todos prestaban atención cuando alguno hablaba. Además respaldaban la narrativa de los integrantes con más ejemplos y se apoyaban a completar ideas. Se apreciaba una narrativa en común en los integrantes de la familia, que se describían como una familia de “enojones” y el afecto era expresado de formas no adecuadas.

Los roles en la familia son explícitos y todos tienen conciencia sobre su lugar, aunque no siempre están de acuerdo. Jacinto se mostró como vocero de los malos tratos y agresiones en la interacción familiar, aunque los más preocupadas son la Sra. Thalia y Azucena. Mientras Margarita tiene una mayor sensibilidad para expresar las emociones de la familia, Azucena conectaba a los miembros de la familia en responsabilidades y atenciones hacia los menores. El Sr. Jacinto se mostró expectante al inicio, poco a poco fue involucrando e identificándose como participe de la dinámica familiar.

↪ **Prácticas posmodernas en la terapia**

- **Invitación de otros modelos a la terapia:** Como se mencionó anteriormente, la familia utilizó un lenguaje técnico perteneciente a la psicología, como establecer “límites” para tratarse mejor, por lo que se retomaron algunas intervenciones desde el modelo estructural, que pareció ir en resonancia con lo que la familia solicitó. Debido a lo anterior, se descentralizó como problema a los hijos menores, ampliando la visión que el



comportamiento de los hijos es parte de una dinámica más grande, que es el contexto familiar.

- **Se exploraron el sistema de significados en relación al problema, en algunos casos se cuestionaron ideas dominantes.**

Respecto al afecto: Se cuestionó la idea de que el afecto se demuestra con golpes, gritos o conductas para llamar la atención. Además, se abrió la posibilidad de visualizar que cada integrante tiende a demostrar su cariño de distintas formas y de reconocer que algunas de esas formas son violentas hacia los otros.

Respecto a la sexualidad: La percepción de que los niños no sienten placer es una idea cultural que promueve la imagen de los niños asexuados. Sin embargo, en esta familia hay una historia de la sexualidad con agresión, como fue el abuso sexual que vivió la Sra. Thalia, por lo cual, ver una parte de la sexualidad como erotismo y disfrute a temprana edad también la confronta con su propia historia.

Respecto al género: En la familia, en especial de la Sra. Thalia hay una idea que introduce inseguridad y miedo ante el desarrollo de las hijas, pues ven un mundo hostil y peligroso para una mujer. Además está el miedo latente de que Jacinto sea una persona que pudiera tener conductas de agresiones sexuales hacia la mujer, reforzando la idea anterior. Por lo cual, la Sra. Thalia procuró no ser femenina (según las enseñanzas de su mamá, no mostrar su cuerpo y separar la reproducción del placer en la sexualidad), enseñó a Azucena lo mismo.

Respecto a la educación: La familia Barrera Flores dio a conocer sus creencias respecto a cómo desmuestran amor, agregaron que las mujeres sufren, que si uno educa con una nalgada no es agresión sino una forma de educar. Evidencian el pensamiento cultural respecto al amor, el género femenino y la paternidad.

- **Resignificar etiquetas:** Se cuestionó que Margarita es tímida, que Azucena no gusta hablar de temas fuertes y que Jacinto es un niño problema. Se señaló la facilidad de Margarita para socializar y su esfuerzo en la escuela, la coherencia de Azucena para poner sobre la



mesa que todos están involucrados en la problemática, y se situó la preocupación hacia Jacinto como reflejo de una inquietud familiar.

- **Psicoeducación:** En este caso hubo una necesidad expuesta abiertamente por la familia de cómo abordar el tema de sexualidad, por lo tanto, se tomó tiempo durante las sesiones para hablar de la sexualidad en diferentes etapas del desarrollo, y se sugirieron algunas tareas y material didáctico.
- **Explorar los significados de la maternidad y paternidad:** Los padres se mostraron reflexivos con su parentalidad, por lo que, se fueron explorando de qué ideas, creencias se expresan la paternidad y la maternidad en cada uno. Asimismo, deconstruyeron dicho concepto, desechando lo que no les gusta ni es útil actualmente, y agregando su propio sentido de acuerdo a lo que viven hoy en día y quieren forjar en el futuro. También se abrió un espacio de reflexión sobre cómo fueron educados por sus padres, y las consecuencias que han tenido en sus relaciones. Por ejemplo para el Sr. Jacinto tenía muy presente que su mamá se había quedado sola porque no fue afectuosa con ellos, por lo cual quería construir una relación distinta con sus hijos donde fuera permitido la demostración de cariño. En cambio, la Sra. Thalia expresó que la educación sexual que recibió de su mamá la hizo sentir inadecuada con su cuerpo, y mirar la sexualidad como un tabú.
- **Cómo se conectan en la familia:** Se aprovechó la alianza de género entre los hombres para que el Sr. Jacinto repensara su forma de estar en la familia y lo que significan las funciones paternas. Se enfatizó la conexión de pareja para retomar el deseo de acortar la distancia en la misma. Además, se favoreció a través de la interacción con la familia y las preguntas una mayor conexión entre ellos, para reforzar qué los conecta con el otro en la familia. De ahí parten reflexiones entre los integrantes que los llevaron a expresar que no se conocían del todo y que desconocían el sentir del otro.



- **Los consultantes son los expertos en su vida:** Se trabajó en promover y reconocer los recursos que tienen como familia y cada uno de ellos, para validar los discursos y explicaciones que ellos elaboran y dialogar con otras narrativas de su identidad familiar y personal. Además de recibir reconocimiento por ellos mismos.

☞ **Algunos diálogos sobre el proceso que quedaron por conversar con la familia, aunque se hablaron en el equipo**

- Me pareció importante que la pareja haya abierto la dinámica de violencia entre ellos, aunque la identifican en el pasado, ésta puede ser una apertura para que la visualicen en el presente. En especial que el papá asuma responsabilidad de su agresión.
- Por otro lado, faltó favorecer otras alianzas como la convivencia entre las hermanas, lo cual, bajo las mismas premisas de alianzas de género pudo haber sido fácilmente introducida a la familia.
- Asimismo, el abuso sexual que vivió la Sra. Thalia estuvo ímplicito durante varias sesiones, sin embargo, faltó un espacio para abrir el tema y ver de qué forma influye en su vida, en sus relaciones y cómo se siente hoy en día al respecto.
- Explorar otras actividades para los hijos.
- El tema con la familia de origen materna que el Sr. Jacinto mencionó afecta las relaciones entre los integrantes de la familia.

Análisis y discusión del tema propuesto en el presente trabajo:

La postura de la terapeuta con la familia Barrera Flores

Aunque había un expediente con hipótesis y sugerencias de una línea de trabajo, las preguntas que realicé en la primera sesión fueron para permitirme verlos con la curiosidad de conocerlos desde lo que quieren mostrar y dar a conocer de sí.



☞ La relación con los consultantes

Desde el inicio la presentación de la Sra. Thalia me conmovió, me hizo pensar que es una mujer que sufre pero que se esfuerza para que las cosas vayan lo mejor posible. Por otro lado, Azucena me hizo recordar mi propia adolescencia en la que yo era muy tímida, por lo cual me gustó su valentía al expresarse. Me sentí menos conectada con el padre, escuchando la grabación noté que su respuesta de qué lo motiva a cambiar “no querer quedarse solo” me pareció poco empática hacia los hijos y reaccioné enojada, además lo interrumpí varias veces. Aunque por otro lado, ver que colocó el cambio en sí mismo y no en que los hijos deben cambiar, me hizo ver que hay un grado de responsabilidad (o una apertura) respecto al efecto que pueden tener sus acciones en su familia. En el caso de Margarita, fue fácil conectarme con ella debido a su dulzura y transparencia, de alguna forma me apoyé en ella y en Azucena para introducir los temas que son sensibles para la familia. Por otro lado, con el niño Jacinto sentí empatía al pensar cómo se sentirá de estar tan centralizado, me preocupó que él se sintiera acusado, tal vez si entendió así la terapia pues en algún momento le dice a su mamá que la va a “acusar” con la psicóloga.

La familia hablaba de la psicóloga como parte de su vida cotidiana, y en especial Jacinto les decía a sus padres que los acusaría en la terapia o que dijeran todo. Me hace pensar que la familia se relacionó conmigo desde la visión de figura de autoridad, que aunque no era mi intención puedo pensar que fue útil porque me veían como un especie de límite. Que en la última sesión me hizo más sentido esta posición cuando el Sr. Jacinto comparte que al llegar a casa todos se acercan a contarle las quejas, lo entendí como una forma familiar de poner orden o de entender cómo involucrar al papá, que si introduzco una mirada sistémica podríamos decir que las quejas eran llevadas a la psicóloga mientras el Sr. Jacinto queda con mayor libertad en ese rol y que le pudo permitir acercarse a sus hijos de forma diferente. En la forma de relacionarse conmigo percibí que confiaban al expresar sus opiniones y perspectivas. En la última sesión, Jacinto y Margarita me llevaron flores que recogieron en el camino, como un regalo, me hizo sentir aprecio y agradecimiento, también pensé que estaba presenciando una forma distinta de ellos para mostrar afecto.



☞ **Posición o posicionamientos de la terapeuta en relación a los temas en la conversación**

Leyendo las sesiones de nuevo, encuentro que me impacienté al inicio cuando la familia aun no entraba en algún tema para trabajar, me hizo pensar que la familia no estaba lista para hablar y tomé demasiado rápido el tema de los límites que llevó a la centralización del problema con Jacinto. Sin embargo, con los comentarios del equipo terapéutico pude incluir otra visión en la que la familia habló de la violencia de manera implícita.

Respecto a los temas que coloqué sobre la mesa, sentí que solté muy pronto el tema del enojo en la primera consulta, por miedo a que la familia no regresara. Me cuestiono ¿qué me pasa a mí cuando en sesión está alguien que ejerce violencia? *¿Reacciono con formación reactiva, lo ignoro, lo interrumpo, muestro mi enojo o me doy cuenta de mi sentir?*, veo que le doy menos voz en la terapia, le pregunto menos, hago contacto con los demás, por lo cual necesito estar atenta a estas formas en las que respondo para trabajar con toda la familia. Otra pregunta, *¿Es conveniente re encuadrar mostrando lo mejor de la familia (su preocupación por demostrar cariño) y no haber dado más peso al enojo (que es su tema sensible)?* Me pareció importante resaltar los aspectos que funcionan como recursos de la familia cuando sentí una genuina disposición por la familia de llevarse y relacionarse de una forma que validara a todos, incluyendo que cada integrante y la terapeuta reconozcan la visión que tiene cada quien respecto al tema que adolece. Lo anterior, de acuerdo a la postura de resaltar recursos, favorecer conexiones y escuchar lo que es valioso para cada quien.

En general no se me dificulta hablar de sexualidad. Me siento competente para hablar de psicoeducación. Aunque releendo entiendo que además de orientar de cómo hablar de sexualidad se pudo tomar el camino de hablar del abuso sexual, de qué significa el placer en la familia, de la incomodidad de la mamá al ver que su hijo se acerca a ella. También, considero que es muy distinto el tema de sexualidad con las parejas, tema que es menos abordado por las parejas y por los terapeutas. En este caso se habló como una forma de reconexión y como un espacio privado de la Sra. Thalia y el Sr. Jacinto, aunque si me costó



trabajo abordarlo, ya que, regularmente hablo más de sexualidad en la terapia con adolescentes.

☞ Singularidad del encuentro

En esta familia en particular, fue muy grato conocerlos y ver cómo cada quien fue tomando un lugar en el proceso terapéutico, escuchar sus distintas voces siendo cinco integrantes de la familia fue un reto para mí pero me gustaba porque todos tenían algo que aportar, lo que me facilitó entender su forma de pensar y validar como su mayor intención demostrar aprecio, unión y afecto de una forma donde dejaran de lastimarse .

Cada sesión fue diferente a otra, porque cada uno fue evolucionando en su forma de compartir, en sus reflexiones y expresión al defender lo que es importante. También, se fueron dando reconocimiento y escuchando de tal forma que se iban transformando.

La inquietud de Jacinto, fue un elemento que introducía mucha incertidumbre desde corporalmente hasta en la conversación. La sensibilidad de Margarita matizaba el tono emocional de las sesiones. Las conclusiones circulares de Azucena hacían que la familia se volteara a ver a sí y los efectos en los demás. Los silencios del Sr. Jacinto se fueron convirtiendo en reflexiones de su paternidad y de la imagen que representaba en la familia. La intención de la Sra. Thalía y su poder de convocatoria para la familia, orquestó que cada quien tomara responsabilidad y pudiera expresar sus inconformidades, a la vez que ella iba delegando o compartiendo su rol parental. La experiencia de la supervisora asentó ansiedades respecto a los temas y formas de intervención, su dominio en el campo dio seguridad. La polifonía del equipo terapéutico abrió posibilidades y alternativas, y a la vez mostró una visión empática y sensible con la familia y la terapeuta. Mi entusiasmo como terapeuta por ser supervisada y atender a la familia marcó un contexto de apertura, respeto entre todos, y sumó las voces del equipo y la familia.

Cabe destacar que al cambiar los nombres para mantener la confidencialidad de los consultantes, nombré a la familia Barrera Flores, porque su motivo de consulta tenía que ver



con establecer límites, y aunque no había fronteras claras entre los integrantes tampoco había un contexto dónde se sintieran conectados. Por eso el primer apellido es Barrera. En cambio, le puse "Flores" por las flores que Jacinto y Margarita me llevaron la última sesión y partí de ahí para llamar a todos los integrantes con nombres de flores: Thalia para la mamá, que significa “florecer”; para el padre e hijo, Jacinto (ambos tenían el mismo nombre) su significado “alusivo a las flores” y también es una planta que se acompaña de muchas flores; Azucena para la hija mayor, “bella como un lirio, de naturaleza perceptiva” ; Margarita para la hija menor “bella en pureza como una perla”.

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

Los diferentes estilos de supervisión fueron confusos en varias de las ocasiones. Sin embargo, la posibilidad de conocer diferentes voces, miradas, experiencias y recorrido que tienen los supervisores fue una experiencia enriquecedora, pues pude vivir la experiencia de aprender a escuchar y nutrirme de epistemologías, de los modelos y teorías, de los supervisores, los contextos de las sedes, de mi equipo terapéutico, y de mí persona como terapeuta.

Me gustó el espacio de supervisión que construimos. Sentí confianza para seguir una línea como terapeuta pero también de saberme apoyada por la supervisión, a la vez hubo confianza de saber que hay otras visiones y direcciones que propone el equipo. El proceso de reflexión es algo que he ido ejercitando a través de las inter sesiones. Poco a poco me sentí con la libertad de decir lo que pienso sin pensar que no estoy en sintonía, pues mis aportaciones eran una forma más de dar sentido a mi perspectiva, al igual que las reflexiones de mis compañeros. También, me sentí con mayor espacio a no dejar a la persona de la terapeuta, pues constantemente revisamos cómo estamos dentro de la sesión o en el equipo. Pienso que aprendí mucho y he puesto en práctica los modelos, he desarrollado habilidades y retado mis miedos junto a un equipo que construye un sistema terapéutico.



2 Habilidades de investigación

2.1 Reporte de investigaciones utilizando metodología cuantitativa:

“Sentido del humor en la pareja: relación con la satisfacción de pareja y el bienestar subjetivo”

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo identificar si existe relación entre el sentido del humor con la satisfacción en la pareja y el bienestar subjetivo. La muestra estuvo constituida por 105 hombres y 205 mujeres de 19 a 60 años con una media de 28.99 y desviación estándar de 7.429 que viven en la Ciudad de México y que actualmente tienen una relación de pareja. Se aplicó un instrumento construido con adaptaciones del Inventario del humor en la Relación de Pareja de De Koning y Weiss (2002), la Escala de Satisfacción Marital de Pick y Andrade (1988) y la Escala de Felicidad de Lima de Alarcón (2006). Los resultados confirmaron que existe relación significativa entre el sentido del humor y la satisfacción en la pareja. También sugieren diferencias en la satisfacción en la pareja y el bienestar subjetivo en cuanto al género, tiempo en la relación, si las parejas viven juntas o separadas y si tienen hijos o no.

Palabras clave: sentido del humor, satisfacción conyugal, bienestar subjetivo.

Keywords: humor, couples satisfaction, subjective well-being.



1. Marco teórico

1.1. Sentido del humor

De acuerdo con De Bono (1979), el sentido del humor es un proceso que permite observar algo de una nueva manera, crea nuevas pautas que posibilitan la esperanza, el cambio, la creatividad y la evolución. Asimismo abarca las dimensiones cognitiva, afectiva, conductual y social (Carbelo, 2005). Morreall (2010), define al humor como el disfrute o placer de la incongruencia que se origina cuando el observador nota una diferencia entre sus expectativas de cómo deberían ser las cosas y lo que en realidad ocurre. El humor está asociado con la diversión y la apertura a ideas y experiencias (Joshua, Cotroneo y Clarke, 2005) y puede llevar a un afrontamiento adaptativo a las situaciones y problemas (Henman, 2001).

Se ha demostrado que un mayor sentido del humor fortalece las redes sociales de una persona (Martin 2001). Se ha reportado que aquellas con mayores niveles de humor desarrollan mayor placer y satisfacción en diferentes roles sociales y experiencias de la vida (Kuiper, Martin y Dance, 1992; Kuiper, McKenzie y Belanger, 1995; Nezlek y Derks 2001). Para Kuiper, Grimshaw, Leite, y Kirsh, (2004), el sentido del humor, a través de sus estilos positivos, contribuye a disminuir el estrés y a promover evaluaciones cognitivas positivas frente a situaciones conflictivas o perjudiciales, lo cual lo sitúa como un aspecto del bienestar subjetivo.

1.2. Bienestar Subjetivo

El término bienestar subjetivo se ha utilizado como sinónimo de felicidad. McGillivray y Clarke (2006) señalan que es una evaluación multidimensional de la vida, que incluye juicios cognitivos sobre la satisfacción en la vida y evaluaciones afectivas de las emociones. El bienestar subjetivo incluye dos dimensiones complementarias: una cognitiva y otra emocional. La cognitiva habla sobre los juicios acerca de la satisfacción con la vida, definida por Pavot, Diener y Suh (1998) como la evaluación global que las personas hacen al comparar sus circunstancias actuales con un criterio personal que consideran adecuado para sí mismas.



La dimensión emocional incluye la afectividad positiva, que se refiere principalmente a experimentar emociones agradables tales como alegría y placer, de manera que se relacionan con la satisfacción que sienten las personas en las distintas áreas de su vida (Omar, Paris, de Souza, da Silva, y Peña, 2009).

Peterson, Park & Seligman (2005) distinguen tres dimensiones del bienestar subjetivo: involucramiento, placer y significado, que son mutuamente excluyentes y que permiten obtener datos sobre el grado de bienestar subjetivo que experimentan las personas. Asimismo, los autores refieren que al identificar estas dimensiones, se abre la posibilidad de diseñar intervenciones terapéuticas enfocadas a ellas, para aumentar la satisfacción de vida de los consultantes.

Omar, et al. (2009), toman en cuenta dimensiones tanto individuales como sociales para medir el bienestar subjetivo, pues ambas tienen un efecto sobre la percepción del mismo. Así, el bienestar subjetivo abarca también la satisfacción en la relación de pareja, pues es un área en la que se establecen relaciones con personas significativas y forma parte de la interacción social del individuo.

1.3. Satisfacción en la pareja

La comprensión de las tendencias de la elección de pareja, la separación y el divorcio se observan en el estudio de la satisfacción de pareja. (Maureira, y Maureira, 2002). Dichos estudios están dirigidos a la pareja en matrimonio. Para efectos de esta investigación, se usará la definición de Pick y Andrade (1988) donde satisfacción de pareja es el grado de favorabilidad hacia los aspectos de la pareja y de la interacción en la relación de pareja.

Alvarez-Gayou (1996) expone las tendencias en la elección de pareja y la explica en función de la proximidad, por lo que la atracción física juega un papel primordial al inicio de la relación. Sin embargo, también la atracción afectiva e intelectual son factores influyentes en la elección de pareja. Padilla y Díaz-Loving (2002) agregan que el nivel socioeconómico, creencias religiosas, ideologías políticas y características sociales, también deben ser considerados en la elección de pareja.



Otro factor influyente para la satisfacción de pareja es la comunicación ya que a través de ella se expresan los sentimientos, emociones, proyectos y negociaciones de conflictos. El estilo de comunicación en la pareja puede afectar la satisfacción del otro, en su interacción, percepción y resolución de conflictos (Armenta y Diaz-Loving, 2008).

La pareja se ve afectada por distintas tareas y retos como mantener la intimidad, establecer una relación sexual sana y placentera, lograr las transiciones en la evolución de la pareja, adquirir habilidades para resolver diferencias y mantener su individualidad. El logro de estos ajustes matiza la satisfacción de cada individuo, siendo el sentido del humor un posible recurso para lograrlo (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007).

1.4. Sentido del humor y la satisfacción en la pareja

McGee y Shelvin (2008) afirman que poseer sentido del humor permite que las personas sean vistas como atractivas y apropiadas para una relación de pareja. Diversos estudios han confirmado que parejas con matrimonios duraderos han incluido al sentido del humor como un elemento consistente y que contribuye a su satisfacción (Carstensen, Gottman, y Levenson 1995; Lauer, Lauer, y Kerr, 1990; Ziv 1988, Alberts, Yoshimura, Rabby y Loschiavo, 2005). Además, Driver y Gottman (2004) encontraron que el uso del humor ante situaciones conflictivas es característico de las parejas con niveles de satisfacción más altos. En situaciones conflictivas, el humor usado para difuminar la tensión está asociada con interacciones más satisfactorias (Bippus, 2000 y Driver y Gottman, 2004) y reducen la tensión en la pareja (Cann, Zapata y Davis, 2011).

Por otro lado, se ha observado que la inestabilidad marital y la insatisfacción en parejas divorciadas parece ocurrir cuando se da un vínculo inseguro (Saroglou, Lacour, Demeure, 2010). Kuiper, et al (2004) encontraron que solamente los componentes adaptativos y positivos del sentido del humor (de afrontamiento, afiliativo, auto-engrandecedor) están asociados con una mayor autoestima y relaciones positivas, pues el sentido del humor también posee componentes negativos que no siempre llevan a mayores niveles de intimidad en las relaciones interpersonales (Nezlek and Derks, 2001).

El objetivo del presente estudio es conocer la relación del sentido del humor positivo con la satisfacción de pareja y el bienestar subjetivo de uno de sus miembros, ya que ayuda a



promover relaciones más satisfactorias que a su vez se vean reflejadas en el bienestar subjetivo de sus integrantes, al traducirse en recursos para la relación.

2. Método

2.1. *Procedimiento.* Las escalas fueron aplicadas a manera de autoreporte utilizando dos métodos. El primero método fue una aplicación personal a 83 participantes seleccionados intencionalmente, el segundo método fue pedirle a 227 participantes, a través de las redes sociales, que contestaran el instrumento en su versión electrónica encontrado en la plataforma de QuestionPro. Cuando los datos se recolectaron se procedió a llevar a cabo los análisis estadísticos usando el Statistic Package for Social Studies (SPSS, version 20).

2.2. *Participantes.* La muestra estuvo constituida por 310 personas, 33.8% hombres y 66.8 % mujeres, con una edad media de 28.99 años (DS: 7.429; rango 19-60). De la muestra completa, 82.9% tenían estudios universitarios o de posgrado, el 61.9% tenía una relación, 17.1% vivía con su pareja y el 21% estaba casada. La media del tiempo de la relación fue de 3.54 años (DS:1.572; rango de 0 a 6 meses hasta 21 años o más) y el 23.9% de la muestra tenía hijos. Todos los participantes vivían en la ciudad de México y fueron seleccionados intencionalmente.

2.3. *Materiales.* Cuestionario que consistía en las siguientes medidas (Apéndice A).

Cuestionario demográfico: Se tomaron en cuenta las siguientes variables: sexo, edad, escolaridad, situación sentimental: relación de noviazgo, unión libre o matrimonio, tiempo de relación de pareja: medida en meses o años y presencia de hijos: número de hombres y mujeres. Se realizaron dos preguntas en una escala del 1 al 10 respecto a qué tanto sentido del humor considera tener el participante y qué tanto sentido del humor considera que tiene su pareja, donde 1 correspondía a que la persona o su pareja definitivamente no tienen sentido del humor y 10 correspondía a que la persona o su pareja definitivamente sí tienen buen sentido del humor.

Inventario del Humor en la Relación de Pareja (De Koning y Weiss, 2002): El sentido del humor se entiende como la actitud que se asume ante eventos inesperados que implica



observarlos con gracia y disfrute, creando nuevas pautas que posibilitan la creatividad y el cambio (De Bono, 1979; Carbelo, 2005; Morreal, 2010; Joshua, et al. 2005). El sentido del humor se midió utilizando el Inventario del Humor en la Relación de Pareja (adaptado de The Relational Humor Inventory de De Koning y Weiss, 2002) e incluye los factores: humor positivo, evitación del conflicto, cambio de emoción, humor positivo en la pareja y humor negativo de la pareja. Para los fines del presente estudio se eliminaron las dimensiones evitación del conflicto y humor negativo debido a que el objetivo del estudio es correlacionar los aspectos positivos del sentido del humor con la satisfacción de pareja y el bienestar subjetivo. Las opciones de respuesta están en una escala que va de: Ocurre mucho = 1 a Casi no ocurre = 7. En el presente trabajo, las opciones de respuesta fueron modificadas a una escala tipo Likert, de la siguiente manera: Casi siempre, Muchas veces, Rara vez, Casi nunca, ya que al hacer una prueba de claridad, a los participantes les resultaba más sencillo responder los reactivos con este formato que pareció más claro. Mientras más alto sea el puntaje obtenido, mayor sentido del humor existe en la relación de pareja. En la confiabilidad, se obtuvo un Alpha de Cronbach de .7973 (Vite y López, 2004).

Escala de Satisfacción Marital (Pick y Andrade, 1988): La satisfacción de pareja se define como el agrado hacia los aspectos de la pareja y de la interacción en la relación de pareja. La variable se midió utilizando la Escala de Satisfacción Marital de Pick y Andrade (1988), que fue diseñada y validada en la ciudad de México con hombres y mujeres casados de un nivel socioeconómico medio y bajo. Explora el nivel de satisfacción del individuo respecto a lo que se plantea en cada afirmación. A mayor puntaje, mayor es el nivel de satisfacción en la relación de pareja. Consta de 24 reactivos distribuidos en tres dimensiones: Factor I: Satisfacción con la interacción marital (10 reactivos del 1 al 10), Factor II: Satisfacción con aspectos emocionales del cónyuge (5 reactivos, del reactivo 11 al 15) y Factor III: Satisfacción con aspectos estructurales y de organización (9 reactivos, del reactivo 16 al 24). En el presente estudio se utilizaron solamente los Factores I y II, que los autores reportaron con un Alpha de Cronbach de 0.90 en el Factor I: Satisfacción con la interacción conyugal y 0.81 en el Factor II: Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge. Originalmente el instrumento tenía 3 opciones de respuesta en escala Likert: 1. Me gustaría muy diferente 2. Me gustaría algo diferente 3. Me gusta como está pasando. Para fines del presente trabajo,



se modificaron las instrucciones del instrumento debido a que las opciones fueron confusas para los participantes en la prueba de claridad, por lo que se modificaron del siguiente modo: 1 = Totalmente diferente 2 = Muy diferente 3 = Algo diferente 4 = Así como es.

Se agregaron dos preguntas que corresponden a la percepción que tiene cada participante respecto a la satisfacción en la relación de pareja. En la primera pregunta se pidió a las personas que indicaran qué tan a gusto están en su relación de pareja en una escala del 1 al 10, donde 1 correspondía a que la persona no se encontraba nada a gusto en su relación de pareja y 10 correspondía a que la persona se encontraba totalmente a gusto. En la segunda pregunta se pidió a los participantes que mencionaran las tres cosas que se consideran más importantes para que una pareja tenga éxito y se planteó de manera abierta.

Escala de Felicidad de Lima EFL (Alarcón, 2006): El bienestar subjetivo se define como una evaluación multidimensional de la vida e incluye juicios cognitivos y evaluaciones afectivas sobre la satisfacción en las distintas áreas de la vida (McGillivray y Clarke, 2006). Se midió utilizando la Escala de Felicidad de Lima de Alarcón (2006) a través de 27 ítems en escala Likert con 5 opciones de respuesta que van de Totalmente de acuerdo = 4 a Totalmente en desacuerdo = 1. A mayor puntaje obtenido, mayor es el nivel de felicidad del participante. Los factores que evalúa son: Sentido positivo de la vida con 11 reactivos, Satisfacción con la vida con 6 reactivos, Realización personal con 6 reactivos y Alegría de vivir con 4 reactivos. La Escala de Felicidad presenta elevada consistencia interna con un α de Cronbach=.916 en la muestra en la que se aplicó, que estaba compuesta por 709 estudiantes, 333 hombres y 376 mujeres que cursaban estudios en universidades públicas y privadas de Lima, en diversas áreas profesionales y cuyas edades iban de 20 a 35 años.

3. Resultados

3.1. Análisis factorial

3.1.1. La Escala del Humor en la relación de pareja (Vite y López, 2004)

En la Tabla 1 se observa el análisis factorial de la Escala del humor en la relación de pareja de Vite y López (2004) en el cual se conservaron 13 reactivos de 15, se obtuvo una varianza



explicada de 59.04% y un alfa Cronbach .853, los reactivos se agruparon en 3 factores. Factor I: El uso del humor propio en la pareja ($\alpha=.801$), Factor II: El sentido del humor de la pareja ($\alpha=.822$); y Factor III: es el sentido del humor en la interacción de la pareja ($\alpha=.655$).

Una puntuación total para el humor fue calculada para proceder con otros análisis y se crearon tres grupos basados en las puntuaciones en cuartiles de la muestra, obteniendo un grupo de bajo humor, un grupo de mediano humor y un grupo de alto humor, donde bajo humor significa que la gente en ese grupo obtuvo puntuaciones más bajas en la escala del humor y se sigue el mismo criterio con los otros dos grupos.

3.1.2 Escala de la Satisfacción en la pareja (Pick and Andrade, 1988)

En la Tabla 2 se muestra el análisis factorial de la escala, que tiene una varianza explicada de 57.515% y un alfa de Cronbach de .900. Trece de los 15 reactivos se mantuvieron y se agruparon en dos dimensiones: Factor I: satisfacción de la pareja ($\alpha=.892$); y Factor II: aspectos emocionales de la pareja ($\alpha=.765$).

3.1.3. Escala de la Felicidad de Lima (EFL), (Alarcón, 2006)

Como se muestra en la Tabla 3, el análisis factorial explicó una varianza del 52.140% y un alfa de Cronbach de .947. Veintiséis reactivos de 27 fueron mantenidos y se agruparon en cuatro dimensiones: Factor I: Satisfacción personal ($\alpha=.925$); Factor II: Alegría de vivir ($\alpha=.847$); Factor III: Desesperanza ($\alpha=.827$); y el Factor IV: Vacío existencial ($\alpha=.846$).

3.2. Sentido del humor y la satisfacción en la relación de pareja

El primer análisis se enfocó en las relaciones entre diferentes aspectos del humor y la satisfacción en la pareja. Se calcularon correlaciones considerando los factores de la escala del Humor y los de la escala de la satisfacción en la pareja (ver Tabla 1).

De acuerdo con las expectativas, se encontraron correlaciones significativas entre el humor y la satisfacción en la pareja. El uso del humor en la relación correlaciona de manera positiva con la satisfacción en la interacción de la pareja y con los aspectos emocionales de la relación.



Tabla 1. Correlaciones entre los factores de la escala del humor y las dimensiones de la escala de la satisfacción en la relación de pareja

		FC1. Interacción en la pareja	FC2. Aspectos emocionales de la pareja
FB1. El propio uso del humor	Correlación de Pearson	.347**	.225**
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	309	309
FB2. El uso del humor de mi pareja	Correlación de Pearson	.344**	.327**
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	310	310
FB3. El uso del humor en la relación	Correlación de Pearson	.469**	.330**
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	309	309
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	310	310

Después de obtener resultados globales para la escala del humor la muestra se dividió en tres grupos: bajo humor, mediano humor y alto humor. Las medias fueron comparadas con la escala de la satisfacción en la pareja. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas siempre y cuando los participantes tuvieran o mediano o alto humor ya que estos reportaron tener mayor satisfacción en su relación de pareja, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre estos mismos grupos con relación a los aspectos emocionales de la pareja.

Una regresión lineal se calculó para verificar qué variables del sentido del humor predicen la satisfacción en la pareja, y el análisis arrojó que el uso del humor en la relación predice la satisfacción en la relación en un 20% ($r = .449, p < .000$), y el uso del humor de la pareja añade otro 3% a esta predicción ($r = .486, p < .000$).

3.3 Sentido del humor y bienestar subjetivo

Se calcularon correlaciones entre las dimensiones de la escala del Sentido del humor y la escala de Bienestar subjetivo. Los resultados muestran que el humor y el bienestar subjetivo



están positivamente correlacionados. El uso del humor en la vida y en la relación tiene relaciones significativas con todos los factores de la escala del bienestar subjetivo (ver Tabla 2). Mientras el humor sea usado, la gente experimenta mayor satisfacción personal y alegría de vivir, y menos desesperanza y vacío existencial.

Tabla 2. *Correlaciones entre los factores de la escala del humor y las dimensiones de la escala de Bienestar subjetivo*

		FD1. Satisfacción personal	FD2. Alegría de vivir	FD3. Desesperanza	FD4. Vacío existencial
FB1. El uso del humor propio	Correlación de Pearson	.239**	.204**	-.230**	-.266**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	309	309	309	309
FB2. El uso del humor de la pareja	Correlación de Pearson	.236**	.132*	-.165**	-.196**
	Sig. (bilateral)	.000	.020	.003	.001
	N	310	310	310	310
FB3. El uso del humor en la relación	Correlación de Pearson	.314**	.281**	-.296**	-.283**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	309	309	309	309

3.5 Humor y datos demográficos

Se correlacionó los datos demográficos con los factores de cada escala. Los datos arrojaron diferencias significativas entre el sexo y la interacción entre la pareja y la alegría de vivir, en la que los hombres (M: 3.52, SD: .538) reportaron estar más satisfechos en la interacción de la pareja que las mujeres (M: 3.37, SD: .683), ($T= 2.069$; $fd: 308$; $p<.029$), y las mujeres (M: 3.44, SD: .482) informaron tener mayor alegría de vivir que los hombres (3.34, SD: .619) ($T= -1.460$; $fd 380$; $p<.009$).

El análisis mostro diferencias significativas entre la situación sentimental y la interacción entre la pareja y vacío existencial, en la que el noviazgo parecen tener mayor satisfacción en la interacción entre la pareja (M: 3.479; SD: .589), y las personas casadas reportaron tener mayor vacío existencial (M: 1.224; SD: .386).



Asimismo, se observó correlación entre el tiempo de la relación y el sentido del humor en la pareja y el uso del sentido del humor de la pareja, según los datos mientras más tiempo lleva una persona en una relación, su pareja usará menos el sentido del humor ($r = -.118$, $p < .038$), además de una tendencia que mientras más tiempo lleve una relación, las personas parecen menos satisfechas con su interacción ($r = -.108$, $p < .058$).

También se encontró correlación entre los factores de la escala y si hay hijos o hijas. Se observa que en los datos arrojados las parejas con hijas tienden a usar menos su sentido del humor ($r = -.145$, $p < .011$), menos uso del humor hace su pareja ($r = -.149$, $p < .009$), y tienen menos sentido del humor ($r = -.150$, $p < .008$). Si la persona tiene una hija, menos satisfacción tiene con la interacción de pareja (Si hijo, $r = -.113$, $p < .048$; Si hija, $r = -.170$, $p < .003$).

4. Discusión

Los resultados señalan que existen correlaciones significativas entre el sentido del humor, la satisfacción de pareja y el bienestar subjetivo, como se esperaba. El sentido del humor no solo está relacionado con la satisfacción de pareja, como lo plantean algunos autores que lo identifican como una característica consistente en una relación considerada satisfactoria (Carstensen, et al, 1995; Lauer, et al, 1990; Ziv 1988, Alberts, et al, 2005), sino que también predice la satisfacción de la pareja cuando es utilizado por ambos miembros. Esto se refuerza cuando un miembro de la pareja considera que su compañero tiene sentido del humor.

La relación entre el sentido del humor y el bienestar subjetivo también fue confirmada por los resultados que establecen que si las personas usan su sentido del humor, experimentan mayor satisfacción personal y alegría de vivir, en contraste con los sentimientos de desesperanza y vacío existencial, que rara vez se encuentran bajo estas condiciones. Aunque esta relación puede parecer evidente, es un tema que no se ha explorado a profundidad, por lo que se necesita mayor investigación en esta área.

Los resultados muestran que los hombres tienden a estar más satisfechos con la interacción en la pareja que las mujeres, mientras que las mujeres mostraron mayor alegría de vivir que los hombres. Este punto establece una discusión sobre las diferencias de género que hacen a los hombres o a las mujeres más sensibles o interesados en áreas específicas y no otras, pero



debido a que estos resultados fueron inesperados, se necesita mayor investigación al respecto.

Otro hallazgo fue que las parejas que no viven juntas estaban más satisfechas con la interacción entre ellos, mientras que las parejas casadas reportaban mayor vacío existencial. Esto puede estar relacionado con la rutina diaria cuando las parejas deben aprender cómo relacionarse y esto no siempre es fácil. De hecho, las parejas jóvenes que viven juntas no tienen los mismos desacuerdos acerca de la vida cotidiana, lo cual pudo haber influido en estos resultados. Hallazgos similares sugieren que entre más tiempo lleva junta una pareja, menos percibe el sentido del humor de su compañero y están menos satisfechos con su interacción, lo cual parece ser otra expresión de las dificultades de la vida cotidiana.

Además, que la presencia de hijos hace una diferencia en la interacción de las parejas, lo cual no es tan satisfactoria como en los casos en los que no hay hijos. En cuanto al uso del humor, las parejas que tienen hijas no lo utilizan tan seguido como aquellas que tienen hijos o que no tienen hijos. Estos hallazgos pueden estar relacionados con los patrones interaccionales de los cuales Minuchin (1979) habla frecuentemente, cuando los desacuerdos de la vida diaria ponen distancia entre la pareja y este espacio vacío puede ser ocupado posteriormente por los hijos. Sin embargo, aparentemente las hijas tienen mayor impacto en el sentido del humor y la interacción de la pareja, tal vez a causa de los cambios culturales que estamos enfrentando en la actualidad y todos los riesgos que representa tener un estilo de vida acelerado. En cualquier caso, se necesita mayor investigación para aclarar estos aspectos.

En conclusión, el sentido del humor puede ser utilizado en las parejas como un recurso para el afrontamiento adaptativo que contribuye a disminuir el estrés, como lo señalan Henman (2001), Kuiper, et al (2004) y aunque los mecanismos a través de los cuales el sentido del humor funciona pueden no estar tan claros, los resultados indicaron que de hecho tiene una relación con la satisfacción en la pareja y la satisfacción general en las experiencias de vida (Kuiper, et al, 1992; Kuiper, et al, 1995; Nezek y Derks 2001), así como con el bienestar subjetivo. En este sentido, el sentido del humor es una actitud que impacta profundamente la calidad de la vida de las personas.

Referencias



- Acevedo, V., Restrepo, L. y Tovar, J. (2007). *Parejas satisfechas de larga duración en la ciudad de Cali*. *Pensamiento Psicológico*, 3, 85-107.
- Alarcón, R. (2006). *Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad*. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, 1, 99-106.
- Alberts, J., Yoshimura, C., Rabby, M., & Loschiavo, R. (2005). Mapping the topography of couples' daily conversations. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 299-322.
- Álvarez-Gayou, J. (1996). *La sexualidad en la pareja*. México: El Manual Moderno.
- Armenta, H. y Diaz-Loving, R. (2008). Comunicación y satisfacción: Analizando la interacción de pareja. *Psicología Iberoamericana*, 16, 23-27.
- Bippus, A. (2000). Making sense of humor in young romantic relationships: Understanding partners' perceptions. *Humor: International Journal of Humor Research*, 13, 395-417.
- Cann, A., Zapata, C., & Davis, H. (2011). Humor style and relationship satisfaction in dating couples: Perceived versus self-reported humor styles as predictors of satisfaction. *Humor: International Journal of Humor Research*, 24, 1-20.
- Carbelo, B. (2005). El humor en relación con el paciente. *Una guía para profesionales de la Salud*. Masson, Barcelona: España.
- Carstensen, L., Gottman, J., & Levenson, R. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10, 140-149.
- De Bono, E. (1979). *La felicidad como objetivo*. Cairos, Barcelona: España.
- De Koning, E. E., & Weiss, R. L. (2002). The Relational Humor Inventory: Functions of Humor in Close Relationships. *American Journal Of Family Therapy*, 30(1), 1-18.
- Driver, J. y Gottman, J. (2004). Daily marital interactions and positive affect during marital conflict among newlywed couples. *Family Process*, 43, 301-314.
- Henman, L. (2001). Humor as a coping mechanism: Lessons from POWs. *Humor, International Journal of Humor Research*, 14, 83-94.
- Joshua, A., Cotroneo, A., & Clarke, S. (2005). Humor and oncology, *Journal of Clinical Oncology*, 23, 645-8.
- Kuiper, N., Grimshaw, C., Leite, C., & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *International Journal of Humor Research*, 17, 135-168.
- Kuiper, N, Martin, R., & Dance, K. (1992). Sense of humor and enhanced quality of life. *Personality and Individual Differences*, 13, 1273-1283.
- Kuiper, N., McKenzie, S. & Belanger, K. (1995). Cognitive appraisals and individual differences in sense of humor: Motivational and affective implications. *Personality and Individual Differences*, 19, 359-372.
- Lauer, R., Lauer, J., & Kerr, S. (1990). The long-term marriage: Perceptions of stability and satisfaction. *International Journal of Aging & Human Development*, 31, 189-195.



- Martin, R. (2001). Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127, 504–519.
- Maureira, F. y Maureira, Y. (2002). Características de los componentes del amor de pareja en una muestra de estudiantes chilenos. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 15, 206-217. Recuperado el 11 de septiembre de 2011 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num1/Vol15No1Art11.pdf>
- McGee, E., & Shelvin, M. (2009). Effect of humor on interpersonal attraction and mate selection. *The Journal of Psychology*, 143, 67-77.
- McGillivray, M., & Clarke, M. (2006). Human well-being: concepts and measures. En McGillivray, M. & Clarke, M. (eds.). *Understanding Human Well-Being*. New York: United Nations University Press.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Morreall, J. (2010). Comic vices and comic virtues. *Humor: International Journal of Humor Research*, 23, 1–26.
- Nezlek, J., & Derks, P. (2001). Use of humor as a coping mechanism, psychological adjustment, and social interaction. *Humor: International Journal of Humor Research*, 14, 395–413.
- Omar, A., Paris, L., de Souza, M., da Silva, S. y Peña, R. (2009). Validación del Inventario de Bienestar Subjetivo con muestras de jóvenes y adolescentes argentinos, brasileros y mexicanos. *Suma Psicológica*, 16, 69-84.
- Padilla, G. N., y Díaz-Loving, R. (2002). La pasión, el romance y la sexualidad en las relaciones de pareja. *La Psicología Social en México*, 9, 771-779. México: Amepso.
- Pavot, W., Diener, E., & Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70, 340-354.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41.
- Pick, S. y Andrade, P. (1988). Desarrollo y validación de la Escala de Satisfacción Marital. *Psiquiatría*, 1, 9-20.
- Saroglou, V., Lacour, C., & Demeure, M. (2010). Bad Humor, Bad Marriage: Humor Styles in Divorced and Married Couples. *Europe's Journal of Psychology*, 3, 94-121
- Vite, S. y Lopez, B. (2004) El uso del humor en las relaciones de Pareja en un grupo de jóvenes universitarios. *Ponencia presentada en el IX Congreso de Terapia Familiar*. Veracruz.
- Ziv, A. (1988). Humor's role in married life. *Humor: International Journal of Humor Research*, 1, 223–229.



2.2 Reporte de elaboración de instrumento:

“Escala del sentido del humor como recurso psicológico en la relación de pareja”

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo desarrollar un sistema de evaluación del sentido del humor, debido a su importancia como un recurso en la relación de pareja que permite ampliar sus alternativas ante los conflictos, así como divertirse y evitar el aburrimiento, en contraste con el uso del sentido del humor negativo, que puede ser utilizado para descalificar a otros, evitar los conflictos o burlarse de uno mismo (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007; Martin, et. al, 2003; Henman, 2001; Joshua, Cotroneo y Clark, 2005). Con base en la teoría, se diseñó una escala con las dimensiones de sintonía, disfrute, afrontamiento y humor negativo. La escala fue aplicada mediante una plataforma en Internet llamada Questionpro™ a una muestra de hombres y mujeres de diferentes estados de la República, que tuvieran entre 20 y 75 años y que estuvieran en una relación de pareja. La escala inicial, compuesta por 139 reactivos, se sometió a pruebas de claridad y validez de facie. Como resultado de estas pruebas se obtuvieron 86 reactivos representativos de las cuatro dimensiones mencionadas anteriormente. El análisis factorial de la prueba arrojó 9 factores significativos con una varianza explicada del 50.106% y la consistencia interna de la prueba indican una confiabilidad de $\alpha: .951$. La validez concurrente determina que la escala correlaciona significativamente con el Inventario de Humor Relacional de De Koning y Weiss (2002), con un coeficiente r de Pearson de $.750^{**}$. La escala final está conformada por 6 factores y 46 reactivos, mismos que miden la sintonía del humor en la pareja, el humor como optimismo, el humor como disfrute, el humor negativo por parte de la pareja, el humor como afrontamiento y el humor usado como burla.

Palabras clave: sentido del humor, recurso en la pareja, humor positivo, humor negativo.



La escala de El Sentido del Humor como un Recurso Psicológico en la relación de pareja es un instrumento que mide el uso del humor, ya sea de manera positiva (como afrontamiento, optimismo, disfrute y sintonía con la pareja) o negativa (burlas o la percepción de que la pareja lo usa de manera negativa). Está dirigida a hombres y mujeres que se encuentren en una relación de pareja, ya sea noviazgo, unión libre o matrimonio, y que tengan de 20 a 60 años de edad, con un nivel de lectura mínimo de Preparatoria.

De acuerdo con De Bono (1979), el sentido del humor es un proceso que permite observar algo de una nueva manera, crea nuevas pautas que posibilitan la esperanza, el cambio, la creatividad y la evolución. Asimismo, Morreall (2010), lo define como el disfrute o placer de la incongruencia, que se origina cuando el observador nota una diferencia entre sus expectativas de cómo deberían ser las cosas y lo que en realidad ocurre. Por lo tanto, el humor está asociado con la diversión y la apertura a ideas y experiencias (Joshua, Cotroneo y Clark, 2005) y puede llevar a un afrontamiento adaptativo a las situaciones (Henman, 2001). Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray y Weir (2003) definen los siguientes tipos de humor: humor afiliativo, diseñado para apoyar a otros y fortalecer o construir relaciones; humor agresivo, que ataca o ridiculiza a otros para obtener ventaja o mejorar la impresión de uno mismo; humor auto-engrandecedor, que protege a la persona de los estresores o le permite divertirse ante los eventos de cada día y humor auto-derrotista, que remarca las propias debilidades o conductas para obtener aprobación de los otros.

Por lo tanto, el sentido del humor es una actitud que varía entre las personas y se relaciona con la capacidad de disfrute, la flexibilidad ante los sucesos inesperados y puede utilizarse como una herramienta para el afrontamiento adaptativo, o como una forma de atacar o defenderse de otros, así como de auto-menosprecio. De acuerdo con las definiciones anteriores sobre el sentido del humor, se pueden establecer cuatro principales atributos: disfrute, afrontamiento adaptativo, sintonía y humor negativo.

Según Csikszentmihalyi (2008), el disfrute es un componente afectivo y ocurre cuando una persona va más allá de lo que planeaba hacer y alcanza una meta inesperada, lo cual provoca una sensación de satisfacción. En cuanto al sentido del humor, disfrutar será



entendido como el componente emocional, que implica gozar y divertirse tanto en situaciones cotidianas como inesperadas, que permiten la posibilidad de apertura ante desafíos.

Lazarus y Folkman (1993) definen el afrontamiento como un proceso en el cual el individuo hace esfuerzos tanto conductuales como cognitivos para manejar demandas que superan los recursos que tiene para resolverlos y que por tanto, producen estrés. Las estrategias de afrontamiento incluyen la revaloración positiva del suceso traumático, el afrontamiento enfocado en el problema y la asignación de significado positivo a los eventos (Tugade y Fredrickson, 2004). En el caso de las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, el sentido del humor es una de las más eficaces, ya que reduce la aflicción al percibir la situación de una manera menos estresante (Carr, 2007). Diversos estudios han confirmado que las parejas con matrimonios duraderos han incluido al sentido del humor como un elemento que contribuye a su satisfacción en la relación (Carstensen, Gottman y Levenson, 1995; Lauer, Lauer, y Kerr, 1990; Ziv, 1988; Alberts, Yoshimura, Rabby y Loschiavo, 2005).

En cuanto a la sintonía en la relación de pareja, Byrne (1971, citado en Barelds y Barelds-Dijkstra, 2010) señala que entre más parecidas son dos personas, existe más atracción entre ellas debido a que tienden a validarse y se reducen los conflictos y desacuerdos. Murstein y Burst (1985) encontraron que las parejas que poseen sentido del humor parecido tienen mayores niveles de amor y mayores probabilidades de casarse.

El sentido del humor también puede manifestarse de formas negativas que no siempre llevan a mayores niveles de intimidad en las relaciones interpersonales (Nezlek y Derks, 2001; Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray y Weir, 2003). Según De Koning y Weiss (2002), se relaciona con un estilo de comunicación agresivo y manipulativo, que tendría consecuencias negativas si fuera manifestada abiertamente. Bergen (1998) sugiere que el sentido del humor negativo es un medio para expresar hostilidad de una forma socialmente aceptable.



Desarrollo de la prueba

Objetivo

La escala de El Sentido del Humor como Recurso Psicológico en la pareja se diseñó para medir el uso que le dan hombres y mujeres a su sentido del humor en cuanto a sus aspectos positivos (afrentamiento, optimismo, disfrute y sintonía) y negativos (burlas o la percepción de que es usado de forma agresiva por la pareja) en su relación de pareja.

Validez y confiabilidad

La Escala del Sentido del Humor como Recurso Psicológico en la Relación de Pareja fue elaborada con fines académicos. Por falta de tiempo y recursos, la validez y confiabilidad se obtuvieron de una muestra con características particulares, por lo que los resultados no pueden generalizarse a la población mexicana. Por este motivo, la versión final de la escala debe ser estandarizada con una muestra diferente para ser utilizada en nuestro país.

Para someter la escala a prueba de validez y confiabilidad, ésta se aplicó a 302 hombres (26.8%) y mujeres (73.2%) residentes de diferentes estados de la República Mexicana (21.2% del Norte del país, 65.6% del Centro del país y 13.2% del Sur del país), con edades entre 20 y 75 años, y un nivel de estudios que va desde Secundaria hasta Posgrado. El 51.3% de la muestra viven separados (relación de noviazgo), y el 48.7% restante viven juntos (matrimonio o unión libre).

Validez de facie

La escala se sometió al criterio y juicio de diez especialistas, en Psicología Positiva o Psicoterapia Humanista y Sistémica, la representatividad de cada una de las dimensiones que construyen la escala. Como resultado, la dimensión “disfrute” conservó 20 reactivos, la dimensión “afrentamiento adaptativo” conservó 26, la dimensión “sintonía” mantuvo 22, y la dimensión “humor negativo” conservó 18, quedando una escala total de 86 reactivos.

Validez factorial



Con los reactivos resultantes de la validez de facie, se realizó el análisis factorial, que se detuvo a las 20 iteraciones. Se obtuvo un valor de KMO de .901 significativa con .000, mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett fue de 13713.114, con una significancia de .000. La comunalidad mínima de los reactivos fue de .450, mientras que la máxima fue de .835.

El análisis factorial dio como resultado nueve factores significativos que explican el 50.106%, de la varianza total. En la Tabla 1, se muestran los factores significativos con sus respectivas definiciones.

Tabla 1.
Factores de la escala “El Sentido del Humor como un Recurso Psicológico en la pareja” y sus definiciones.

Factor 1. Sintonía	Percepción de la similitud entre el sentido del humor en la pareja y capacidad de entender el sentido del otro.
Factor 2. Humor como optimismo	Percepción de la capacidad de mantener el sentido del humor ante adversidades y tener una visión esperanzadora sobre el futuro ya la resolución del conflicto.
Factor 3. Disfrute	Percepción de la capacidad de utilizar el sentido del humor para disfrutar la vida cotidiana.
Factor 4. Humor como afrontamiento de mi pareja	Percepción de que la pareja utiliza su sentido del humor para hacerle frente a los conflictos de manera positiva.
Factor 5. Autoapreciación del Sentido del Humor	Percepción favorable del propio sentido del humor como un atributo personal positivo.
Factor 6. Humor como disfrute en la relación de pareja	Percepción de la capacidad de utilizar el sentido del humor para disfrutar de la relación de pareja.
Factor 7. Humor negativo de mi pareja	Percepción del uso del humor de la pareja de manera agresiva, ya sea como sarcasmos, ataques o burlas.
Factor 8. Humor propio como afrontamiento	Percepción de la capacidad propia para usar el sentido del humor ante conflictos o eventos estresores para hacerles frente y encontrar soluciones.
Factor 9. Humor usado como burla	Percepción del uso del sentido del humor para expresar burlas sobre la pareja.



Validez concurrente

Para obtener la validez concurrente se realizó un estudio de las correlaciones entre la escala “El Sentido del Humor como un Recurso Psicológico en la pareja” y la escala The Relational Humor Inventory (De Koning y Weiss, 2002), la cual fue previamente adaptada y traducida para su aplicación. Asimismo, se correlacionaron las puntuaciones obtenidas a una escala de chistes que fue elaborada por las autoras del presente manual. A partir de dichas correlaciones se encontraron las siguientes correlaciones significativas expuestas en la Tabla 2 y Tabla 3.

Tabla 2. Correlaciones de la escala “El Sentido del Humor como un Recurso Psicológico en la pareja” (B) con la escala “The Relational Inventory” (C).

	Factor1C Humor como unión en la pareja	Factor2C humor de mi pareja como apacigua- dor	Factor3C humor propio como burla	Factor4C humor negativo de la pareja	Factor5C sintonía	Factor6C humor como evitación	Factor7C humor propio como apacigua- dor
Factor1B: Sintonía	.740**	.383**	.124	.541**	.716**	-.048	.304**
Factor2B: Humor como optimismo	.288**	.288**	-.146	.057	.292**	-.422**	.356**
Factor 3B: Disfrute	.561**	.273**	-.061	.059	.413**	-.257*	.382**
Factor 4B: Humor de la pareja como enfrentamiento	.460**	.343**	-.128	.108	.348**	-.168	.155
Factor 5B: Autoapreciación del sentido del humor	.553**		-.169	.093	.520**	-.288**	.267*
Factor 6B: Humor como disfrute en la relación de pareja	.602**	.230*	-.098	.125	.509**	-.096	.219*
Factor 7B: Humor negativo de mi pareja	.042		.537**	.641**	.164	.431**	-.151
Factor 8B: Humor como enfrentamiento	.400**	.417**	-.129	.106	.383**	-.559**	.439**
Factor 9B: Humor como burla	.093		.670**	.376**	.128	.423**	-.038

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).



Tabla 3. Correlaciones entre la escala “El Sentido del Humor como un recurso psicológico en la pareja” y la “Escala de chistes”.

		Escala D total	Escala chistes	No uso humor	Si uso humor
Escala B total	Correlación de Pearson	.358	.200	.163	.463**
	Sig. (bilateral)	.052	.289	.390	.010
	N	30	30	30	30
Factor1B: Sintonía	Correlación de Pearson	.285	.174	.112	.379*
	Sig. (bilateral)	.127	.357	.555	.039
	N	30	30	30	30
Factor2B: Humor como optimismo	Correlación de Pearson	.291	.093	.398*	.433*
	Sig. (bilateral)	.118	.624	.030	.017
	N	30	30	30	30
Factor3B: Disfrute	Correlación de Pearson	.087	-.006	.018	.207
	Sig. (bilateral)	.649	.976	.925	.272
	N	30	30	30	30
Factor4B: Humor como afrontamiento de mi pareja	Correlación de Pearson	.306	.198	.212	.331
	Sig. (bilateral)	.100	.294	.260	.074
	N	30	30	30	30
Factor5B: Autoapreciación del sentido del humor	Correlación de Pearson	.139	-.044	.287	.367*
	Sig. (bilateral)	.463	.817	.123	.046
	N	30	30	30	30
Factor6B: humor como disfrute en la relación de pareja	Correlación de Pearson	.105	-.028	.029	.325
	Sig. (bilateral)	.581	.883	.880	.080
	N	30	30	30	30
Factor7B: humor negativo de mi pareja hacia mi	Correlación de Pearson	.373*	.402*	-.136	.183
	Sig. (bilateral)	.042	.028	.473	.332
	N	30	30	30	30
Factor8B: Humor propio como afrontamiento	Correlación de Pearson	.199	.006	.294	.342
	Sig. (bilateral)	.291	.977	.115	.064
	N	30	30	30	30
Factor9B: Humor como burla	Correlación de Pearson	.070	.093	-.271	.128
	Sig. (bilateral)	.715	.625	.147	.499
	N	30	30	30	30

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

*Validez de criterio*

Se llevó a cabo una comparación de medias de los datos sociodemográficos recuperados durante la aplicación de las escalas (sexo, edad, si viven juntos o separados, tiempo de relación y región de la República Mexicana de procedencia) con la escala “El Sentido del Humor de la pareja” para encontrar significancias, las cuales aparecen en la siguiente tabla.

Tabla 4. *Significancias de las comparaciones de medias de los datos sociodemográficos con la escala “Sentido del Humor como Recurso Psicológico de la pareja”.*

	Sexo	Viven juntos o separados	Tienen o no hijos	Edad	Tiempo de relación	Escolaridad	Estado de procedencia
ESCALA TOTAL			.012				
F1B: sintonía		.060	.001	.034	.006		
F2B: Humor como optimismo	.029					.019	
F3B: Disfrute			.057		.027	.043	
F4B: humor de mi pareja como afrontamiento				.056			
F5B: Autoapreciación del sentido del humor			.052				.010
F6B: Humor como disfrute en la relación de pareja			.031	.012			
F7B: Humor negativo de mi pareja	.003	.011					
F8B: Humor propio como afrontamiento	.001					.031	
F9B: Humor como burla	.001						

A partir de la validez de criterio y concurrente, se determinó que los factores que resultaron significativos y que se mantuvieron para la escala final son los siguientes:



- Factor 1 (Sintonía), que se entiende como la similitud en el sentido del humor de ambos miembros de la pareja, que define lo que consideran gracioso y lo que disfrutan.
- Factor 2 (Optimismo) se refiere a la actitud positiva que una persona adopta mediante el uso del sentido del humor ante conflictos, situaciones cotidianas e inesperadas de la vida, a pesar de que en el momento en que se experimentan, la vivencia sea desagradable.
- Factor 3 (Disfrute) que se refiere al uso del sentido del humor como una manera de divertirse y disfrutar la vida.
- Factor 7 (Humor negativo por parte de la pareja) que se entiende como el uso que la pareja hace del sentido del humor para descalificar a la otra persona o como una lucha de poder.
- Factor 8 (Afrontamiento) uso del sentido del humor como un recurso que relaja la tensión y ayuda a resolver problemas de la vida cotidiana.
- Factor 9 (Humor usado como burla) que se refiere al uso del humor para descalificar o burlarse de la pareja.

Los factores 1, 2, 3 y 8 corresponden al uso del sentido del humor considerado positivo, en cambio el factor 7 y 9 corresponden al uso del sentido del humor considerado negativo.

Consistencia interna

La consistencia interna del instrumento se estableció con el alfa de Cronbach de la escala total. Se obtuvo una confiabilidad α : .951. Los índices de confiabilidad de cada factor se presentan en la siguiente tabla.



Tabla 5. Factores con su varianza explicada e índice de confiabilidad

Factores	Varianza explicada	Alpha de Cronbach
Factor 1. Sintonía	11.176%	α .928
Factor 2. Optimismo	5.833%	α .844
Factor 3. Disfrute	5.747%	α .828
Factor 7. Humor negativo por parte de la pareja	4.660%	α .838
Factor 8. Afrontamiento	4.396%	α .758
Factor 9. Humor usado como burla	2.608%	α .698

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos, los factores que deciden conservarse debido a que resultan más útiles para medir el sentido del humor como recurso psicológico en la relación de pareja son el Factor 1: Sintonía, Factor 2: Optimismo, Factor 3: Disfrute, Factor 7: Humor negativo de mi pareja hacia mí, Factor 8: Afrontamiento y Factor 9: Burla. En el caso del factor 9, se decidió conservarlo con el objetivo de equilibrar el uso negativo del sentido del humor con el uso positivo del mismo, a manera de tener un punto de comparación de los resultados.

La Escala del Sentido del Humor como Recurso Psicológico en la Relación de Pareja fue elaborada con fines académicos (Véase Apéndice 1). Por falta de tiempo y recursos, la validez y confiabilidad se obtuvieron de una muestra con características particulares, por lo que los resultados no pueden generalizarse a la población mexicana. Por tal motivo, la versión final de la escala debe ser estandarizada con una muestra diferente para ser utilizada en nuestro país.

Sugerencias

La Escala del Sentido del Humor como Recurso Psicológico en la Relación de Pareja fue aplicada a una muestra que en su mayoría estaba constituida por mujeres jóvenes con niveles altos de escolaridad, por lo que para futuras aplicaciones, se sugiere ampliar la muestra, específicamente que se incluyan más hombres y personas mayores a 35 años con distintos niveles de escolaridad.



Si bien la escala arroja datos interesantes sobre el sentido del humor, estos son bastante generales, por lo que se recomienda estudiar de manera más específica las dimensiones que la constituyen y su relación con distintas variables sociodemográficas, a manera de obtener más información acerca del modo en que se utiliza el sentido del humor en la relación de pareja y qué impacto pudiera tener en el bienestar y la satisfacción de la pareja.

En este sentido, se sugiere aumentar el número de reactivos de las dimensiones que miden el uso del sentido del humor negativo, para conocer la contraparte al uso del sentido del humor como recurso psicológico. Esto permitiría identificar qué efectos puede tener en la relación de pareja y el bienestar de sus miembros, pues podría considerarse que el uso negativo del sentido del humor es otra forma de violencia psicológica que se da en las parejas, sin embargo esta hipótesis debe ser confirmada con estudios posteriores.

Referencias

- Acevedo, V., Restrepo, L., & Tovar, J. (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3, 85-107.
- Alberts, J., Yoshimura, C., Rabby, M., & Loschiavo, R. (2005). Mapping the topography of couples' daily conversations. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 299-322.
- Barelds, D. & Barelds-Dijkstra, P. (2010). Humor in Intimate Relationships: Ties among Sense of Humor, Similarity in Humor and Relationship Quality. *Humor*, 23, 447-465.
- Bergen, D. (1998). Development of the sense of humor. In W. Ruch (Ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic*. Berlin, Germany: Mouton de Gruyter.
- Carr, A. (2007). Psicología positiva. *La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carstensen, L., Gottman, J., & Levenson, R. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10, 140-149.
- Csikszentmihalyi, M. (2008). *Fluir (Flow): La psicología de la felicidad*. Décimo tercera edición, Barcelona: Beluga y Mleka.
- De Bono, E. (1979). *La felicidad como objetivo*. Kairos: Barcelona
- De Koning, E. E., & Weiss, R. L. (2002). The Relational Humor Inventory: Functions of Humor in Close Relationships. *American Journal Of Family Therapy*, 30(1), 1-18.
- Driver, J., & Gottman, J. (2004). Daily marital interactions and positive affect during marital conflict among newlywed couples. *Family Process*, 43, 301-314.



- Henman, L. (2001). Humor as a coping mechanism: Lessons from POWs. *Humor, International Journal of Humor Research*, 14, 83–94.
- Joshua, A., Cotroneo, A. & Clarke, S. (2005). Humor and oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 645–8.
- Lauer, R., Lauer, J., & Kerr, S. (1990). The long-term marriage: Perception of stability and satisfaction. *International Journal of Aging & Human Development*, 31, 189–195.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in the uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48–75.
- Morreall, J. (2010). Comic vices and comic virtues, *Humor: International Journal of Humor Research*, 23, 1–26.
- Murstein, B. I., & Brust, R. G. (1985). Humor and interpersonal attraction. *Journal of Personality Assessment*, 49, 637–640.
- Nezlek, J., & Derks, P. (2001). Use of humor as a coping mechanism, psychological adjustment, and social interaction. *Humor: International Journal of Humor Research*, 14, 395–413.
- Tugade, M. & Fredrickson, B.L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality of Social Psychology*, 86, 320-333.
- Ziv, A. (1989). Humor's role in married life. *Humor*, 1, 223–229.



2.3 Reporte de investigación utilizando metodología cualitativa:

La vulnerabilidad: su uso terapéutico y sus efectos en las relaciones interpersonales

Introducción

El tema de la vulnerabilidad como una forma de conexión humana ha surgido en años recientes y por lo tanto ha sido poco estudiado. Los conceptos principales que hasta ahora se han planteado, se desprenden de la investigación que realizó Brené Brown en el 2010 mediante entrevistas y grupos focales, encontrando que la vulnerabilidad promueve la conexión afectiva entre las personas.

Los planteamientos que propone Brown aportan a la Psicología y a la Terapia Familiar una nueva directriz que podría ser útil para resolver los problemas principales ante los cuales se enfrentan las familias mexicanas, por lo que se destaca la importancia de estudiar el tema de la vulnerabilidad.

La Real Academia Española (RAE, 2001) define la vulnerabilidad como la capacidad de ser herido o recibir lesión, física o moralmente. Asimismo, en la bibliografía en psicología, cuando se habla de vulnerabilidad se ha hecho referencia a fenómenos como la vulnerabilidad social donde se incluyen factores de riesgo para personas y poblaciones (Adamo, 2012). Sin embargo, para la presente investigación se hará referencia al concepto propuesto por Brown (2010), que lo considera un fenómeno psicológico que promueve la conexión humana.

El término “*vulnerabilidad*” será entendido entonces como *las acciones llevadas a cabo por las personas para mostrar sus emociones y pensamientos que les ocasionan vergüenza y cuyos resultados llevan a la cercanía y conexión con otras personas.*

La presente investigación inicialmente se enfocó en estudiar desde dos líneas el fenómeno de la vulnerabilidad, como es descrito por Brown (2010a). La primera línea consistió en entrevistar un grupo de terapeutas como población, con quienes se exploró la conceptualización de la vulnerabilidad, su metodología, hallazgos y recomendaciones. La



segunda línea, la cual no se llevó a cabo debido a la duración de la investigación, consistía en entrevistar a los pacientes y egresados de un curso ofrecido en ambos casos en el Centro Ixaya Yulu ubicado en la Colonia Condesa de la Ciudad de México. El centro está constituido por un grupo de terapeutas con diferente formación, un terapeuta psicocorporal, un psicólogo clínico con entrenamiento en constelaciones familiares y una sexóloga. Este equipo busca promover el autoconocimiento en sus consultantes para facilitar una mejor versión de sí mismos, a través de terapia y la oferta de talleres y cursos.

El curso de “Eneagrama” se realiza bajo el estudio del mismo nombre, entendido como un *estudio caracterológico de las personalidades*. El curso tiene como objetivos que los participantes puedan conocerse más a sí mismos y que noten qué es lo que los mueve en sus vidas. Además procura fomentar la empatía hacia los demás, y aportar herramientas para la vida y el crecimiento personal.

Supuesto

El concepto de vulnerabilidad propuesto por Brown que es descrito en las relaciones interpersonales como un fenómeno social, tiene utilidad en el espacio terapéutico. De tal manera, que un grupo de terapeutas lo utilizan como una herramienta psicológica con sus consultantes en quienes han visto efectos para su crecimiento personal y mejora en sus relaciones interpersonales, así como, en ellos mismos como terapeutas. Por lo cual, conocer su visión sobre la utilización de la vulnerabilidad afectiva en un contexto psicológico permite identificar cómo sumar recursos para aplicar en terapia.

Objetivo general: Identificar cómo es entendido el fenómeno psicológico denominado “vulnerabilidad” (Brown, 2010a) por parte de un grupo de terapeutas.

Objetivos específicos:

- Conocer la metodología de trabajo de terapeutas que aplican en la práctica el concepto de vulnerabilidad para promover la conexión humana.
- Identificar qué aportaciones ofrece el concepto de vulnerabilidad en la práctica clínica en psicoterapia sistémica.



- Conocer los efectos que tiene el utilizar el concepto de vulnerabilidad para el mismo terapeuta.
- Delimitar qué utilidad tendría el concepto de vulnerabilidad en el contexto de las familias mexicanas.

Andamiaje

El punto de partida de la presente investigación son los trabajos de Brené Brown (2010a, 2010b), en los que plantea que la vulnerabilidad se relaciona con conceptos tales como la conexión humana, entendida como la sensación de estar conectados unos con otros, que le da significado a la propia vida; la vergüenza, que se identifica como la emoción que expresa el miedo a la desconexión y se relaciona con el miedo a no ser lo suficientemente bueno/a. A un nivel más profundo se encuentra la vulnerabilidad entendida como el riesgo de ser dañado. Sin embargo, en su extremo positivo, la vulnerabilidad permite la conexión humana al mostrarse como uno es realmente.

Brown considera que una característica importante en las personas que se muestran vulnerables, es que en sus relaciones interpersonales son capaces de entregarse desde el corazón (wholehearted). Asimismo, lo que permite a una persona mostrarse vulnerable es:

- El valor de mostrarse a pesar de ser imperfecto.
- La compasión para ser gentil con uno mismo y con otras personas.
- La capacidad para establecer relaciones interpersonales como resultado de la autenticidad, es decir, ser como uno realmente es y no como debería ser.
- La capacidad de aceptar plenamente la propia vulnerabilidad, considerada necesaria para entregarse de corazón a pesar de la incertidumbre ante la relación.

A partir de lo anterior, la autora identificó a la vulnerabilidad como un concepto que está en la base de la vergüenza, el miedo y la lucha por encontrar el valor propio, pero al mismo tiempo, es el origen del amor y la pertenencia. Sin embargo, explica que la actitud dominante hacia la vulnerabilidad es la evitación, ya que se encuentra presente ante situaciones en que las personas se sienten de alguna forma en desventaja, tales como “invitar a otra persona a salir”. La evitación de la vulnerabilidad es vista como una manera de deshacerse del dolor, que afecta los sentimientos positivos como el amor.



En planteamientos posteriores (Brown, 2013), la autora señala que la vulnerabilidad no debería ser considerada como una debilidad, puesto que la incertidumbre y la exposición emocional que las personas se encuentran sometidas diariamente no son opcionales, motivo por el cual, la única opción es implicarse. De esta manera, la voluntad para conectarse con la vulnerabilidad determina la fuerza del propio valor, mientras que el miedo y la desconexión determinan el grado en que las personas se protegen de ser vulnerables. Así, ser vulnerable es atreverse a dar la cara y dejarse ver.

De acuerdo con esto, Hartling et al (2000) enumeran una serie de prácticas relacionales que crean un contexto donde los pacientes se sienten seguros para compartir sus experiencias: la escucha y respuesta ante situaciones que causan vergüenza; la empatía mutua, que no solamente implica empatizar con la experiencia, sino también con las estrategias mediante las cuales las personas “se desconectan” (Miller y Stiver citado en Hartling et al, 2000); la autenticidad como una forma de estar plenamente presente en la relación con los pacientes; el movimiento hacia una mutualidad en la que no existen diferencias de poder y el sentido del humor utilizado para reírse de la propia vulnerabilidad.

De acuerdo con Jordan (1989), la vergüenza se relaciona con la vulnerabilidad y la define como una sensación profunda de no merecer ser amado, al mismo tiempo que se está consciente de lo mucho que uno quisiera conectarse con los demás. Así, la vergüenza se identifica como un obstáculo para la conexión (Jordan, 1989). De acuerdo con esto, los primeros acercamientos de Brown (2007) al tema de la vulnerabilidad, fueron a través de su modelo de resiliencia a la vergüenza, en el que planteaba cuatro elementos para hacer frente a los efectos de la vergüenza: reconocer la vergüenza y sus desencadenantes, normalizar la vergüenza al darse cuenta de sus funciones, acercarse a otros buscando empatía y hablar de la vergüenza.

Ahora bien, desde un enfoque relacional, la experiencia de la vergüenza puede modificarse para favorecer la empatía y la conexión. De hecho, Jordan (1992) menciona que las personas que no logran moverse de la desconexión a la conexión humana presentan una sensación de aislamiento que puede convertirse en una prisión, que las lleva al sufrimiento



constante. De acuerdo con esto, plantea el término de resiliencia relacional y la psicoterapia consistiría en examinar la dinámica relacional que promueve la capacidad de conectarse con otros. Así, la práctica de la psicoterapia se convierte en un espacio en el que las personas pueden trabajar sobre el tema de la vergüenza y la vulnerabilidad, para posteriormente trasladar su experiencia a su vida cotidiana en forma de conexión con otros.

En relación con el trabajo terapéutico, Sheinkman y Dekoven (2004) han descrito el ciclo de la vulnerabilidad como un modelo de intervención en terapia de pareja cuando ésta parece estar en un momento de impasse. Su utilidad estriba en hablar de la vulnerabilidad como una forma de aumentar la empatía, promoviendo así la resolución de conflictos que tienen su origen en la aparición de la vulnerabilidad, entendida como heridas emocionales provenientes de experiencias pasadas, que se traslapan con la experiencia presente en la pareja y desencadenan sentimientos de dolor y angustia, ante las cuales la persona tiende a actuar de manera defensiva. De esta manera, al identificar los desencadenantes de las vulnerabilidades de cada uno de los miembros de la pareja, es posible hablar de ellos y relacionarse desde la vulnerabilidad, fortaleciendo la empatía y la relación. Asimismo, identificar la vulnerabilidad facilita la resolución de los conflictos.

Con base en los estudios mencionados, se observa que la vulnerabilidad es un tema que si bien no se encuentra ampliamente difundido en el área de la psicoterapia, posee un gran potencial para permitir la conexión de las personas con otros, lo cual tiene un impacto importante en la experiencia de vida de quienes se atreven a mostrarse vulnerables.

Metodología

Población: Tres psicoterapeutas de Ixaya Yulu que imparten un curso de “Eneagrama” en el que abordan el tema de vulnerabilidad afectiva como lo plantea Brené Brown (2010a) y promueven su utilización como recurso psicológico en las relaciones interpersonales significativas y como una herramienta en psicoterapia.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó para recabar información cualitativa fue la entrevista a profundidad, que consiste en una técnica social que establece una relación entre



entrevistador y entrevistado, cara a cara, en una relación dialógica de dos líneas de información. La primera tiene que ver con el contenido de las respuestas del entrevistado (palabras y significados) y la segunda línea, tiene que ver con los gestos, caras, silencios y tono de voz que acompañan al discurso del entrevistado y que complementan las palabras y significados del mismo. La entrevista tiene como características flexibilidad y apertura, las preguntas sirvan como guía y orientación y se mantienen abiertas para dar curso a las respuestas de los entrevistados en un sentido reflexivo y libre (Canales, 2006).

Diseño de investigación: La presente investigación se llevó a cabo bajo la teoría fundamentada, consiste en que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación, más que de los estudios previos. Es el procedimiento el que genera el entendimiento de un fenómeno. La teoría fundamentada es especialmente útil cuando las teorías disponibles no explican el fenómeno o planteamiento del problema, o bien, cuando no cubren a los participantes o muestra de interés (Creswell, 2005). Esta línea de diseño de investigación fue utilizada para el estudio con el grupo de psicoterapeutas, con el objetivo de observar su entendimiento y concepción del fenómeno de vulnerabilidad, así como su utilización en el ámbito terapéutico.

Procedimiento: Se contactó a los tres psicoterapeutas de Ixaya Yulu para solicitar su participación en una entrevista a profundidad (Apéndice 2) con el objetivo de conocer su visión sobre la utilización de la vulnerabilidad afectiva en un contexto psicológico y terapéutico. Posteriormente, se realizó un análisis del discurso a partir de los resultados de las entrevistas, se generó categorías y se realizó un diálogo con la teoría de Brown (2010b).

Análisis de la información

A continuación se presenta la información que se obtuvo de las entrevistas al grupo de terapeutas de Ixaya Yulu. En las grabaciones los participantes se mostraron con confianza y motivados a responder. Al recordar ejemplos o la forma en que ellos han vivido la vulnerabilidad, el matiz emocional de su discurso tomaba un tono de sensibilidad. En el discurso encontramos en común líneas de contenido, para lo cual se hicieron seis categorías



con conceptos que componen a cada una de ellas. A continuación se muestran las descripciones de las mismas.

Categorías de la vulnerabilidad

1. **Fundamentos:** cómo entienden la vulnerabilidad desde la teoría de Brown (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Fundamentos

Subcategoría	Definición
<i>Imperfección</i>	Es la idea de que todas las personas son imperfectas, se ve como una característica humana universal. La idea de los terapeutas es que la propia imperfección se acepte como una realidad ya que permite la conexión con los demás.
<i>Todo suma</i>	Es la idea de que las experiencias personales y las características de las personas, defectos y virtudes, pueden ser vistas como recursos. Los terapeutas buscan evitar las situaciones o características personales en términos de bueno o malo.
<i>Vergüenza</i>	Emoción que todas las personas experimentan con respecto a ellas mismas. Implica que la persona se ve a sí misma como que está “mal”.
<i>Permitir la emoción</i>	Los terapeutas hacen referencia a la capacidad de permitir tanto en el espacio terapéutico como en las relaciones interpersonales la expresión y vivencia de las propias emociones y las de los demás.
<i>Autenticidad</i>	Los terapeutas hablan de la autenticidad en relación con la vulnerabilidad con el elemento donde se muestra congruencia entre lo que se dice y lo que se expresa.
<i>Visión del mundo</i>	Se refiere a la visión que tienen los terapeutas con respecto a la “naturaleza humana”.
<i>Datos empíricos</i>	Se hace referencia a la información obtenida por parte de los terapeutas a través de sus observaciones en su práctica clínica con respecto a la vulnerabilidad y sus efectos.

2. **Los efectos de la vulnerabilidad afectiva:** qué consecuencias tiene para la persona que se vulnera en sus relaciones interpersonales (Véase Tabla 2).

Tabla 2: *Efectos de la vulnerabilidad afectiva*

Subcategoría	Definición
Autoestima	Se relaciona con una sensación de valía tanto ante uno mismo como ante otras personas que logran ver lo valioso que uno es, a pesar de sus defectos. De esta manera, la exigencia de querer ser perfectos disminuye y la autoestima aumenta, pues las personas descubren que está bien ser como son y se sienten en paz con ello.
Empatía	Permite escuchar al otro desde un lugar comprensivo que conecta a las personas, ya que pueden entender las experiencias que han tenido y hacerlas sentir entendidas y acompañadas.
Sentido del humor	Actitud que favorece el juego y el no tomarse la vida tan en serio, lo cual permite disfrutarla y hacer a un lado las tensiones de la vida cotidiana.
Valentía	Mostrarse vulnerable se relaciona socialmente con debilidad, motivo por el cual da miedo mostrarse de esa manera, sin embargo, tener el valor de hacerlo a pesar del riesgo que se corre lo convierte en fuerza y en la confianza de que la mayoría de las veces que uno se muestra vulnerable, la otra persona lejos de lastimar, se conectará empáticamente con los miedos que se le están mostrando.
Autocuidado	Debido a que culturalmente las personas no están acostumbradas a mostrarse vulnerables ni a que otros lo hagan, es importante tomar algunas precauciones con el objetivo de cuidar de uno mismo y procurar no tener experiencias negativas que podrían evitarse al acercarse a personas que probablemente no responderán de una forma que refuerce los efectos positivos de mostrarse vulnerable.

3. **Uso de la vulnerabilidad como recurso:** se explica cómo el uso de la vulnerabilidad es una herramienta para el bienestar en la vida cotidiana (Véase Tabla 3).

Tabla 3: *Uso de la vulnerabilidad como recurso*

Subcategoría	Definición
Conexión	Establecer una relación afectiva muy cercana y profunda con las personas que nos rodean a partir de mostrarnos como somos, con nuestros miedos, vergüenza, defectos y sentir que justamente el mostrarse de esa forma es lo que nos acerca con las otras personas, quienes nos aceptan como somos, creando así un nivel de intimidad muy profundo y relaciones afectivamente muy significativas.



Bienestar subjetivo	Se relaciona con descubrir que el sentido mismo de la vida es vivirla como es, aceptando los momentos tanto negativos como positivos, lo cual da una sensación de tranquilidad y permite entregarse para vivir plenamente cada momento.
Manejo de las emociones	La vulnerabilidad se relaciona con tener la fortaleza para vivir las emociones como surgen, incluso cuando éstas son negativas y causan malestar, para mostrarse ante los demás y crear de esta manera una conexión desde la empatía y favorecer la sensación de que uno se encuentra viviendo la vida con todos sus matices y puede con ello.
Flexibilidad	Ante una visión inflexible de la vulnerabilidad como sinónimo de debilidad, el atreverse a mostrarse vulnerable implica un cambio de perspectiva que permite abrir posibilidades nuevas que no se habían explorado hasta ese momento y que permiten modificar creencias, comportamientos y emociones relacionados con esto.

4. **Postura del terapeuta ante la vulnerabilidad en el espacio terapéutico:** explica la experiencia como terapeutas al utilizar la vulnerabilidad en el contexto psicoterapéutico (Ver Tabla 4)
- 5.

Tabla 4: *Postura del terapeuta ante la vulnerabilidad en el espacio terapéutico*

Subcategoría	Definición
Concepción de la vulnerabilidad	La vulnerabilidad es vista como la acción que lleva a cabo una persona de hablar sobre las cosas que le avergüenzan de sí misma y de sus estados emocionales con otras personas.
Falsa vulnerabilidad	Los terapeutas hablan de la vulnerabilidad que llevan a cabo las personas con la intención de demostrar algo con respecto a sí mismas o sin ser auténticos, se percibe en la narración del terapeuta la idea de que no vulnerarse implica poner una máscara ante el mundo como una manera de la persona de cuidarse
Adaptación al consultante	Se refiere a la adaptación que hace el terapeuta hacia el paciente, a la empatía y a la no obligatoriedad de la vulnerabilidad.
Horizontalidad y herramienta terapéutica	Los terapeutas plantean una relación terapéutica donde el paciente es el experto en su vida y el terapeuta lo acompaña mientras se muestra humano favoreciendo el proceso terapéutico.



6. **Vulnerabilidad como respuesta a problemas sociales:** ampliando el efecto de la vulnerabilidad en las relaciones interpersonales a un contexto social (Ver Tabla 5)

Tabla 5: *Vulnerabilidad como respuesta a problemas sociales*

Subcategoría	Definición
La vulnerabilidad para la disminución de la violencia	Los terapeutas tienen la visión de que la violencia es el resultado de la falta de conexión entre las personas. De tal manera, quien violenta, lejos de ser una mala persona, es alguien que ha sido herido y por consiguiente busca protegerse reaccionando con conductas violentas. Por lo tanto, la vulnerabilidad, que sirve para fomentar la conexión humana, puede ser una respuesta a la disminución de la violencia.
Adormecer las emociones y la ansiedad en la sociedad	Los terapeutas identifican dos problemas en la sociedad: la ansiedad y tratar de adormecer las emociones, que pueden derivar en conductas que perpetúan problemas como el alcohol, obesidad, adicción o las constantes deudas económicas.

7. **La vulnerabilidad como proceso en la interacción:** responde a cómo sucede en la persona y sus relaciones, la vulnerabilidad, es decir qué proceso se lleva a cabo para su aplicación (Ver Tabla 6).

Tabla 6: *La vulnerabilidad como proceso en la interacción*

Subcategoría	Definición
Preparación de la persona antes vulnerarse	Se refiere a los pequeños ensayos que puede realizar cualquier persona en su vida cotidiana (o un terapeuta en su práctica clínica) para mostrarse tal como es (sea algo positivo o negativo) a los demás.
Personas con quien vulnerarse	Hace referencia a que hay que elegir con quién vulnerarse y decirle a las otras personas cómo desean ser escuchados.
Dificultades para vulnerarse	Dentro de los ensayos para vulnerarse las personas pueden encontrarse con dificultades, la tendencia es pensar que pueden ser rechazados o en efecto tener una mala experiencia en alguno de los ensayos.
Retroalimentación	Quien se vulnera puede tener una amplia gama de retroalimentación, aunque básicamente esas respuestas o reacciones se pueden agrupar en dos, sea que la persona que se vulnera sienta que fue rechazado (juicios) o se sienta aceptado. En nuestra sociedad, la gente no tiene la sensibilidad para vulnerarse o



	para saber qué hacer cuando otro se vulnera.
Resiliencia para la respuesta al vulnerarse	Cuando la persona recibe una retroalimentación, es importante que antes de vulnerarse la persona tenga su yo fortalecido, para recibir la aceptación, además de, tener la capacidad de sobreponerse emocionalmente, en caso de que la respuesta sea negativa.
Conexión en la interacción al vulnerarse	La conexión es parte del proceso en la interacción, es la retroalimentación que valida.
La mirada del otro como elemento de construcción de la identidad	Los terapeutas han observado que las personas que reciben una retroalimentación positiva, no sólo se sienten aceptados, sino que eso fortalece la “sensación de valía” y regresa una mirada de valentía.

Discusión

A continuación se presentan las categorías encontradas discutidas con la teoría de Brown (2010) y analizadas desde su discurso.

1. Fundamentos

Brené Brown también habla al respecto de **la imperfección**, planeta que el perfeccionismo y la vergüenza están relacionados, siendo que es en la vergüenza donde nace el perfeccionismo. Se relaciona con la búsqueda de aprobación y aceptación (Scott, 2007). De acuerdo con Brown (2010) el perfeccionismo es un sistema de creencias autodestructivo dado que la perfección no existe y es un objetivo inalcanzable.

Si bien los terapeutas en las entrevistas no hablan acerca del término “**perfección**”, si hablan de la realidad de la imperfección. Coinciden con Brown en la idea de que la perfección no existe y es inalcanzable, pero agregan que desde su punto de vista, mostrar la imperfección como del terapeuta, como un recurso al cual puede acceder en psicoterapia para crear una relación con el paciente de horizontalidad, donde se permita el error y la imperfección del paciente, según la sexóloga:

*“ayudar a los consultantes a tener una posibilidad de saber que está bien ser **imperfectos** en vez de buscar mostrar la parte "perfecta" que los terapeutas solemos querer tomar... Sin vulnerabilidad todo error se vuelve una catástrofe porque suma la parte de nosotros que nos enjuicia creando así una dinámica de querer ser perfectos”*



El concepto “**todo suma**” es una idea novedosa en la psicoterapia, es decir, utilizar como recurso todo aquello que el paciente presente incluyendo aspectos comúnmente “etiquetados” como malos, anormales o desviados. Las teorías posmodernas en psicoterapia son las que más se acercan a cómo los terapeutas entienden el concepto, ya que plantean que las etiquetas y los juicios de valor son construcciones sociales y esto ha permitido ensanchar considerablemente sus márgenes de tolerancia respecto a ciertos parámetros como la psicopatología (Limón, 2012), por lo que rasgos o características en términos de bueno o malo desaparecen para entenderlas desde el contexto en el que se encuentran.

Los terapeutas proponen aprovechar aquello que en cierto contexto puede entenderse como negativo para verlo como un recurso de la persona que simplemente está fuera de contexto, uno de ellos habla al respecto:

*“Me parece que en la vida **todo suma**, y la experiencias personales son parte fundamental de esto, complementar y darle valor a lo que has vivido en vez de ponerlo en términos de Bueno/malo ayuda profundamente.”*

Asimismo, Brown (2012) habla acerca de la **vergüenza** en una conferencia TED, en ella comenta que la vergüenza es una emoción que se centra en uno mismo que implica que uno está “mal” y se correlaciona con adicción, depresión, violencia, agresión, suicidio y trastornos alimentarios y está organizada por género. Para las mujeres la vergüenza es hacerlo todo, hacerlo perfectamente, es estar en la red de expectativas contradictorias y competencias imposibles de obtener, mientras que para los hombres la vergüenza es no ser percibido. Asimismo, ella ha encontrado en sus investigaciones que la empatía es el “antídoto” para la vergüenza, cuando alguien comenta que también ha pasado por lo que a uno le avergüenza, la emoción se detiene. Por su parte los terapeutas agregan el término conexión para explicar la vergüenza. Desde su punto de vista, la **vergüenza** hace referencia a esas cosas, acciones o características de uno que creemos que si los demás las conocieran entonces no querrían tener una relación con uno, y por lo tanto habría desconexión.

*“vulnerarse es hablar de eso que me da **vergüenza**, la vergüenza se entiende como esa parte mía que si descubren los demás de mi me va a desconectar de ellos, y al mismo tiempo el hablar de ello establezco una conexión con otra persona”*

Los terapeutas plantean en la entrevista la idea de que es importante y necesario en el proceso terapéutico **permitir las emociones** de los pacientes dadas las consecuencias que han observado como la vulnerabilidad, la conexión y la fortaleza en las relaciones. Asimismo, tienen la idea de que “hay que vivir las emociones” para poder salir de ellas y ven el camino de la vulnerabilidad como uno viable para poder estar en unión con otras personas.



Esta idea no está planteada de manera específica en la teoría de Brown. Sin embargo los terapeutas la relacionan con la vulnerabilidad al decir que en la interacción “vulnerable” se permite la expresión de las emociones y en terapia es alentada por los terapeutas con el objetivo de empatizar y conectar con el otro.

“creo que es importante vivir cada una de las emociones, no puedes salir de ellas si no las vives, te va a perseguir eternamente... la vulnerabilidad me ayuda a vivirlas, o sea, me ayuda a darme cuenta de que no soy la única que las vive... y eso también apoya a mis pacientes a que se atrevan a vivir la emoción que sea”.

La autenticidad (Brown, 2010a) es una práctica, una elección consciente de cómo uno quiere vivir. La entiende como un conjunto de decisiones que tienen que ver con ser “reales” y mostrarse “al cual uno es”, implica ser honestos y permitir que otros vean “el verdadero yo” de cada uno. La **autenticidad** es la práctica diaria de librarnos de lo que creemos que debería ser y abrazar en cambio lo que realmente somos. Estas son ideas que los terapeutas comparten con la autora en totalidad. Sin embargo, se alejan de la epistemología sistémica y posmoderna ya que no se plantea la autenticidad en términos de interacción e incluso se habla en ocasiones de la imposibilidad de ser y de estar en el mundo de una forma distinta a la “auténtica”. Consideramos importante que el planteamiento de la posmodernidad es justo el cuestionamiento de la realidad como algo objetivo e inmutable, por lo que el “verdadero yo” se vuelve asimismo una construcción social y no una entidad real a la cual se pueda acceder (Limón, 2012).

“para que haya vulnerabilidad tiene que haber autenticidad, es decir, mostrar lo que me está pasando en congruencia con lo que me está pasando”

Los terapeutas al hablar de su **visión del mundo** plantean que no existe gente “mala” sino que las acciones de la gente tienen que ver con “heridas” o dolores que han tenido en la vida. Es una visión desaptologizante cercana a las ideas posmodernas (Limón, 2012), ya que no se ve patología en las acciones y conductas de las personas y de los pacientes, sino que se entienden desde el contexto e historia de vida que tienen.

Asimismo, en relación con este concepto, Brené Brown (2010b) se enfoca principalmente en que las personas puedan concebir su vida de una forma distinta, lo cual les permitirá vivir “de todo corazón”, lo cual significa comprometerse con la vida, reconociendo nuestro propio valor y entregarse plenamente a ella. Sin embargo, Los terapeutas trabajan con personas que acuden a buscar apoyo para resolver sus problemas, han desarrollado una visión del mundo enfocada en la manera en que pueden conectarse con otras personas, porque su percepción de ellas es desde un lugar más amoroso, el cual explican de la siguiente manera:



*“mi visión del mundo es que no hay gente mala, hay gente lastimada...
habemos gente lastimada... la vulnerabilidad es lo que me permite ver que en
el fondo lo único que estamos haciendo es cuidarnos...”*

Los terapeutas hacen referencia a sus aprendizajes y observaciones llevadas a cabo a lo largo de sus años de experiencia en la clínica que les ha llevado a creer en la vulnerabilidad como una herramienta terapéutica, como una herramienta para la vida y como una solución para problemas sociales como **datos empíricos**.

*“encontramos la vulnerabilidad como herramienta terapéutica viendo lo que
nos faltó en terapia, lo que nos hubiera gustado que hubieran hecho nuestros
terapeutas y viendo los resultados que iban teniendo nuestros pacientes,
aquello que les caía bien y les funcionaba...”*

2. Efectos de la vulnerabilidad afectiva

La vulnerabilidad se relaciona con la **autoestima**, pues sentir la vulnerabilidad es parte de estar vivo, sabiendo que se es imperfecto y eso está bien, porque permite ser más gentil con uno mismo, al verse de una forma realista y amorosa. Además de generar **empatía** que permite escuchar al otro desde un lugar comprensivo que conecta a las personas, ya que pueden entender las experiencias que han tenido y hacerlas sentir entendidas y acompañadas (Brown, 2010a, 2010b). La conceptualización que los terapeutas hacen sobre estos conceptos:

*“Te estoy mostrando eso que está mal en mí que me da vergüenza. La conexión
tiene que ver con un yo valgo, así como soy y que tú te quedas porque ves mi
valía”*

De acuerdo con De Bono (1979), el sentido del humor es un proceso que permite observar algo de una nueva manera, crea nuevas pautas que posibilitan la esperanza, el cambio, la creatividad y la evolución. Hartling et al (2000) hablan de que el sentido del humor puede ser utilizado para reírse de la propia vulnerabilidad y esto reduce la tensión al hablar sobre ello. Brown (2010b), por su parte, habla de la importancia de la risa, el canto y el baile como momentos en los que perdemos el control, lo cual nos conecta con la vulnerabilidad y la vergüenza de sentirnos expuestos, sin embargo, experimentarlo sabiendo que ese miedo está presente pero teniendo el valor de hacerlo, trae consigo una sensación de libertad que es parte de vivir la vida plenamente. Los terapeutas entrevistados concuerdan con estas ideas y lo expresan brevemente del siguiente modo:



“Los juegos nos los tomamos en serio y entonces no jugamos y además nos evita que veamos las cosas con humor ya que no podemos observar la incongruencia de las cosas y verlo de forma graciosa”

Mostrarse vulnerable se relaciona socialmente con debilidad, motivo por el cual da miedo mostrarse de esa manera, sin embargo, tener el valor de hacerlo a pesar del riesgo que se corre lo convierte en fuerza y en la confianza, es decir en valentía. Brown (2010a) reconoce la capacidad de aceptar plenamente la propia vulnerabilidad, considerada necesaria para entregarse de corazón a pesar de la incertidumbre ante la relación. Según los terapeutas, hacerlo es un **acto de valentía** en sí mismo:

“Cuando tú ves a alguien vulnerarse, ves fuerza, valentía. El resultado con mis pacientes lejos de generar resistencia, generaba empatía: ah, te estoy viendo vulnerable y no te estoy viendo débil ni cobarde, te estoy admirando”

Debido a que culturalmente las personas no están acostumbradas a mostrarse vulnerables ni a que otros lo hagan, es importante tomar algunas precauciones de **autocuidado** con el objetivo de cuidar de uno mismo y procurar no tener experiencias negativas que podrían evitarse al acercarse a personas que probablemente no responderán de una forma que refuerce los efectos positivos de mostrarse vulnerable.

Uno de los términos con los que se relaciona el **autocuidado** según Brené Brown (2010a, 2010b) es la compasión para ser gentil con uno mismo y con otras personas. En el caso del autocuidado, se trata de ser gentil con uno mismo, sin exigirse demasiado o exponerse a situaciones que puedan desembocar en experiencias desagradables, algunos ejemplos de estas situaciones se encuentran en las entrevistas:

“Tengo una amiga que me cae muy bien pero siempre trata de solucionar el problema y entonces tengo esta claridad de decirle “ey, esto no es lo que necesito, no te lo estoy contando para que me soluciones el problema, te lo estoy contando para sentirme conectado y comprendido. Tú puedes ir entrenando o pidiendo lo que necesitas a los demás”

3. Uso de la vulnerabilidad como recurso

Brené Brown (2010a, 2010b) habla de la **conexión humana**, entendiéndola como la sensación de estar conectados unos con otros y esto le da significado a la propia vida, pues en sus relaciones interpersonales son capaces de entregarse desde el corazón (wholehearted). Es establecer una relación afectiva muy cercana y profunda con las personas



que nos rodean a partir de mostrarnos como somos, con nuestros miedos, vergüenza, defectos y sentir que nos mostramos.

“La conexión humana se crea cuando te sientes realmente visto, comprendido y aceptado, como cuando realmente te muestras. Es conocernos emocionalmente unos a otros y permitir la emocionalidad entre unos y otros”

El término **bienestar subjetivo** (McGillivray y Clarke, 2006) se ha utilizado como sinónimo de felicidad. surge de experimentar emociones positivas que surgen de la conexión con otros y con uno mismo, como con la valentía para experimentar emociones que no son agradables, ambos conceptos mencionados anteriormente. Los terapeutas entrevistados también consideran que para vivir plenamente, no se trata de eliminar lo negativo de la vida, sino de experimentarlo y sentirse con las herramientas para afrontarlo. Si bien la felicidad se asocia normalmente con emociones positivas, para los terapeutas entrevistados, vivir plenamente implica también ser capaces de experimentar y aceptar las emociones negativas. Es decir de **manejar las emociones**, como se observa en el siguiente ejemplo.

“La gente que conozco que lo practica o que lo intentamos, tenemos un interés en vivir la vida intensamente, realmente conectarnos con la vida tanto para el dolor, la angustia y las cosas que no se sienten tan bien pero que son importantes vivirlas, y también para poder gozar, vivir intensamente y amar... Es “aferrarme a la vida”, porque la vida tiene mucho más significado, le encuentran mucho más sentido a su vida, es como encontrar un “para qué”

Ante una visión inflexible de la vulnerabilidad como sinónimo de debilidad, el atreverse a mostrarse vulnerable implica un cambio de perspectiva. La **flexibilidad** cognitiva se define como la capacidad de darse cuenta de varias posibles opciones para enfrentarse a problemas, es una disposición para la adaptación ante nuevas situaciones y un sentido individual de auto-eficacia (Martin y Anderson, 1998; Martin, Anderson, y Thweatt, 1998; Martin y Rubin, 1995). Martin, Cayanus, McCutcheon, y Maltby (2003) mencionan que tiene un efecto de solución de problemas en cuanto a las interacciones sociales y la comunicación. Asimismo, Dreisbach y Goschke (2004) encontraron que la flexibilidad cognitiva facilita la adaptación a nuevas situaciones, ya que implica apertura a posibilidades y facilita la adaptación del individuo. En este sentido, experimentar la vulnerabilidad implica un cambio.

“Cuando aprendes a vulnerarte en varios espacios, aprendes que el mundo no es como en tu cabeza, te ayuda a ver cosas distintas porque si lo hago y no pasa nada, veo posibilidades distintas de que el mundo no es como yo creo que es”



4. Postura del terapeuta ante la vulnerabilidad en el espacio terapéutico

Para Brown (2010), la **vulnerabilidad** está ligada a la conexión, que es lo que da sentido y une las vidas de las personas, la habilidad de sentirnos conectados está en la programación neurológica y desde su punto de vista, para que exista conexión debemos dejarnos ver con todo y lo que nos avergüenza, y a esto le llamó vulnerabilidad. La autora plantea que la vulnerabilidad como algo necesario para conectar con la gente.

Los terapeutas han adoptado el concepto de la vulnerabilidad de Brown para explicarla, enfatizando su relación con la vergüenza y con la interacción con otras personas. La vulnerabilidad se enfoca en la interacción y en las relaciones.

“Vulnerabilidad es agarrar algo que te da vergüenza y platicarlo y demostrarlo a los demás...”

Los terapeutas hablan de la **falsa vulnerabilidad** cuando hay un intent de demostrar algo sin ser auténticos, se percibe en la narración del terapeuta la idea de que no vulnerarse implica poner una máscara ante el mundo como defense. Sin embargo, Brown no habla acerca de una falsa vulnerabilidad. En este sentido, parece los terapeutas una vulnerabilidad real, se da al hablar forzosamente de aquello que causa vergüenza de uno mismo, ellos entienden el no hacerlo como una medida de auto-cuidado que no permite una conexión real, ya que no se está mostrando el “verdadero ser”.

“... cuando no te vulneras, estas escondiendo ese algo (que te avergüenza), entonces con lo que se está relacionando la gente es con una máscara que pones para que no vean eso, y la sensación interna que tienes es “claro! Me quieren porque no ven esto. Si supieran esto de mí, no me querrían”. Entonces no hay una conexión real entre las personas porque, estoy tapando eso”

En este punto también entra la crítica realizada anteriormente en cuanto a los planteamientos de la epistemología posmoderna, ya que en el discurso de los terapeutas se observa la idea de “realidad” y “verdadero ser”, cuando desde el construccionismo social no existe tal cosa, permitiendo mayor libertad al consultante y a la persona de actuar de distintas formas, sin que eso comprometa su “ser real” (Limón, 2012).

El planteamiento de las terapias posmodernas donde se habla de la autonomía, independencia y autosuficiencia, así como alternativas satisfactorias para los consultantes y menos estigmatizantes en los procesos terapéuticos (Limón, 2012), se relaciona con la idea de respetar los límites de los consultantes, y si uno de los límites es la no vulnerabilidad,



aceptarlo e ir por otro camino que le funcione al paciente. Por lo cual la **adaptación al consultante** se refiere a la no obligatoriedad de la vulnerabilidad.

“Yo trabajo con lo que el paciente traiga, si es un problema es el peso, yo voy a trabajar con el peso. Yo si he descubierto que muchas cosas tienen que ver con conexión, pero no es obligatorio, no digo “ve y conéctate”... Si ellos no quieren que me meta más allá, no lo hago”.

Asimismo, otro concepto de las prácticas posmodernas es la horizontalidad como un elemento en la relación terapéutica, además de un cuestionamiento del terapeuta como el experto y director de lo que tiene que hacer el consultante en su vida para resolver sus problemas, por lo cual se piensa que la decisión de cómo proceder es del consultante (Limón, 2012). Desde el punto de vista de los terapeutas, la vulnerabilidad desde el terapeuta es una herramienta para crear una relación de cercanía y de iguales donde se “derriba” la imagen del terapeuta perfecto y experto para darle voz a la propia experiencia de los consultantes, y para alentar su vulnerabilidad. Los terapeutas ven su vulnerabilidad como una herramienta para acercarse a los consultantes y permitir la imperfección.

“Los terapeutas por supuesto que tenemos problemas y nos pasa lo mismo que a todo el mundo, entonces me parece que vulnerarse y mostrarse es una gran herramienta sobre todo para los terapeutas más que para el paciente...”

5. Vulnerabilidad como respuesta a problemas sociales

Los terapeutas coinciden con Brown en que en la cultura hay un mensaje implícito que dice que hay que evadir cualquier sensación de incomodidad y donde no hay tolerancia para el dolor. Por lo anterior, constantemente se buscan métodos para que las personas “se calmen” o dejen de sentir la tristeza, el enojo, el no placer (Brown, 2010b; Mead & Hilton, 2003).. Los terapeutas identifican dos problemas en la sociedad: la ansiedad y **tratar de adormecer las emociones**, que pueden derivar en conductas que perpetúan problemas como el alcohol, obesidad, adicción o las constantes deudas económicas, en una sociedad orientada a no tolerar el dolor o las diferencias.

Para los terapeutas hay que “vivir las emociones” para realmente salir de ellas, por lo que es importante no adormecerlas. Por otra parte, los terapeutas agregan la ansiedad (desde su experiencia profesional) es un factor común en los pacientes proponen que la forma de evitar conductas “anestesiadoras de emociones” o disminuir la ansiedad es vulnerarse,



mostrar “quién soy” y mostrar las emociones “desagradables” que experimenta una persona y que dejan ver que no es el único (a) que se siente así.

“Me gusta como lo dice Brené... vivimos en una sociedad bastante anestesiada que adormece sus emociones. Ella dice hablando de los gringos: no en balde estamos en una sociedad más operada, más adicta, más endeudada”.

Los terapeutas parten de que la violencia es consecuencia de la desconexión humana y que al vulnerarse puede prescindir de actos violentos o disminuir la violencia pues quita la sensación de vergüenza y por lo tanto las conductas que “quieren cubrirla”. Brené Brown (2007) habla de que por hacer pantallas de vergüenza (capas de la vergüenza) para lidiar con aquello que se considera “desagradable” se utilizan estrategias de desconexión, las cuales consisten en retirar (esconder, silenciar, guardar secretos), moverse hacia (complacer, aplacar) y por último moverse en contra (tratando de ganar poder sobre otros), estas tres estrategias pueden resultar en conductas agresivas hacia uno mismo u hacia otros.

Respecto a las personas que son señaladas como “secuestradores”, “violadores”, “agresores” o “violentos”, la visión de los terapeutas trata de tomar una perspectiva más compasiva, de entrada no consideran a las personas “malas”, sino personas “heridas” y consideran que algo pasó en su historia que las llevó a desconectarse de tal manera que una conducta violenta es su forma de respuesta. Las siguientes frases sugieren la visión de los terapeutas de **vulnerarse para disminuir la violencia**:

“Si tú me platicas de alguien que secuestró y violó a alguien, yo pienso ¿qué le pasó en su historia? que lo hizo desconectarse así de los humanos. Si viviera en un mundo donde la vulnerabilidad fuera aceptada no hubiera llegado a ese extremo. Tiene que ver con mi visión y solución que veo para el mundo.”

6. La vulnerabilidad como proceso en la interacción

Aunque Brené Brown (2010b) se enfoca en saber con quién vulnerarse, no explicita que se pueden ir haciendo pequeños ensayos, no habla de algún método de preparación previa para vulnerarse. Los terapeutas que aplican el concepto de vulnerabilidad dentro del espacio terapéutico tienen distintas formas de ir acercando a sus consultantes a que “ensayen” la vulnerabilidad (darles a leer un libro, que vean la conferencia de Brown, que los terapeutas se vulneren con sus pacientes, pedirles que den pequeños pasos con algún amigo(a) cercano(a), etc.). Lo anterior, tiene mayor relación con el modelo del “ciclo de la vulnerabilidad” que utilizan Scheinkman y Dekoven (2004) con las parejas, a las que se les



invita a que identifiquen qué los hace sentir inseguros o amenazados, después, que se vean como sobrevivientes que reaccionaron para proteger ese sentido de indefensión y por último que hablen de sus vulnerabilidades que los llevan a reaccionar así con su pareja. Es decir, hay todo un proceso y preparación de la pareja para hablar, escuchar y responder recíprocamente, antes de compartir vulnerabilidades. Asimismo, los terapeutas señalan que la vulnerabilidad no es socialmente aceptada, por lo que no hay que prepararse para vulnerarse, hacerlo sin tomar en cuenta el contexto, pues vulnerarse también debe implicar un autocuidado, las siguientes frases son ejemplos de las ideas de los entrevistados:

“... entonces ya vienen muy frustrados, muy dolidos, muy gastados emocionalmente... claro que si yo en ese momento les hablo de la vulnerabilidad “mira, ve con tu pareja y dile lo que sientes y cómo estás” está fuera de contexto completamente, no es algo que en ese momento estén listos para hacer. Yo lo que he notado... yo lo viví en mi propia vida”

Brené Brown (2010, b) hace mucho hincapié en que al momento de vulnerarse no hay que acudir con cualquier amistad o persona, que hay que elegir a las **personas con quien vulnerarse**. En cambio, los terapeutas dicen que se puede acercarse a cualquier persona siempre y cuando se le diga qué se necesita, que no solo se trata de ensayar con vulnerarse sino instruir a los otros cómo se necesita de su escucha.

“Brené Brown dice que sólo tienes 2 o 3 personas para vulnerarte en la vida, yo he estado haciendo la prueba ... yo he descubierto que ... te puedes vulnerar con muchísima gente y tengo varios amigos con los cuales puedo vulnerarme”

Dentro de los ensayos para vulnerarse las personas pueden encontrarse con dificultades. Brown (2010, b) explica que contar la historia de “wholehearted” (con todo el corazón) necesita de coraje y compasión por parte de la persona que va a hacerlo: Coraje para “poner el corazón”, ya que es una muestra de valentía exponer esa historia que puede generar sentimientos de vergüenza; y compasión, pues es necesaria una mirada que, en vez de juicio o descalificación, sea humana para que las personas abracen sus maravillosas imperfecciones. Como se ha dicho anteriormente, la cultura es un contexto en el que se promueve la vergüenza y no se tolera las diferencias, por lo que lidiar con las experiencias que les avergüenzan es un reto para cualquier persona (Jordan,1992). Los terapeutas hablan de esta dificultad en los primeros intentos de vulnerarse, como una experiencia no grata. A continuación se aprecian algunos ejemplos de las ideas de los terapeutas:

“Cuando les hablo de vulnerabilidad en general los primeros acercamientos tienden a ser... así, el primer impacto tiende a ver el rechazo... asusta... porque



hay este enlace que decíamos hace rato, como esta conexión entre vulnerabilidad y debilidad”

Dentro del proceso de vulnerarse, la **retroalimentación** de quien escucha o está presente cuando alguien se vulnera puede ser variada. De entrada, los terapeutas y Brené Brown (2010b) explican que no hay espacio socialmente para la vulnerabilidad. Las respuestas de quienes son testigos de la vulnerabilidad varían, con actitudes para hacer sentir mejor al otro diciéndole que no fue tan grave y por último con una reacción que confunde la conexión con una oportunidad para contar y comparar con sus propias experiencias. Estas respuestas se alejan de la conexión que se busca. La **retroalimentación** que genera esa conexión es la compasión, el reconocimiento de la vivencia, empatía, el aceptar sentimientos de dolor, enojo, vergüenza y la mirada que ve la valentía y el coraje de quien se vulnera. Es decir, la relación que genera mutua empatía, desde el interés en la otra persona, reconociendo en el otro su emotividad y pensamientos, reconociendo su todo, incluyendo sus diferencias (Brown, 2010,b; Jordan, 1995).

Los terapeutas coinciden con Brené Brown y agregan que es la necesidad de sentir esa conexión lo que, a pesar de llegar a tener una mala experiencia vale la pena seguir intentando vulnerarse. Pues se genera una relación donde hay lugar para la vulnerabilidad, donde hay un diálogo de empatía entre los participantes que puede ir generando mas conexiones humanas. En las siguientes frases se aprecian las ideas de los terapeutas:

“¿qué hace que valga la pena y tenga sentido? esa relación, son esos momentos donde te vulneras y generalmente la otra persona se vulnera de vuelta. Donde puedes ser tú y la gente te acepta”

Resiliencia para la respuesta al vulnerarse. Cuando la persona recibe una retroalimentación, es importante que antes de vulnerarse la persona tenga su yo fortalecido, para recibir la aceptación, además de, tener la capacidad de sobreponerse emocionalmente, en caso de que la respuesta sea negativa.

Jordan (1992) plantea el término de resiliencia relacional que examina la dinámica relacional que promueve la capacidad de conectarse con otros, con el tema de la vergüenza y la vulnerabilidad. Los sentimientos de aislamiento y sufrimiento que genera la desconexión pueden ser transformados con **la resiliencia para la respuesta al vulnerarse**. Los terapeutas coinciden con que es importante que la persona se sienta fortalecida para recibir cualquier tipo de retroalimentación y tenga la capacidad de sobreponerse y evaluar en dónde y con



quién hacerlo de nuevo en una guía de autocuidado. El siguiente ejemplo, muestra lo que los terapeutas consideran necesario:

“O sea, esta resiliencia, ¿no? Que eso es tener un yo fuerte, es, tengo la capacidad emocional de sobreponerme. Y entonces... creo que está increíble cuando aprendes... en lo que creas esta fortaleza interna... sí creo que el siguiente nivel es ‘no importa dónde, no importa con quién’... tú te muestras”

Brown (2010,b) habla de la conexión como la sensación de ser visto, escuchado, valorado y no juzgado y que fortalece la relación. Además de dejarse conmover por la historia del otro. En otras categorías se extiende el entendimiento de la **conexión**, como parte del proceso en la interacción, es la retroalimentación que valida.

“La conexión, yo diría lo que se crea cuando te sientes realmente visto, comprendido y aceptado, como cuando realmente te muestras al otro”

La mirada del otro como elemento de construcción de la identidad: Los terapeutas han observado que las personas que reciben una retroalimentación positiva, no sólo se sienten aceptados, sino que eso fortalece la “sensación de valía” y regresa una mirada de valentía.

Desde las terapias narrativas, la re autoría es una forma de re significar las experiencias de las personas. Considerando que la vulnerabilidad abre paso a relacionarse de distintas formas y promueve experiencias que describe White (1995) como “extraordinarias”, los terapeutas han notado que quien se vulnera tiene la experiencia de que los otros le regresan una mirada donde lejos de ser rechazado es admirado por su valentía, o le dicen que no es esta solo (a) y dejan de enfocar su identidad en lo que les avergüenza por otros relatos no preferidos como de auto valía y de relaciones “a pesar” de ser imperfecto.

“Es lo que he visto en mí y en los pacientes, o sea cuando la gente se vulnera se avergüenza o se siente desprotegido. Por eso no les gusta vulnerarse, ves todo lo contrario”

Conclusiones

Los terapeutas tienen bagajes y antecedentes académicos distintos. Si bien algunos de ellos tienen conocimientos en la epistemología sistémica, el trabajo que han realizado como equipo ya no respeta totalmente dicha epistemología. Esto se observa en algunas de las categorías presentadas en los resultados, donde los terapeutas proponen ideas como la expresión de las emociones o su visión del mundo, que no se pudieron relacionar ni con la teoría de Brown, ni con la epistemología sistémica y posmoderna.



Los terapeutas entrevistados, debido a su interés en la clínica agregan otros elementos al concepto de vulnerabilidad de Brown, para traducirlo en técnicas útiles en talleres y en terapia y promover la vulnerabilidad como un estilo de vida. En nuestro caso, vemos la vulnerabilidad como un recurso más a la psicoterapia para favorecer la conexión. Cabe señalar que la manera en que las personas se conectan fue uno de los puntos cardinales que nos llevó a conocer el concepto de vulnerabilidad, por lo que tenemos interés en conocer más sobre el tema.

Hemos encontrado que al compartir el tema de nuestra investigación, la sola palabra “vulnerabilidad” causaba todo tipo de reacciones como “fruncir el ceño”, desconcierto, incomodidad, curiosidad, o varios cuestionamientos. Lo cual nos hace coincidir con Brown, hay una cultura que no da sustento a la vulnerabilidad entendida como algo que puede conectarnos. En un contexto del abuso de poder, de desigualdad, falta de seguridad social, de pobreza y demás problemas, encontramos que la sociedad tiene puntos muy debilitados que pareciera que el vulnerarse sólo deja más desprotegido. Por el contrario, después de este recorrido por la vulnerabilidad consideramos que puede ser un recurso para un “mejor estar” en la vida y en las relaciones, siempre y cuando se acompañe de autocuidado y resiliencia.

Por otro lado, no queda claro si para los terapeutas la violencia en la pareja o familia, los actos como secuestros y violación, en todo caso las guerras, genocidios, la inequidad de género o la violación de los derechos (censura, represión, etc.) son un mismo tipo de violencia. Por lo que, no podemos inferir que la vulnerabilidad que promueve la conexión humana sea una forma de respuesta para todo tipo de manifestaciones violentas. Sin embargo, dejan claro que puede tomar agencia desde el individuo, influyendo en su forma de relacionarse con los otros de tal manera que influya en la disminución de la violencia.

Asimismo, algo que nos llama la atención del uso del concepto vulnerabilidad por parte de los terapeutas entrevistados, es la idea de que existe una “falsa vulnerabilidad” o de “máscaras”. Desde una epistemología sistémica o posmoderna, no se considera que existan “falsas vulnerabilidades” sino que de acuerdo al contexto y a la relación, la persona puede mostrar diversidad en su vulnerabilidad o en sus acciones, que no necesariamente la hacen falsa o menos auténtica, sino que hay que tomar en cuenta que esa acción está encuadrada dentro de una organización familiar, relación de pareja, sociedad, cultura, contexto, etc.

Por otro lado, de pronto pudiera dar la impresión que los terapeutas manejan la idea de que el vulnerarse es la manera “adecuada” de la vergüenza, aunque también aclaran que es importante que sea una decisión personal y no una imposición del terapeuta sólo porque ha visto que funciona con otras personas. Queremos resaltar que si bien los terapeutas han



encontrado empíricamente resultados favorables en las relaciones y sentido de vida de las personas esto no significa que “per se” tendría que usarse con todo paciente o en todos los talleres. Consideramos que la vulnerabilidad es otra forma más de conectarse y que bien puede ser un recurso para algunas personas y no una posibilidad para otras, quienes pueden tomar un camino distinto para generar relaciones profundas donde se genere una sensación de conexión.

Finalmente, la vulnerabilidad entendida desde lo que plantea Brown, es un concepto nuevo y que aún no se ha distinguido cuánto alcance puede tener para la disciplina de la terapia familiar, ya que, los terapeutas comienzan a aplicarlo de acuerdo a su entendimiento y se apoyan aún más en sus observaciones empíricas. Consideramos necesario darle seguimiento a los distintos acercamientos al concepto, para dar cuenta de las fortalezas de la vulnerabilidad, así como de sus debilidades.

Referencias

- Adamo, S. (2012). Taller Nacional sobre Desastre, Gestión de Riesgo y Vulnerabilidad: *Fortalecimiento de la Integración de las Ciencias Naturales y Sociales con los Gestores de Riesgo*. Recuperado en mayo de 2013 de http://moodle.mininterior.gov.ar/biblioteca_dnpc/talleres/adamo_VulnerabilidadSocial_julio31.pdf
- Brown, B. (2007). *Connections: A 12-session psychoeducational shame resilience curriculum*. USA: Hazelden.
- Brown, B. (2010). *El poder de la vulnerabilidad*. Conferencia para TED filmada en junio de 2010. Recuperado de http://www.ted.com/talks/brene_brown_on_vulnerability.html
- Brown, B. (2010b). *The gifts of imperfection. Let go of who you think you're supposed to be and embrace who you are*. USA: Hazelden.
- Brown, B. (2012). Escuchando a la vergüenza. Conferencia para TED filmada en Marzo de 2012. Recuperada de http://www.ted.com/talks/brene_brown_listening_to_shame.html
- Brown, B. (2013). *Frágil. El poder de la vulnerabilidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Canales, C. (2006). *Metodologías de la investigación social*. Santiago: Lom Ediciones.
- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River: Pearson Education.
- De Bono, E. (1979). *La felicidad como objetivo*. Kairos: Barcelona
- Dreisbach, G., & Goschke, T. (2004). How positive affect modulates cognitive control: Reduced perseveration at the cost of increased distractibility. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 30(2), 343-353.
- Joshua, A., Cotroneo, A. & Clarke, S. (2005). *Humor and oncology*, *Journal of Clinical Oncology*, 23, 645-8.



- Hartling, L. et al. (2000). Shame and Humiliation: From Isolation to Relational Transformation. Wellesley: Stone Center for Developmental Services and Studies.
- Jordan, J. (1989). Relational development: Therapeutic implications of empathy and shame. Wellesley: Stone Center for Developmental Services and Studies.
- Jordan, J. (1992). *Relational Resilience*. Wellesley: Stone Center for Developmental Services and Studies.
- Limón, G. (2012). La terapia como diálogo hermenéutico y constructorista. *Prácticas de libertad y deco-construcción en los juegos relacionales de lenguaje y de significado*. Ohio: Taos Institute Publications
- Martin, M., & Anderson, C. (1998). The cognitive flexibility scale: Three validity studies. *Communication Reports*, 11, 1-9.
- Martin, M., Anderson, C., & Thweatt, K. (1998). Aggressive communication traits and their relationships with the cognitive flexibility scale and the communication flexibility scale. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13, 531-541.
- Martin, M., & Rubin, R. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports*, 76, 623-626.
- Martin, M., Cayanus, J., McCutcheon, L., & Maltby, J. (2003). Celebrity worship and cognitive flexibility. *North American Journal of Psychology*, 5, 75-81.
- McGillivray, M., & Clarke, M. (2006). Human well-being: concepts and measures. En McGillivray, M. & Clarke, M. (eds.). *Understanding Human Well-Being*. New York: United Nations University Press.
- Mead, S. & Hilton, D. (2003). Crisis and connection. *Psychiatric Rehabilitation*. 27(1):87-94.
- Pavot, W., Diener, E., & Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70, 340-354.
- RAE (2001). *Diccionario de la Real Academia Española, versión digital*. Recuperado en mayo de 2013 de www.rae.es
- Scheinkman, M. & Dekoven, M. (2004). The vulnerability cycle: working with impasses in couple therapy. *Family Process*. 43: 279–299.
- Scott, J. (2007). The effect of perfectionism and unconditional self- acceptance on depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 25, 1: 35-64.
- White, M., (1995). *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*, Adelaide, Australia: Dulwich Center Publication



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

3.1 Productos tecnológicos

☞ **Producto tecnológico 1: Curso de Inducción para la 13° Generación de la Residencia en Terapia Familiar**

Alvarez Luz Minerva, Carrillo Adriana, García Mayela

Como parte de la atención a los alumnos de nuevo ingreso al Programa de Residencia en Terapia Familiar, se organiza cada inicio de ciclo un curso de inducción que les permita tener un acercamiento agradable a la maestría, de manera que puedan sentirse tranquilos, con la confianza de que cuentan con el apoyo de los alumnos de la generación anterior y de la responsable del programa de residencia para las inquietudes que puedan tener. Asimismo, es un acercamiento al uso del programa estadístico SPSS que será utilizado para las materias de investigación, por lo que es útil dar una introducción breve a su manejo. De esta manera, se organizaron algunas dinámicas y actividades que promovieran la integración y convivencia de los alumnos, así como la resolución de dudas e inquietudes y finalmente se realizó una evaluación del curso, con base en el cumplimiento de las expectativas de los alumnos.

Población: 9 estudiantes de nuevo ingreso de la maestría en terapia familiar, de los cuales 7 son mujeres y 2 hombres, entre 24 y 35 años de edad.

Objetivos

- Promover la integración del grupo.
- Aclarar inquietudes sobre el programa de residencia.
- Compartir experiencias desde la perspectiva de la generación anterior.
- Brindar información sobre la Universidad, la Facultad de Psicología y el programa.
- Conocer las bases del uso del programa estadístico SPSS.

Procedimiento

Las facilitadoras organizaron las actividades a realizar en el curso de inducción, que tuvo una duración de 4 días, con un horario de 10:00 a 14:00.



Las cartas descriptivas de las actividades realizadas durante el curso de inducción pueden verse en Apéndice 3.

Resultados

Al finalizar el curso de inducción, se entregó un formato de evaluación del mismo, que arroja los siguientes resultados:

- Los resultados de la evaluación indican que el total de los alumnos de nuevo ingreso consideran que el curso de inducción fue de utilidad para facilitar su incorporación a la maestría, señalando que les fue agradable la bienvenida, les permitió adaptarse a la rutina que están por comenzar, conocerse y resolver dudas. Además, consideran que la información y los temas abordados fueron interesantes, y que con la información manejada disiparon muchas de sus dudas y se tranquilizaron algunas de sus ansiedades.
- Entre lo que mencionaron con más frecuencia los alumnos de nuevo ingreso, lo que más les gustó del curso fue que lo percibieron como una experiencia agradable, divertida y en la que les fue interesante conocer la experiencia de las facilitadoras, lo cual ayudó a aclarar las dudas que tenían. Entre las cosas que menos les gustaron sobre el curso de inducción mencionaron la organización de las actividades en cuanto al manejo del tiempo.

De esta manera, la mayoría de las expectativas de los alumnos de nuevo ingreso fueron atendidas y todos ellos se sintieron satisfechos con el curso de inducción y los efectos que éste tuvo para acercarse con mayor confianza y tranquilidad a la Residencia en Terapia Familiar.

🔗 Producto tecnológico 2: Maternidad y Paternidad

Alvarez de la Paz Luz MInerva

Objetivo general: Facilitar que las y los participantes puedan cuestionar las ideas aprendidas por socialización de los género: masculino y femenino, que dictan el rol como mamá y papá,



con la finalidad de que cada participante construya una maternidad y paternidad más consciente y asumida.

Objetivos específicos:

- Cada participante conocerá los patrones familiares en el ejercicio de la maternidad y paternidad proveniente de la educación en su familia de origen.
- Sensibilizar a los papás y mamás acerca de la violencia familiar
- Cada participante generará sus propias reflexiones del significado de ser papá y mamá.

Dirigido a: Papás y mamás con un hijo o hija, que tengan el interés de conocer y comprender la forma en que se relacionan con sus hijos analizando su contexto familiar y social.

Contenido:

- Género: diferencias en lo masculino y femenino dentro del hogar
- Familia de origen
- Violencia familiar
- Lo socialmente permitido para el hombre y para la mujer
- Diálogo y comunicación asertiva

Didáctica

Se utilizarán varias técnicas de sensibilización y reflexión de forma individual y se compartirá en los grupos para generar diálogos entre los participantes. Las cartas descriptivas se pueden ver en Apéndice 4.

Conceptos teóricos del taller

La educación para hombres y mujeres tiene diferencias según el género. Desde los primeros años al hombre le atribuyen lo masculino reforzándolos a ser fuertes, aventurados, competitivos, a no mostrar señales de sensibilidad emocional y a rechazar lo que está asociado con lo femenino. A las mujeres en cambio, se les enseña a ser cuidadoras, empáticas, mostrar buenos modales, ser expresivas pero no mostrar opiniones muy rígidas y servir a otros. Las anteriores son algunas de las características asociadas a los roles de género, que son construidos socialmente y algunas se han ido reificando y otras se han modificado a través de la historia. Asimismo, estos roles están tan consensuados



culturalmente que su práctica en la vida cotidiana es poco cuestionable, y hasta normalizada o incluso naturalizada. Es decir, que se atribuyen dichas características de lo femenino y masculino al sexo, como atributos naturales del hombre y la mujer.

Los roles de género están atravesados por las relaciones de poder, donde lo masculino tiene mayor jerarquía, privilegios e incluso oprime o domina lo femenino (Gardas, 2006). La importancia de reconocer la relación de poder entre los roles, da la posibilidad de identificar cómo se traduce en la identidad y relaciones interpersonales, en los contextos familiar, social, laboral y político, en la vida de las mujeres y de los hombres.

De igual forma, la maternidad y la paternidad son constructos culturales e ideológicos relacionados con el género de lo femenino y masculino, asimismo se relaciona con los significados de cada individuo en una forma de identificación con el colectivo (Montesinos, 2004) . De acuerdo a los roles de género consensuados culturalmente la *maternidad* se presume como la realización máxima de una mujer, se piensa como una necesidad natural, como un paso más en el desarrollo de la persona. Además se espera que sea un rol prioritario y demanda la abnegación y renuncia del proyecto personal de la madre. (Royo, 2011). En cambio, la paternidad, es una forma social donde se expresa la masculinidad (Montesinos, 2004) antes de la revolución industrial se caracterizaba por ser el “jefe” de la familia que también era la unidad económica de producción (Royo, 2011). El padre era la autoridad moral y de disciplina en el núcleo familiar. Posterior a la industrialización el papá trabaja fuera del contexto familiar pero mantiene la autoridad, y se dedica a proveer.

La separación de lo privado y lo público en el género delimitan la separación tradicional del trabajo. Según Royo (2011) esta división se impuso después de la fase de industrialización en la época victoriana la cual atribuye el hogar y lo doméstico a la mujer a quien le corresponden el cuidado de los hijos, el mundo de lo afectivo. En cambio, se le atribuye al hombre el mundo exterior para proveer a la familia de manera económica, y aunque no esté tiempo en casa mantiene la autoridad.



Sin embargo, no sólo la división de tareas por sexo mantiene estas construcciones culturales, la estructura de la sociedad y la familia retroalimentan la inequidad de acceso a ambos trabajos (Hochschild y Machung, en Royo, 2011). Aunque para las mujeres que hoy en día trabajan la situación no ha cambiado pues se sigue esperando que sean ellas quienes mantengan el cuidado de los hijos. Si una mamá trabaja carga con la culpa de sentir que no cumple con su papel como mamá, al contrario del padre que no entra en dicho conflicto, de igual manera los permisos de maternidad que dan los trabajos formales por ley para la mamá es de 6 semanas antes del parto y 6 semanas posteriores al parto, y 6 semanas en caso de adoptar: para los padres la licencia por paternidad es relativamente nuevo, pues antes del 2014 no existía dicha prestación, actualmente tienen derecho a 5 días posteriores al parto o a la adopción. Cabe destacar que las prestaciones de ley sólo aplican en trabajos formales, por lo que sólo el 35% de las mujeres que laboran cuentan con esa seguridad laboral. En Europa los permisos de maternidad y paternidad son de 3 meses a un año, algunos con aspiración a tener el 100% de remuneración o renunciar a cierto porcentaje dependiendo de la cantidad de semanas que se usen como licencia. Asimismo, la flexibilidad de horarios y permisos para poder acompañar a los hijos se da en mayor medida en países con economías fuertes de Europa (OIT, 2010). Las leyes en México son ejemplo de la estructura social que retroalimenta los roles tradicionales anteriormente descritos. La falta de prestaciones y leyes en México que sean equitativas contribuyen a la separación de responsabilidades en el cuidado de hijos, reforzando la idea de la mujer en casa y el hombre en el trabajo, y dejando poca opción para hacer algo diferente.

En la pareja la distribución de tareas del hogar es uno de los mayores retos, pues se vuelve una práctica subjetiva (Royo, 2011) de complementariedad y trabajo en equipo. Pues hay roles asumidos desde la normatividad de los roles tradicionales, a la vez que hay un status quo que da mayor jerarquía a lo masculino. Por lo cual, buscar una repartición equitativa requiere de la negociación entre la pareja y de acuerdos conscientes donde ambos tengan la posibilidad de vivir el contexto del hogar y del contexto del exterior y lo público.

Con base a lo anterior, se pensó en un taller que ofreciera un espacio de reflexión y apertura al diálogo para papás y mamás, quienes puedan identificar aquellos patrones que se repiten



en el ejercicio de su paternidad y maternidad. Asimismo, deconstruir el significado del mismo para comprender y asumir mayor responsabilidad. De igual manera, se buscará la empatía y reconocimiento hacia el rol del padre o la madre, por lo cual se incluyó una sesión de comunicación asertiva que favorezca un canal de negociación con la finalidad de ensayar prácticas más equitativas y compartidas en relación a los hijos.

Referencias

- Gardas, R. (2006). *Manual de técnicas para la sensibilización sobre violencia de género y masculinidades en la comunidad*. México: INDESOL.
- Mendoza, D., Reyes, I., y Reyes, R. (2013). Guía didáctica para trabajar género y masculinidades con niños, niñas y adolescents “Creciendo juntos y juntas”, Igualdad de género desde la infancia. Nicaragua: Red de Masculinidad por la Igualdad de Género (REDMAS). Recuperado en www.educarenigualdad.org/media/pdf/uploaded/material/248_creciendo-juntos-y-juntas-pdf.pdf
- Montesinos, R. (2004). La nueva paternidad: expresión de la transformación masculina, Polis: investigación y análisis sociopolítico y psicosocial vol. 2, 197-220.
- Royo, R. (2011). Maternidad, paternidad y conciliación en la CAE ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres?. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Organización Internacional del Trabajo. (2010). La maternidad en el trabajo: examen de la legislación nacional / Oficina Internacional del Trabajo, Condiciones de Trabajo, 2a edición. Ginebra: OIT.

3.2 Programas de intervención comunitaria

↳ **Curso Intensivo de Terapia Familiar: Modelo de Terapia Breve centrado en los problemas**

Alvarez Luz Minerva, Carrillo Adriana, García Mayela

Presentación del curso intensivo

El modelo de Terapia Breve Centrada en los Problemas, fue desarrollado por los integrantes del MRI, y pertenece al campo clínico de la terapia familiar sistémica. Se trata de un enfoque



que se centra en las interacciones humanas y la forma en cómo las personas intentan resolver sus problemas. Actualmente esta forma de hacer terapia, goza de gran reconocimiento a nivel mundial, debido a su alta eficacia en la solución de las quejas que presentan los clientes. Es un modelo terapéutico que por sus características, puede implementarse con individuos, familias y parejas, así como a otros contextos no clínicos.

Objetivo general

Los participantes aprenderán y aplicarán los lineamientos principales para conducir un proceso terapéutico, de acuerdo al modelo de terapia breve del MRI.

Objetivos específicos

- Los alumnos conocerán y comprenderán los fundamentos teóricos y las características principales del modelo de Terapia Breve MRI
- Los alumnos conocerán y comprenderán las intervenciones y su uso del Modelo de terapia Breve.
- Los alumnos integrarán la información y teoría del curso y conocerán sus recursos como terapeutas.

Dirigido a: Estudiantes y egresados de psicología interesados en aprender y/o desarrollar habilidades en terapia breve, con la intención de resolver problemas de manera efectiva.

Contenido

- Terapia Sistémica Centrada en la Interacción
- Principios del Centro de Terapia Breve del MRI
- Definición de problemas y objetivos
- Estrategias e Intervenciones terapéuticas
-

Didáctica

Los contenidos serán desarrollados tomando en cuenta una lectura previa de los contenidos por parte de los participantes. Se llevarán a cabo juegos de rol, análisis de casos reales, resolución de dudas y técnicas lúdicas de aprendizaje y análisis de los textos.

Marco Teórico del Curso

El modelo de Terapia Breve surgió a partir de las aportaciones de Jonh Weakland, Don Jackson, Richard Fisch, Paul Watzlawick, Jules Riskin, Jay Haley, Virginia Satir y Lynn



Segal. Junto con Gregory Bateson formaron un grupo de trabajo denominado “Mental Research Institute” (MRI), proyecto de donde surge el Centro de Terapia Breve del MRI y de donde surgieron aportaciones importantes para la terapia Sistémica, como el libro “Teoría de la Comunicación Humana” de Watzlawick, investigaciones sobre el proceso de cambio, y la principal contribución que es la conceptualización de la patología a través de la comunicación y las relaciones familiares (Wittezaele y García, 1994).

En el presente trabajo se presenta de manera breve la epistemología subyacente del Modelo, así como las características del modelo y las intervenciones que propone para lograr el cambio.

Epistemología subyacente al Modelo de Terapia Breve

Los fundamentos epistemológicos del Modelo de Terapia Breve provienen principalmente de cuatro teorías, de las cuales dos han repercutido en la terapia sistémica en general. Las aportaciones de estas teorías moldearon y contribuyeron a cómo el modelo explica el surgimiento de los problemas o síntomas y los intentos de solución, el proceso del cambio y las intervenciones terapéuticas necesarias. Estas teorías son: la teoría de los grupos, la teoría de los tipos lógicos, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974; Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967; Bertalanffy, 1976).

A continuación se presenta una tabla donde se describe la aportación de cada teoría al Modelo de Terapia Breve (véase Tabla 1).

Tabla 1. *Fundamentos epistemológicos del Modelo de Terapia Breve.*

Teoría	Aportación al modelo
Teoría de los grupos	Proporciona una base para pensar sobre el tipo de cambios que pueden existir en un sistema, el cual permanece invariable o sin variación. A este concepto se le ha denominado Cambio de tipo 1, ya que son los intentos y cambios que se dan en el sistema para mantener el <i>status quo</i> (Watzlawick, Weaklan y Fisch, 1974).
Teoría de los Tipos Lógicos	Proporciona un modelo para aquellos tipos de cambio que trascienden de un determinado nivel o posición a uno superior, a este tipo de cambio se le ha denominado cambio tipo 2 e implica necesariamente una



	discontinuidad o transformación en el sistema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).
Teoría General de Sistemas	Las aportaciones de esta teoría para el Modelo de Terapia Breve son los conceptos de sistemas abiertos, causalidad circular y retroalimentación. Las propiedades de los sistemas abiertos (Bertalanffy, 1976) como totalidad, no sumatividad, retroalimentación, equifinalidad, equicausalidad y homeostasis apoyan la idea del MRI de que para romper con el sistema circular que puede estar manteniendo un problema es necesario llevar a cabo estrategias o intervenciones dirigidas a romper la homeostasis del sistema, y esto puede hacerse en cualquier parte de la secuencia (Nardone y Watzlawick, 1990; Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).
Teoría de la comunicación humana	Proporciona un marco para entender la comunicación como una interacción entre las personas y las secuencias patológicas que se mantienen a través de ellas desde un punto de vista pragmático (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).

Características del modelo

Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) proponen una explicación interesante acerca de la formación de los problemas. Para comenzar hacen una distinción entre las dificultades y los problemas, donde las dificultades son situaciones de la vida que pueden enfrentarse de manera simple, mientras que los problemas se perciben como situaciones sin solución que son creadas y mantenidas al hacer un enfoque equivocado de las dificultades de donde parten.

Existen cuatro formas en las que las dificultades pueden enfocarse mal creando una postura **errónea ante el problema**, manteniéndolo y fomentándolo. A continuación se presenta una Tabla donde se muestran tales posturas erróneas.

Formas de crear un problema

Lo que determina el cambio es una desviación respecto a la norma, para corregirla las personas utilizan la lógica de optar por algo que sea opuesto a la desviación, pero esta acción no deja de ser un miembro de identidad que solo genera un cambio tipo I, es decir, se aplica más de lo mismo (Watzlawick, et. al, 1974). Las desviaciones pueden presentarse como dificultades o como problemas. Una dificultad es un estado indeseable, que aplicando algún acto de sentido común puede resolverse sencillamente (Cambio I). Por otro lado, los



problemas son situaciones de crisis, que se viven como callejones de salida y que se han intentado solucionar sin éxito, para resolverlos se tiene que dar una acción de otro tipo lógico (Cambio II) (Watzlawick, et. al, 1974). Según Watzlawick, et. al, (1974), hay tres formas de soluciones que caen en “más de lo mismo” y se describen en la Tabla 2:

Tabla 2: *Formas de dar solución a un problema con más de lo mismo*

Intento de solución	Características
Terrible simplificador	Niega la existencia de un problema o por el contrario se minimiza, por lo tanto no hay acción que tomar para solucionar algo que no es un problema “real” para la persona. Sin embargo, tratándose de un problema se puede complicar cuando permanece sin resolverse.
Síndrome de utopía	Tanto el simplificador como el utópico se esfuerzan por un mundo sin problemas, pero el utópico ve una solución donde no hay alguna que aplicar. Las utopías pueden implicar que “no hay problema” (positiva) o por el contrario que “no hay soluciones” (negativas). El utópico positivo puede tener objetivos inalcanzables, viajar colmado de esperanzas donde lo que importa es esforzarse y no el resultado, o tomar una convicción como verdadera y tratar de cambiar el mundo. El utópico negativo puede evadir que hay una dificultad cuando es necesario actuar pero la utopía está en pensar que así es la vida. Cuando el utópico se enfrenta al fracaso de sus intentos, culpa a factores externos o a su ineptitud pero nunca a la premisa que sustenta su utopía.
Paradoja	Se caracteriza por entrar en un callejón sin salida, pues se mandan dos mensajes en niveles distintos, una confusión entre miembro y clase que crea la paradoja. Un ejemplo es la conocida frase “quiero que seas espontáneo” la confusión radica en la exigencia de algo que ha de darse de manera natural por lo tanto se inhibe dicha respuesta.

Postura del paciente

Parte de la tarea de la terapia es influir en la paciente para que afronte con otras alternativas su problema, para lograrlo será indispensable conocer la postura del paciente ante su problema y la terapia. De acuerdo con Fisch, et al. (1982), la persona que llega a consulta puede manifestarse como paciente o cliente, ambos descritos la Tabla 3:

Tabla 3: *Postura de la persona ante el problema*

Paciente	Cliente
Se presenta como una persona afectada, desviada o perturbada, preocupado o con sufrimiento ante su situación y tenderá a ser pesimista ante su problema, de hecho no busca cambiar su situación.	Es una persona que solicita ayuda al terapeuta de manera activa e incluye tres elementos: 1. He luchado con mi problema que me perjudica. 2. No lo he logrado solucionar con mis propios intentos. 3. Necesito ayuda para solucionarlo. Aun así, el terapeuta se encontrara con dificultades para introducir al cliente en el tratamiento.

En lo que respecta a la *terapia* las personas pueden asumir tres posturas: 1) El paciente suele esperar que el terapeuta les ofrezca consejos y tomar una postura pasiva, 2) por el contrario tomar una postura activa colocando al terapeuta en una pasiva y se espera que se resuelva el problema por medios mágicos. 3) Tomar una postura activa y de responsabilidad recíproca entre paciente y terapeuta y se espera que el problema se resuelva por sentido común o una vía relacional (Fisch, et al., 1982).

La primera sesión y planificación del caso

Primera entrevista: En la primera sesión es importante recolectar la información que permita comprender el problema actual en términos conductuales, cómo intenta solucionarlo y que conducta o cambio podría ser evaluado como exitoso en la terapia por el cliente. El terapeuta deberá escuchar atento el lenguaje del paciente y sus actitudes mientras recaba la información de la manera más precisa y clara (Fisch, et al., 1982)

Planificación: La terapia breve plantea importante invertir un tiempo en la planificación de la terapia, en especial, al momento de definir los objetivos, la estrategia a emplearse y las intervenciones que se han de poner en práctica para desarrollar dicha estrategia. Para elaborar la planificación Fisch, et al. (1982) proponen:

1. *Establecer el problema del cliente.* Lograr una comprensión clara del problema que ha traído al cliente a consulta para formular una planeación adecuada.
2. *Establecer la solución intentada por el cliente.* Partiendo de la idea de que los problemas se forman o perpetúan con los esfuerzos de los pacientes por



- solucionarlos, por lo cual es de suma importancia conocer las soluciones que están empleando.
3. *Decidir qué se debe evitar.* Se responde conociendo la categoría de los intentos de solución del cliente y las personas involucradas. Para continuar con la planificación debe quedar claro las conductas que hay que evitar repetir.
 4. *Formular un enfoque estratégico.* Las intervenciones efectivas serán aquellas que vayan en 180 grados de los intentos del cliente. En este paso la terapeuta identifica qué acciones son más sencillas de incorporar en la rutina del cliente y quiénes pueden ser más receptores a las sugerencias que haga.
 5. *Enmarcar la sugerencia en un contexto: “vender” la tarea.* Conocer la postura del paciente permite dar cuenta de su marco de referencia, información que será útil para formular y “vender” una tarea que resulte razonable para el cliente.
 6. *Formular objetivos y evaluar el resultado.* El objetivo básico es intervenir para que el cliente solucione el problema, sin intervenir en otras áreas de la vida del paciente que pudieran ser indeseables ante la mirada del terapeuta. Los objetivos terapéuticos planteados se traducirán en conductas que sean visibles a evaluar por el cliente en primera instancia y observables para el terapeuta.

Intervenciones

De acuerdo con Fisch, Weakland y Segal (1982) desde este modelo, las estrategias de intervención irán en caminadas a interrumpir las soluciones intentadas previamente por la persona. Podemos destacar dos grandes formas de intervenir:

- a) **Intervenciones principales.** Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado de acuerdo al caso. Básicamente son 5, de acuerdo al intento de solución.
- b) **Intervenciones generales.** Poseen un ámbito de aplicación mayor. Pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento, y son lo bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.

Referencias

- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Foerster, H.v. (1999). *Ética y cibernética de segundo orden*. En G. Nardone y P. Watzlawick. *Terapia breve: filosofía y arte*. España: Herder.



- Freidberg, A. (1989). *Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. Psicoterapia y familia*, 2, 30-39.
- Glaserfeld, E.v. (1996). *Aspectos del constructivismo radical*. En Packman, M.(Comp.), *Construcciones de la experiencia humana, vol 1 (pp. 23-49)*. Barcelona: Gedisa.
- Haley, J. (2003). *Terapia no convencional*. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder. (capítulos 1,2 y 3)
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.
- Watzlawick, P., Weakland, H.J. y Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, B.J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

Intervención comunitaria: Estructura del Curso: Modelo de Terapia Breve (MRI)

Objetivo: Al término de las sesiones los/as alumnos/as conocerán y comprenderán las principales estrategias de intervención del Modelo de Terapia Breve centrado en los problemas. Asimismo, podrán aplicar dichos conocimientos en la instrumentación teórica de intervenciones clínicas derivadas de estos modelos.

- 1. Introducción a los Modelos de Terapia Breve**
 - a. Antecedentes
 - b. Fundamentos teóricos
 - c. Modelo de terapia breve centrado en el problema
- 2. Modelo de Terapia Breve Centrado en el problema**
 - a. Formas de crear un problema
 - b. Tipos de consultantes
 - c. La primera sesión y planificación del caso
 - d. Intervenciones principales y generales
 - e. Intentos de solución y tipos de intervención

Sistema de evaluación del curso

Se propone llevar a cabo una evaluación al finalizar el curso para asegurar el cumplimiento de los objetivos propuestos así como la satisfacción de los participantes con los aprendizajes obtenidos.



Resultados

En la evaluación de las facilitadoras, los puntos más importantes a destacar son que en general los alumnos estuvieron satisfechos con el desempeño de las facilitadoras, sin embargo, los puntos que es importante resaltar, son los siguientes:

- Los aspectos evaluados con los que los alumnos se mostraron más conformes en general, fueron el dominio de los temas, la claridad para aclarar sus dudas y los ejemplos que explicaran los temas.
- Los aspectos evaluados que los alumnos consideran que podrían mejorarse, se refieren principalmente a la claridad para dar las instrucciones para las actividades y en algunos casos, la claridad al explicar los temas.

En la evaluación del módulo de Terapia Breve, los alumnos se mostraron satisfechos en general, principalmente en relación con los aspectos de relevancia de los temas abordados, el aprendizaje obtenido y bibliografía.

Conclusiones

El módulo de Terapia Breve abarca un tema novedoso para los alumnos, quienes poseen un marco de referencia distinto, que se vio enriquecido a partir de estas clases. El modelo MRI es muy complejo en sí mismo y abordarlo en tan poco tiempo es todo un reto debido a que deben dejarse de lado aspectos importantes referentes a la práctica clínica, que sería importante retomar en algún escenario, si se tuviera la oportunidad. El modelo aporta una perspectiva distinta para entender los problemas, lo cual cambia la forma en que los terapeutas se presentan ante sus pacientes, construyendo una relación distinta con ellos, que les permita resolver el problema concreto por el que van a terapia.

Finalmente, la experiencia docente siempre es muy enriquecedora y representa un reto tanto para adaptar los contenidos teóricos con algunos ejercicios prácticos que permitan integrar el aprendizaje, como para adaptarse al grupo que se tiene en frente y responder a sus necesidades.



3.3 Constancias de asistencia a eventos académicos.

☞ Presentación en trabajos en foros académicos

Como parte de la difusión de trabajos de investigación, presenté un cartel en el “VII Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología 2013” celebrado el 22 y 23 de octubre de 2013.

El cartel presentado fue un resumen de la elaboración del instrumento “Escala para medir el sentido del humor como un recurso psicológico”, el cual se aprecia en el Apéndice A.

Asimismo participé como ponente en “Repensando la psicología: Tercer Coloquio Estudiantil” en la ciudad de Acapulco, realizado del 10 al 13 de febrero. Presentando la investigación de “vulnerabilidad como recurso terapéutico”.

☞ Asistencia a foros académicos

“XIII Congreso Nacional de Terapia Familiar: Prácticas sistémicas y Terapias Familiares” en la ciudad de Acapulco, celebrado del 14 de febrero al 17 del 2013

4 Habilidades de compromiso y ética profesional: Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional

Un ejercicio reflexivo respecto a la ética que adoptamos en cada consulta es parte de un proceso de dirigirse con profesionalismo, de acuerdo a un marco de referencia que aporte lineamientos de cómo dirigir la práctica. La Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999), propone que el terapeuta familiar en el área clínica debe regirse por ciertos principios resumidos con puntos principales:

1. Responsabilidad con los pacientes: Dirigirse con respeto, no discriminar y negar el servicio por motivos étnicos, género, clase, nacionalidad, orientación sexual. Y agrego por



condición de alguna discapacidad. Asimismo, hay que tener consciencia de la influencia del terapeuta en los pacientes y respetar sus decisiones haciendo conocimiento de las consecuencias que pueden tener. Para lo cual Haley (1998) hacía referencia tomar en cuenta la posición jerárquica del terapeuta, que puede resultar en un intercambio injusto. Por lo cual, el terapeuta no debe utilizar la relación terapéutica para fines de conveniencia personal.

2. Confidencialidad: Se deberá cuidar la confidencialidad de cada paciente, así mismo, los pacientes cuidar su confidencialidad entre ellos, puede estar más de una persona dentro de la consulta. Se puede romper la confidencialidad en caso de que la ley lo determine o en el caso de que alguien esté en riesgo, entre otras consideraciones. Para lo cual hay que dar un aviso de consentimiento informado a los pacientes.
3. Capacidad e integridad profesional: Los terapeutas deben estar actualizados para mantener un nivel de competencia y profesionalismo que pueda ofrecer una práctica de calidad a los pacientes. Asimismo, son responsables de mantener un proceso terapéutico personal para su bienestar personal y por ende brindar un mejor acompañamiento.

Este marco da referencia del cuidado para brindar un servicio profesional, responsable y ético. En cambio, al momento de intervenir entran otros factores que son motivo de reflexión ética. De acuerdo con Shwarz (1999) un terapeuta en constante formación necesita tomar en cuenta algunas cosas para poder ejercer con ética su práctica terapéutica, como es:

- ☞ Visualizar la teoría como un marco de referencia más que una guía de técnicas aplicables a cierta situación.
- ☞ Conocer las preferencias teóricas que tenemos como terapeutas en formación.
- ☞ Conocer los valores que privilegiamos como personas y en el ejercicio terapéutico.
- ☞ Lograr integrar una teoría que se ajuste a los valores y filosofía personal, para ser terapeutas y no técnicos expertos en intervenciones. De tal manera, que las elecciones éticas no sean encausadas por una teoría sino por una situación relacional.



Como personas siempre estamos en movimiento y autorreflexión de los valores y significados. Por lo que considerado ético en algún contexto deja de serlo en otros, de igual forma los valores no es estáticos. En las prácticas posmodernas se sugiere adoptar una ética local y relacional, tomando consciencia de su relación con el contexto y la cultura.

Las supervisiones, el ejercicio constante de actualización, el conocimiento de la cultura de la que se es parte, pueden dar una guía de cómo regirse con ética al terapeuta. Pues en cada sesión, se toman decisiones y posturas que influyen a los consultantes a través de los diálogos, acciones o recomendaciones del terapeuta.

CAPÍTULO IV
CONSIDERACIONES FINALES





1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

La formación en la maestría es una invitación constante a ser reflexivos con las prácticas en la terapia, a pensar desde varias perspectivas, dar espacio a las voces que convergen en un encuentro, a ser flexibles, tener en vista los contextos y a relativizar que estamos haciendo una buena praxis pero no para ser permisivos, sino para asumir con respeto y consciencia la responsabilidad de lo que hacemos en el espacio terapéutico y fuera de éste.

Durante la maestría viví un camino de cuestionamientos que me sobrepasaron, incluso tengo el recuerdo de haber tenido la sensación de tener la cabeza en “blanco”, cuando lo compartí con mis supervisores, hipotetizaban que tal vez necesitaba dejar fluir las ideas, que estaba en un proceso de aprendizaje, me felicitaban por mi compromiso, sin embargo, yo me sentía muy frustrada y muy lejos de estar aprendiendo. Conforme pasó el tiempo y como muchas cosas, dejé de pensar en eso, hasta que simplemente fluí. No significa que había pasado ese momento, sino que poco a poco comencé a dibujar en ese estado de “blanco” varios trazos y posteriormente a matizarlo con colores que fueron dando fondo y figuras a lo que en efecto estaba aprendiendo.

La terapia sistémica invita a un ejercicio constante de autoobservación y reflexiones sobre la ética. La *supervisión* es un recurso más, que da la oportunidad de identificar aquellos posicionamientos y caminos tomados durante práctica terapéutica y que también significan renunciaciones de otros posicionamientos. Del *equipo terapéutico*, la idea de trabajar con un sentido, conectados hacia lo mismo y a la vez generando diferencias, es por mucho una de las experiencias más enriquecedoras, no sólo del pensamiento sistémico, sino también del convivir con 9 compañeros que se vuelven maestros durante la formación para construir un equipo, mismo que tuvo la flexibilidad de relacionarse con varios supervisores y modelos.

Algo que agradecí es la *sensibilidad* de cada persona que estuvo presente en la maestría, las maestras, maestros y compañeros que promovían la participación en problemáticas sociales, esto se fue permeando en la terapia y aportó una visión más amplia del contexto de las familias. El desempleo, la discriminación, la violencia de género, la falta de seguridad



económica, la educación en sectores privilegiados, por ejemplo, son factores que impactan a las familias y es importante tomarlos en cuenta al momento de hipotetizar e introducir contextos externos al espacio terapéutico.

Hablando de *los modelos*, la residencia me dejó el aprendizaje de que existen distintos marcos teóricos desde los cuales se puede conceptualizar el cambio o intervenir para lograr los objetivos y metas terapéuticas, sin embargo, eso no significa que uno sea mejor que otro. Todos son valiosos y de todos se puede aprovechar si se les toma como un recurso. Sin perder de vista que el modelo es el que se adapta a la familia y no forzar a la familia al modelo.

La idea de *cómo proceder como terapeuta* fue cambiando conforme avanzaba en la maestría, no sólo había un espejo y supervisor para ver las sesiones en vivo, algo que otras corrientes criticarían. Sino que había un equipo terapéutico realizando hipótesis. Una de las experiencias que viví para generar ese cambio fue hacer *coterapia*. Al principio me sentí nerviosa de no saber qué pensaba mi coterapeuta, de cuándo intervenir, de participar demasiado o poco, lo viví con ansiedad y me pareció complejo, era un reto para mí. Tuve la fortuna de compartir la experiencia con personas con quienes pude retar mi prejuicio, fuimos ensayando formas, lenguajes y estilos de terapia. Hasta que era natural entrar con coterapeuta, cambié mi idea de ver a mi coterapeuta como un terapeuta más en la sesión a pensarnos como un sistema. La supervisión de los casos en los que tuve coterapia fue de gran ayuda para pensar en la relación con los consultantes y en la relación con el coterapeuta que también está respondiendo a lo que las familias o personas exponen, o a lo que yo comunicaba. La coterapia son dos presencias que construyen un sistema donde se suman estilos, interacciones, ideas, y a la vez diferencias para hacer uso de eso en la terapia.

El *equipo reflexivo* me marcó desde la primera vez que vi una práctica así. Es muy diferente de observar y analizar a las familias detrás del espejo. Pasé una transición de estar “tras el espejo” siendo testigo a ser parte de un equipo que apoya, participa y aporta en la intervención terapéutica sin un espejo y en presencia de la familia, en esta modalidad la familia o persona son quienes observan a los terapeutas para analizar lo dicho de ellos. Por



otro lado, no puedo dejar de comentar mi sorpresa cuando escuché por primera vez la modalidad del equipo reflexivo, pensé que estar dentro de la consulta con más de tres terapeutas sería muy invasivo para los consultantes, sin embargo, las familias son muy nobles y comparten su vida con confianza así haya uno o diez terapeutas escuchando. Creo que algo que apoya a que el equipo reflexivo sea aceptado es que se da utilidad a tantas orejas dispuestas, las familias son curiosas y gustan de escuchar perspectivas de su situación.

Otro cambio, fue que resignifiqué la idea de *aportar* como un compartir qué pienso y siento, siendo parte del sistema terapéutico. Por otra parte, me enriquecí de todas las posibilidades e ideas que compartieron mis compañeros y de la construcción junto a la terapeuta del proceder con la familia. En este sentido, mi idea de equipo antes del equipo terapéutico y del equipo reflexivo era estar todos en el mismo pensamiento, unificar u homogenizar, por lo cual un ejercicio que me costó trabajo fue pensar “¿Qué haría yo? en tal situación”, “¿Qué puedo aportar diferente desde mi persona como terapeuta?”. Fue un cambio de paradigma saber que un equipo no tiene por qué pensar igual o llegar a una sólo conclusión. “Las diferencias que hacen diferencias” son por hoy uno de mis recursos favoritos en la consulta.

Una de las competencias que se promueven en la maestría es desarrollar investigación cuantitativa y cualitativa, con las cuales se puede ampliar y sumar conocimiento de las tendencias en cualquier objeto de estudio en temas de significancia para las familias y terapia sistémica. La maestría me dio la oportunidad de sumergirme en la disciplina de la metodología, para apegarme a los procedimientos que puedan dar validez y confiabilidad a las propuestas o resultados de las investigaciones expuestas. Aun me falta seguir promoviendo esta competencia, pues dediqué la mayor parte de mi formación a la clínica que ha sido mi área de interés, por lo cual asumo el compromiso de dar continuidad al desarrollo en el área de investigación.



2. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.

La experiencia de cursar una residencia con las bondades y dificultades que tiene la maestría en terapia sistémica familiar y prácticas posmodernas, es un constante movimiento de colores y luces, como si todo se viera a través de un caleidoscopio y pensar que son lentes claros y que así es el mundo. Conocer diferentes epistemologías es darle vuelta al caleidoscopio y explicar la visión que antes creí nítida como un giro más en mi perspectiva, fui viviendo encuentros con mis maestras y maestros, con las teorías, con los consultantes, con mis propios diálogos. No está de más decir, que me transformó en dimensiones que no podré algún día medir, sólo entiendo que hay diferentes caminos y que las posibilidades están ahí. Una forma de expresarlo es entender la esperanza, el amor, el dolor, la dicha, el enojo, la violencia desde diferentes construcciones y por ende desde diferentes perspectivas. Lo anterior impactó en la persona de mi terapeuta y mi identidad.

En un espacio tan construido para practicar las teorías y modelos como en la residencia, es reconfortante y seguro saber que hay más personas contigo a la hora de dar consulta. Aunque también puede generar la sensación de estar expuesto como terapeuta, pues en la licenciatura la terapia la pensaba como un espacio privado y hermético. Estar frente a supervisores y un equipo, me abrió la puerta a transparentar, asumir mis errores con responsabilidad, a ser cómplice y testigo de los consultantes y familias, a suavizar la idea de la terapia tan solemne. Además de entender que el terapeuta requiere de su propia red de apoyo.

Cabe destacar, que he cosechado los frutos de esas semillas plantadas durante la maestría. En mi trabajo, encuentro la visión sistémica de gran practicidad y utilidad, y las prácticas posmodernas son una forma de estar para los consultantes que me permiten relacionar ese espacio clínico con la cultura y los significados.

Actualmente atiendo una diversidad amplia de familias con algún integrante con discapacidad, con problemáticas fuertes en coexistencia a la misma. Cuando estoy frente a



las familias, niños, niñas y adolescentes que exponen estos temas, agradezco tener una visión sistémica que me permite mantener la mirada en la pluralidad de las demandas, tanto de los consultantes como de la institución. Las competencias que adquirí con un repertorio de técnicas que puedo aplicar, y/o de procurar un diálogo entre las familias y mis diálogos internos, o con mis emociones y las de los consultantes, o dialogar con las teorías psicológicas y con los modelos médicos y el equipo interdisciplinario que trabaja con las familias desde su área de expertise. Sin embargo, a veces extraño salir de la consulta y recurrir al equipo para escuchar las construcciones de mis compañeros de lo que dijo la familia o aclarar dudas, o que me den ideas porque a mi se me acabaron, a veces, simplemente de saberme acompañada.

También hubo retos durante mi formación en la residencia, por ejemplo, adquirí nuevos síntomas psicosomáticos como alergias y migrañas, de vez en cuando aparecía una voz de ineficiencia en mi cabeza que se resistía a cuando estaba clases teóricas, o sentía dolores de cabeza por no lograr comprender los mensajes de mis supervisores que no siempre resultaban ser parte del mismo orden lógico. Además, me asombra que lo anterior se ve como parte de la experiencia intrínseca de la maestría, tanto que hay un discurso normalizado por los estudiantes, supervisores y coordinadores de que la exigencia de la residencia produce malestares en quienes son parte de ella, lo cual me parece de riesgo. Todos conocemos y vivimos el malestar normalizado, a veces ayuda verlo así, pues en mi experiencia me sentí menos inadecuada al ver que no era la única con manifestaciones psicosomáticas por estrés, lo que disminuyó mi ansiedad. Sin embargo, considero que normalizarlo no siempre ayuda a implementar estrategias para favorecer el bienestar de quienes viven la maestría.

Por mencionar algunas de las alternativas que apoyaron a mantener un mejor estado de salud, en un sentido amplio de la palabra, fueron el *seminario de integración grupal* el cual nos hizo desayunar todos los viernes del primer semestre y conocernos en aspectos de nuestra vida; los *trabajos en equipo*, me ayudaron a tener una micro red de apoyo académica, tener dos personas más en quien confiar por sus competencias y habilidades que me hicieron sentir que sumábamos recursos como equipo; *elaborar talleres y propuestas comunitarias*, apoyó a



no dedicar todo los esfuerzos en sesiones terapéuticas sino a desarrollarnos en un espacio grupal; *promover un espacio de aceptación*, hubo supervisores que se interesaron por construir un contexto de aprendizaje, así como, *las retroalimentaciones que validan* y ofrecen la oportunidad de enriquecerse como terapeutas; no puedo dejar de un lado *el sentido del humor* de mis compañeros y maestros, *las risas y la espontaneidad* matizaron varios momentos que hicieron disfrutar un espacio de exigencia; el ejercicio que aplicó la supervisora en el modelo de soluciones “*re-teaming*”, ayudó a construir proyectos y todos ser participes como promotores, testigos, cómplices o coach de los logros de nuestros compañeros en el grupo; y por último, *los lazos en el grupo*, las amistades y la conexión entre nosotros daba pertenencia y afecto. Lo anteriormente mencionado fueron respiros de la rutina y estructura que considero factores que favorecen un contexto donde la resiliencia, el gusto por aprender y la construcción de una red, brindan un cuidado al bienestar de los residentes durante la maestría.

En éste capítulo en el que procuro integrar la experiencia en la maestría, quiero concluir con ésta idea que resume mi sentir:

El contexto terapéutico, es relacionarse, mirar, sonreír, sentir, escuchar y tocar, y dejarse tocar por quien está frente a nosotros, llámese familia, consultantes, equipo terapéutico, supervisores o mi persona, todos compartiendo historias ricas en posibilidades por construir, es estar, coincidiendo en un instante irrepetible.



Referencias

- Álvarez, C. (1986). Dimensiones psicosociales de la familia mexicana. *Anuario Jurídico de la Universidad Nacional Autónoma de México*, XIII, 39-60.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades*. Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Anderson, H. (2010). You can never step into the same river twice. Collaborative and dialogic practices in therapy and social change: Honoring the past and creating the future conference. En (Comp.) F. Gutierrez. *Terapia Breve y Familiar. Los caminos que se encuentran*. Puebla: CEFAP.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1991). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, 2, 41-72.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). *El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico*. En (Comp.) S., McNamee y K.J., Gergen. La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.
- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. CEPAL-CELADE. *Publicaciones de las Naciones Unidas*, 77, 143-161.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999). *Código Ético*. México: Autor
- Bertalanffy, L.v. (1968). *Teoría General de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American psychologist*, 513- 531.
- Beltran, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En L. Eguiluz. *Compilación. Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.



- Bertrando, P. (2011). *El terapeuta dialógico, el diálogo que conmueve y transforma*. México: Editorial Pax.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. México: Paidós.
- Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1992). El anillo reflexivo del pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 31, 119-130 (traducción de Alma G. Aguilar Segura, proporcionada por el Mtro. Gerardo Reséndiz).
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family process*, 26, 401-413.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1993). De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y Familia*, 6, 7-15.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1997). *Verità e pregiudizi*. Milán: Raffaello Cortina (traducción del Mtro. Gerardo Reséndiz).
- CONEVAL. (2014). Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2014.
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax-México.
- Dickerson, V. (2007). Remembering the future: Situating oneself in a constantly evolving field. *Journal of Systemic Therapies*, 26, 23-37.
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala y universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Eguiluz, L. (2004). La terapia familiar sistémica en México. En L. Eguiluz. *Compilación. Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.



- Fisher, H. (1994). *Anatomía del amor. Historia natural de la monogamia, el adulterio y el divorcio*. Anagrama: México.
- Foerster, H.v. (1999). *Ética y cibernética de segundo orden*. En G. Nardone y P. Watzlawick. *Terapia breve: filosofía y arte*. España: Herder.
- Beltran, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En L. Eguiluz. *Compilación. Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.
- Fortes de Leff, J., Aurón, F., Gómez, E., y Pérez, J. (2014). *El terapeuta y sus errores. Reflexiones sobre la terapia*. México: Trillas.
- Freidberg, A. (1989). *Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la Terapia Breve*. *Psicoterapia y familia*, 2, 30-39.
- Fruggeri, L. (1998). Del contexto como objeto a la contextualización como principio de método. *Connessioni*, 3, 75-85 (traducción del Mtro. Gerardo Reséndiz).
- Fruggeri, L. (2016). *Diferentes normalidades. Psicología social de las relaciones familiares*. México: Editorial Página Seis.
- García, B. y Oliveira, O. (2007). Trabajo extra doméstico y relaciones de género: una nueva mirada. En M. Gutiérrez (Comp.). *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*. Buenos Aires: CLACSO.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. & Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. En F. Gutiérrez. (Comp.) *Terapia Breve y Familiar. Los caminos que se encuentran*. Puebla: CEFAP.
- Glaserfeld, E.v. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En M. Packman, (Comp.), *Construcciones de la experiencia humana*, vol 1. Barcelona: Gedisa.



- Gómez, M. y Weisz, T. (2005). *Nuevas parejas, nuevas familias. Cómo crear una familia reconstruida y no morir en el intento*. Estado de México: Norma Ediciones.
- Goodrich, T., Rampage, C., Ellman, B. y Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista*. México: Paidós.
- Goolishian, H. y Anderson, H. (1992). Strategy and intervention versus nonintervention: a matter of theory. *Journal of marital and family therapy*, 5-15.
- González, M.A. y Scott, J. (2012). Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas. En Comp. M. Ordorica, y J.F. Prud'homme. *Los grandes problemas de México, edición abreviada*. COLMEX: México.
- Haley, J. (1988). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (2003). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hall, A.D. & Fagen, R. (1956). Definition of system. En W. Buckley. *Modern systems research for the behavioral scientist*, 81-92.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Harré, R., Moghaddam, F., Pilkerton, T., Rothbart, D., y Sabat, S. (2009). Recent Advances in Positioning Theory. *Theory & Psychology*, 19, 5-31.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). *Censo de población y vivienda 2010*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2012). *Publicación México de un vistazo 2012*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Infromática. (2014). *Población, Hogares y Vivienda/Nupcialidad/Divorcios/ Divorcios registrados por entidad federativa y tipo de trámite*. México: INEGI.



- Instituto Nacional de las Mujeres. (2008). *Violencia en las relaciones pareja: Resultados de la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006*. México: INMUJERES.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones*. Cuernavaca: INSP.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Keeney, B. (2010). ¿Por qué la terapia es jazz?. *Psicoterapia y familia*, 2, 7-25.
- López-Cervantes, M., Durán, J., y Villanueva, M. (2011). La necesidad de transformar el sistema de salud en México. *Gaceta Médica de México UNAM*, 147: 469-474
- Lozano, I. (2009). El significado de homosexualidad en jóvenes de la ciudad de México. *Enseñanza e Investigación en psicología*, 14: 153-168.
- Madanes, C. (2007). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S.(2011). *Evaluación de familias y parejas: del síntoma al sistema*. México: Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Osorio, A. y Alvarez, A. (2004). *Curso especial de Posgrado Gestión Local de Salud: Introducción a la Salud Familiar*. San José: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).
- Pakman, M. (2011). *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.
- Pérez, J. (2011). Posibilitar otras familia-s. La apertura hacia otras construcciones en la noción de la familia. *Tramas de la Universidad Autónoma de México*, 35, 103-121.
- Parra, H. (2005). *Relaciones que dan origen a la familia. Monografía para grado de Licenciada en Derecho*. Colombia.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). (1998). *Desarrollo humano en*



Chile. *Las paradojas de la modernización*. Santiago: Publicaciones de las Naciones Unidas.

Reséndiz, G. (2014). Familias: procesos y sistemas de significado. *Terapia y Familia*, 27, 20-28.

Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En L, Eguiluz. *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Pax

Salles, V. y Tuirán, R. (1996). El giro cultural en la investigación sobre la familia: un ejemplo con base en el estudio de los mitos. *Revista del departamento de sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana*, 11, 1-9.

Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.

Schwarz, D. (1999). Postmodern ethics and our theories: doing therapy versus being therapists. *Journal of systemic therapies*, 18-41

Scheinkman, M. y Dekovenfishbane, M. (2004). El ciclo de la vulnerabilidad: trabajando con impasses en terapia de pareja. *Family Process*, 47, 279/299.

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1980). Hipótesis, neutralidad y circularidad. *Family process*, 19, 3-21 (traducción proporcionada por el Mtro. Gerardo Reséndiz).

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.

Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family process*, 26, 167-183.

Torres, M. (2012). Cultura patriarcal y violencia de género: Un análisis de derechos humanos. En Comp. M. Ordorica, y J.F. Prud'homme. *Los grandes problemas de México, edición abreviada*. COLMEX: México.

Tarragona, M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7, 68-76.



Ugazio, V. (1985). Hypothesis Making: The Milan Approach Revisited. En D. Campbell y R., *Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton (traducción de Cintia Aguilar Delgadillo, proporcionada por el Mtro. Gerardo Reséndiz).

Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica y psicopatología*. Barcelona: Paidós.

Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En: L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax-México.

Watzlawick, P., Beavin, B.J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.

APÉNDICE 1



Escala del sentido del humor como recurso psicológico en la pareja

La Facultad de Psicología de la UNAM está realizando un estudio sobre el sentido del humor. Deseamos conocer tu **opinión personal**, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas. Es fundamental que no dejes **preguntas sin contestar**. La información que nos proporciones será tratada con absoluta **confidencialidad** y en forma **anónima**. Muchas gracias por tu colaboración.

Pseudónimo _____ Folio _____

- | | | | |
|--|------------------|-----------------|---|
| A.1. Sexo | A.3. Escolaridad | A.4. Situación | A.7. En este momento, ¿Cuál es tu estado emocional? |
| Hombre () | Sin estudios () | sentimental | Feliz () |
| Mujer () | Primaria () | Noviazgo () | Triste () |
| | Secundaria () | Unión libre () | Enojado/a () |
| A.2. Edad | Preparatoria () | Casado () | Nervioso/a () |
| | Carrera () | 2° () | |
| | técnica | matrimonio | |
| | Licenciatura () | Otro: | Indiferente () |
| | Posgrado () | | Otro: _____ |
| A.5. Tiempo de relación de pareja: _____ años _____ meses. | | | A.8. Estado de procedencia: |

A.6. ¿Tienes hijos? NO () SI () ¿Cuántas hijas? _____
¿Cuántos hijos? _____

B. Marque la opción verdadera para usted y su pareja en su relación.		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Cuando me cuesta trabajo decir algo importante, una broma puede relajarme.				
2.	Mi pareja y yo reímos de cosas parecidas.				
3.	Mi pareja y yo bromeamos ante un problema para sentirnos más tranquilos.				
4.	Una de las cosas que me atraen de mi pareja es su sentido del humor.				
5.	Me gusta usar mi sentido del humor cuando tengo problemas.				
6.	Puedo enfrentar un problema encontrándole el lado divertido.				
7.	Para disfrutar de mi pareja uso mi sentido del humor.				
8.	Me cuesta trabajo entender el sentido del humor de mi pareja.				
9.	Mi pareja y yo nos reímos de cosas parecidas.				
10.	Mi pareja piensa que me burlo de ella.				
11.	Mi pareja y yo nos hacemos reír con frecuencia.				
12.	Cuando me pasan cosas malas, siempre encuentro el lado positivo.				



B. Marque la opción verdadera para usted y su pareja en su relación.		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
13	Para disfrutar mi relación uso mi sentido del humor.				
14	El sentido del humor de mi pareja me es difícil de entender.				
15	Mi pareja usa su sentido del humor para burlarse de mí.				
16	Mi pareja disfruta mi sentido del humor.				
17	Sé que he superado un problema cuando puedo reírme de ello.				
18	Me siento más cercano (a) a mi pareja cuando reímos juntos.				
19	A mi pareja y a mí se nos facilita hacernos reír.				
20	Para disfrutar las cosas es importante reír.				
21	Cuando mi pareja y yo tenemos un problema hemos aprendido a reírnos de él.				
22	Mi pareja y yo entendemos nuestras bromas.				
23	Cuando mi pareja y yo tenemos un problema trato de no hacer bromas.				
24	Me burlo de los defectos de mi pareja.				
25	Aprecio que mi pareja use su sentido del humor cuando hay conflictos.				
26	Mi vida sin sentido del humor sería muy aburrida.				
27	El sentido del humor de mi pareja es agresivo.				
28	Una de las cosas que me atraen de mi pareja es su sentido del humor.				
29	Para mí fue importante el sentido del humor para iniciar mi relación de pareja.				
30	Mi pareja piensa que me burlo de la gente.				
31	Mi pareja se ríe de mis problemas.				
32	Mi pareja sabe hacerme reír.				
33	Mi pareja se burla de mis defectos.				
34	El sentido del humor de mi pareja es diferente al mío.				
35	Cuando me río de mis problemas, me siento más tranquilo para resolverlos.				
36	Los problemas son más ligeros si se toman con sentido del humor.				
37	Mi sentido del humor es parecido al de mi pareja.				
38	Sé que puedo reírme de mis problemas a pesar de la tristeza que me causan.				
39	Me es difícil hacer reír a mi pareja.				
40	Para disfrutar las cosas uso mi sentido del humor.				
41	Cuando mi pareja y yo estamos juntos nos hacemos bromas pesadas*				
42	Mi pareja y yo nos hacemos bromas pesadas.				



B. Marque la opción verdadera para usted y su pareja en su relación.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
43	Puedo reírme ante situaciones difíciles de la vida.				
44	Aunque un problema sea difícil, sé que en algún momento podré reírme de ello.				
45	Me gusta el sentido del humor de mi pareja.				
46	Mi pareja piensa que mi sentido del humor es difícil de entender.				

Comentarios: _____

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

APÉNDICE 2



FORMATO DE ENTREVISTA

El concepto de vulnerabilidad, según lo que Brown expone, es entendido como una forma de conexión humana en las relaciones, sin embargo la autora se enfocó en un contexto social, más no en un contexto psicoterapéutico. Debido a lo anterior y con el interés de conocer de qué manera los terapeutas de Ixaya Yulu llevan a la práctica clínica el concepto de vulnerabilidad, fue que se plantearon las siguientes preguntas que dan un eje sobre el cual explorar.

Pregunta general
¿Cómo entienden el concepto de vulnerabilidad como un fenómeno social y como una herramienta terapéutica, los terapeutas que conforman el grupo Ixaya Yulu?
Preguntas específicas
<ul style="list-style-type: none">- ¿Cómo entienden los terapeutas el concepto de vulnerabilidad?- ¿De qué opinan los terapeutas que está “hecha” o de qué se compone la vulnerabilidad?- ¿Qué efectos tiene llevar a la práctica clínica el concepto de vulnerabilidad?- ¿Qué relación tiene el concepto de vulnerabilidad con la conexión afectiva en las relaciones de las personas?- ¿Qué efectos tiene para la conexión humana que una persona se muestre vulnerable en una relación?- ¿Cómo se puede utilizar el concepto de vulnerabilidad en la terapia como un recurso para promover la conexión humana?- ¿Cuáles son las coincidencias del enfoque de los terapeutas con lo propuesto por Brown (2010)?- ¿En qué cosas discrepa la visión de los terapeutas con la de Brown (2010)?- ¿Qué adaptaciones han tenido que llevar a cabo de su concepción del fenómeno al conocerlo por primera vez en comparación con el momento presente?



Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Psicología
 Programa de Maestría en Psicología
 Residencia en Terapia Familiar



**CURSO DE INDUCCIÓN GENERACIÓN 13°
 CARTA DESCRIPTIVA**

Sesión	1	Fecha:	29 de Julio 2013
Facilitadoras:	Alvarez de la Paz Luz Minerva Carrillo Vera Adriana Rocío García Gutiérrez Mayela Eugenia Dra. Nazira Calleja		
Horario:	10:00 am – 2:00 pm		
Dirigido a:	Grupo de maestría de Terapia familiar Generación 13°	Número de participantes:	9

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Objetivo	Tema o técnica sugerida	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo
		Facilitadoras	Participantes		
Dar la bienvenida y presentar a los participantes	Presentación	Darán la bienvenida y felicitarán a los participantes por ingresar a la maestría. Posteriormente se presentarán.	Cada participante se presentará mencionando su nombre, edad y lugar de origen.	Ninguno	10:30 am a 10:50 am



Objetivo	Tema o técnica sugerida	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo
		Facilitadoras	Participantes		
Conocer las expectativas del grupo en relación con el curso de inducción	Expectativas del curso de inducción	<p>Preguntarán a cada uno de los participantes: ¿Qué quisieran obtener como resultado del curso?, ¿Qué puntos consideran importantes abordar en el curso?, ¿Qué les gustaría que pasara y qué no les gustaría que pasara durante el curso?, mientras los participantes responden, una facilitadora anota en el pintarrón las respuestas.</p>	El grupo estará sentado en media luna para que cada participante responda de manera breve las preguntas.	Pintarrón y plumones	10:51 am – 11:15 am
		<p>Responsable: Minerva Alvarez</p>			
Facilitar que los participantes se conozcan identificando puntos en común.	Técnica de integración, primera parte: "Presentación cruzada"	Brindarán las instrucciones de la técnica: presentación cruzada.	Los participantes formarán 3 parejas y un trío. Los participantes dibujarán en un rotafolio la silueta de su compañero, quien posteriormente hablará de sí y compartirá con su compañera(o) un poco de su familia, gustos, intereses, etc. dibujando o escribiendo en su	9 hojas rotafolio Plumones	11:15 a 11:30 am



		Responsable: Adriana Carrillo	silueta las cosas que representan tales intereses.		
RECESO 15 minutos					
Objetivo	Tema o técnica sugerida	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo
		Facilitadoras	Participantes		
Los participantes conocerán el uso del programa de Estadística SPSS	Introducción al uso del programa SPSS	La Dra. Nazira Calleja impartirá el curso de Estadística	Realizaran las actividades y ejercicios que la Dra. Nazira Calleja indique.	Salón con equipo de cómputo con el programa SPSS instalado	12:00 pm a 2:00 pm
		Responsable: Dra. Nazira Calleja			

Sesión

2

Fecha:

30 de Julio 2013

Facilitadoras:

Alvarez de la Paz Luz Minerva
Carrillo Vera Adriana Rocío
García Gutiérrez Mayela Eugenia
Dra. Nazira Calleja

Horario:

10:00 am – 2:00 pm

Dirigido a:

Grupo de maestría de Terapia familiar Generación 13°

Número de participantes:

9



DESARROLLO DE LA SESIÓN

Objetivo	Tema o técnica sugerida	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo
		Facilitadoras	Participantes		
Facilitar que los participantes se conozcan identificando puntos en común.	Técnica de integración, segunda parte: "Presentación cruzada"	Se continuará con el ejercicio de la presentación cruzada. Responsable: Minerva Alvarez	Frente al grupo cada pareja presentará a su compañera (o).	9 hojas rotafolio Plumones	10:00 a 10:30 am
Objetivo	Tema o técnica sugerida	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo
Que los participantes conozcan de manera general la Universidad Autónoma de México	Técnica: Escudo de la UNAM	Darán las instrucciones a los participantes. Se comentarán los puntos principales del archivo que se le enviará al grupo previo al curso, con información sobre la UNAM. Responsable: Mayela García	El grupo formará equipos. Cada equipo dibujará su propia versión del Escudo de la UNAM que represente los puntos más relevantes de la información presentada.	-4 Cartulinas -Plumones -Archivo con información de la UNAM	10:30 am – 11:15 am
Que los participantes compartan con el grupo sus expectativas	Expectativas de la maestría: "Tendedero de manitas"	Proporcionarán material para realizar la actividad. Resolverán dudas y preguntas desde su experiencia en la maestría.	Escribirán de manera personal en las hojas de manitas sus expectativas, posteriormente compartirán lo escrito y colocarán las manitas en un	-9 figuras de manitas -Plumones -Estambre -Pinzas, clips o	11:15am a 11:45 am



respecto a la maestría.		Responsable: Adriana Carrillo	estambre para formar un “tendedero de expectativas”.	seguros -Durex	
RECESO 15 minutos					
Los participantes conocerán el uso del programa de Estadística SPSS	Introducción al uso del programa SPSS	La Dra. Nazira Calleja impartirá el curso de Estadística	Realizarán las actividades y ejercicios que la Dra. Nazira Calleja indique.	Salón con equipo de cómputo con el programa SPSS instalado	12:00 pm a 2:00 pm

Sesión 3

Fecha: 31 de Julio 2013

Facilitadoras: Alvarez de la Paz Luz Minerva
Carrillo Vera Adriana Rocío
García Gutiérrez Mayela Eugenia
Fariás Anda Sarai
Dra. Nazira Calleja

Horario: 10:00 am – 2:00 pm

Dirigido a: Grupo de maestría de Terapia familiar Generación 13°

Número de participantes: 9

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Objetivo	Tema o técnica sugerida	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo
		Facilitadoras	Participantes		
Que los participantes	Exposición de información	Brindarán información sobre cuestiones prácticas de los	Escucharán y realizarán preguntas.	Ninguno	10:00 am a 10:20 am.



tengan conocimiento de los trámites escolares		trámites escolares. Responsable: Minerva Alvarez			
Objetivo	Tema o técnica sugerida	Actividad a desarrollar			
		Facilitadoras	Participantes	Recursos materiales	Tiempo
Que los participantes conozcan el plan de estudios de la Residencia	Presentación del programa de maestría	Brindarán una exposición con el plan de estudios de la residencia y resolverán dudas al respecto. Responsable: Mayela García	Escucharán y compartirán dudas o comentarios.	-Laptop -Cañón -Presentación	10:20 am a 11:00 am
Que los participantes conozcan el proceso de las preconsultas	Exposición de las pre consultas	La facilitadora Saraí Farías expondrá los puntos importantes sobre la realización de las pre consultas	Escucharán y compartirán dudas y comentarios	Laptop Cañón	11:00 am a 11:45 am
RECESO 15 minutos					
Los participantes conocerán el uso del programa de Estadística SPSS	Introducción al uso del programa SPSS	La Dra. Nazira Calleja impartirá el curso de Estadística	Realizaran las actividades y ejercicios que la Dra. Nazira Calleja indique.	Salón con equipo de cómputo con el programa SPSS instalado	12:00 pm a 2:00 pm



Sesión 4

Fecha: 1 de Agosto 2013

Facilitadoras: Alvarez de la Paz Luz Minerva
Carrillo Vera Adriana Rocío
García Gutiérrez Mayela Eugenia

Horario: 10:00 am – 12:00 pm

Dirigido a: Grupo de maestría de Terapia familiar Generación 13°

Número de participantes: 9

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Objetivo	Tema o técnica sugerida	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo
		Facilitadoras	Participantes		
Que los participantes conozcan el plan de estudios de la Residencia	Brindar información y tips sobre la Residencia	Compartirán datos y “tips” útiles para la organización y realización de trabajos durante el primer semestre.	Escucharán y compartirán dudas o comentarios.	-Laptop -Cañón -Presentación	10:00 am a 10:30 am
		Responsable: Adriana Carrillo			
Objetivo	Tema o técnica sugerida	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo
Que los participantes reconozcan las	Recorrido por los sitios importantes de	Llevarán al grupo a un recorrido por los sitios de mayor importancia de la facultad.	Tomarán el recorrido.	Ninguno	10:31 am a



instalaciones de la Facultad	la facultad	Responsable: Minerva Alvarez			11:00 am
Facilitar la integración con los compañeros de la Residencia	Desayuno	Propondrán distintas alternativas de lugares o modalidades para ir a desayunar, integrarse y conocerse mejor Organizarán el desayuno	Traerán comida para compartir	Ninguno	11:00 am a 1:00 pm
		Responsable: Mayela García			



TALLER: MATERNIDAD Y PATERNIDAD
CARTAS DESCRIPTIVAS

Sesión 1: “Papás y mamás, Escuchemos al otro”

Objetivo	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo estimado
	Facilitadores	Participantes		
Presentación del curso	Se realizará un encuadre e introducción al curso, se dirán las reglas y la dinámica a trabajar durante las 8 sesiones.	Conocerán la metodología de trabajo	Ninguno	10 min
Que las y los participantes discutan acerca de la desigualdad de género	Se revisará un video de la desigualdad de género	Discutirán en plenaria sus percepciones de cómo el género hace diferencias en el comportamiento del hombre y la mujer.	Cañón Lap top Video Bocinas	20 min
Reflexionar sobre algunos temas que son de interés para los hombres y para las mujeres, pero que frecuentemente no son platicados.	Se les pide que hablen sobre experiencias con los temas que generalmente son silenciados. Ambos grupos se les sugiere platicar sobre experiencias que no resulten molestas, sino que busquen experiencias que puedan compartir. Adaptación de técnica: “qué preocupa a los hombres” en Gardas (2006)	Cada participante escribirá algún tema que tiene que silenciar o dejar de hablar pues no es bien visto que lo haga un hombre ó mujer. Lo pegará en el dibujo de un árbol frente al grupo, llenado sus hojas. Posteriormente lo compartirán al grupo. Los hombres comparte su experiencia y las mujeres escuchan. Posteriormente, las mujeres comparten y los hombres escuchan. Así se buscará que cada participante se sensibilice ante las dificultades de cada género.	Hojas blancas, dos cartulinas con un dibujo de un árbol, durex, plumones y plumas.	40 min
Cierre de la sesión		Cada participante dirá en una palabra cómo se queda.	Ninguno	10 min



Sesión: 2: ¿Qué aprendimos de nuestros padres? (sesión dirigida a los papás)

Objetivo	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo estimado
	Facilitadores	Participantes		
Encuadre de la sesión	Darán una introducción de las reglas en el grupo y la forma de trabajo	Propondrán las reglas para la sesión	Ninguno	10 minutos
Identificar las creencias que construyen la identidad masculina aprendida en la propia historia con la familia de origen	Moderarán los turnos para que los participantes compartan y darán retroalimentación resaltando las reflexiones de cada papá. Asimismo, se dará contención de ser necesario.	Se les indica a los participantes que realicen un árbol genealógico, el cual compartirán en plenaria enfatizando cómo eran sus papás y abuelos con ellos, y cómo les decían sus familiares que tenían que comportarse, de tal manera que compartan su historia familiar y con qué imagen de parentalidad han vivido. Asimismo, cada quien reflexionará de las similitudes y diferencias de la paternidad que ejercen actualmente, y si hay algo que les gustaría cambiar o no repetir.	Cartulina, colores, plumones, lápices, sillas ordenadas en forma de media luna	1:10 hora
Cierre de la sesión	Se realizará un breve resumen	Cada participante compartirá una breve reflexión	Ninguno	10 min

Sesión 3: Violencia de género (sesión dirigida a los papás)

Objetivo	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo estimado
	Facilitadores	Participantes		
Encuadre de la sesión	Darán una introducción de las reglas del grupo y la forma de trabajo	Propondrán las reglas para la sesión	Ninguno	5 min
Sensibilización hacia las violencia que vive la mujer	Se presentará un video “papá, me llaman...”	Se dará espacio para reflexión de las microviolencias.	Cañón Lap top Video	20 min
Conocer y reconocer los	Se expondrá los tipos de violencia y el ciclo de la violencia.	Escribirán ejemplos de los tipos de violencia que ejercen y que han vivido, posteriormente se harán equipos para	Hojas, Plumas Presentación	40 min



tipos de violencia		compartir sus experiencias.	CD 1	
Ejercicio de relajación	Se realizarán diferentes ejercicios para liberar tensión	Realizará movimientos de “el leñador” cuando corta un árbol, liberando estrés con sonidos y gestos.	Aula amplia	5 min
Cierre de la sesión	Se realizará un breve resumen de lo que se compartió	Cada quien dirá una frase o palabra que suele usar y que le gustaría dejar de usar para contribuir a vivir una vida sin violencia.	Ninguno	10 min

Sesión 4: Paternidad (sesión dirigida a los papás)

Objetivo	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo estimado
	Facilitadores	Participantes		
Dar continuidad al tema de violencia de género	Se revisará cómo se sintieron haciendo la tarea que se dejó la sesión anterior.	Compartirán dificultades y facilidades para dejar de decir la frase o palabra que refuerza la violencia de género.	Ninguno	5 min
Reflexionar sobre el ejercicio de la paternidad en la comunidad.	Se brindará un espacio para que cada participante reflexione sobre la paternidad en la comunidad y en la individualidad.	De forma individual en hoja blanca se escriben reflexiones con base a la siguiente pregunta: “¿Cómo son los papás de mi comunidad, qué es lo que dicen, y qué es lo que hacen? En plenaria los hombres compartirán “¿Cómo soy yo como papá o cómo me gustaría ser?” Responder “¿Cómo le gustaría a mi familia que fuera?”.	Hojas de papel blancas y lápices o plumas	15 min
Aterrizar las	Se les pedirá que escriban una carta.	Cada participante escribirá una carta a su hijo o hija,	Hojas de papel	50 min



reflexiones en la relación padre-hijo que actualmente tiene cada participante.		describiendo qué tipo de padre es hoy en día y cómo puede ejercer una paternidad que de cuenta de las reflexiones anteriores.	blancas y lápices o plumas kleenex	
Cierre de la sesión	Se hará un breve resumen de las ideas compartidas en el grupo	Expondrán de manera breve sus reflexiones e impresiones del taller.	Ninguno	30 min

Sesión 5: Qué aprendimos de nuestras madres (sesión dirigida a las mamás)

Objetivo	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo estimado
	Facilitadores	Participantes		
Encuadre de la sesión.	Darán una introducción de las reglas del grupo y la forma de trabajo.	Propondrán las reglas para la sesión.	Ninguno	10 min
Identificar las creencias que construyen la identidad femenina en la propia historia con la familia de origen	Moderarán los turnos para que las participantes compartan y darán retroalimentación resaltando las reflexiones de cada mamá. Asimismo, se dará contención de ser necesario.	Se les indica a las participantes que realicen un árbol genealógico, el cual compartirán por equipos, enfatizando cómo eran sus mamás y abuelas con ellas, y cómo les decían que tenían que comportarse. Asimismo, cada quien reflexionará de las similitudes y diferencias.	Cartulina, colores, plumones, lápices	70 min
Cierre de la sesión	Se realizará un breve resumen de lo que se compartió	Cada participante compartirá en una palabra con qué reflexión se queda.	Ninguno	10 min



Sesión 6: ¿Para mí o para los demás? (sesión dirigida a las mamás)

Objetivo	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo estimado
	Facilitadores	Participantes		
Retomar el tema de la sesión anterior	Se revisará en un breve resumen lo visto la sesión anterior		Ninguno	10 min
Reflexionar sobre la identidad de las mujeres, particularmente en cómo se construye para otros y no para sí misma	Se entregará una copia a las participantes de la Lectura: “Identidad Femenina” (Material 1) y se leerá en plenaria. Posteriormente se harán equipos y se les entregará una de las preguntas del Material 2.	Trabajarán en grupos y reflexionan la pregunta que va en relación al material, organizan una exposición para el resto del grupo con su aportación. Actividad tomada y adaptada del manual “Creciendo juntas y juntos” de Mendoza, Reyes y Reyes (2013)	Material 1 Material 2	50 min
Cierre de la sesión	Se realizará un breve resumen de lo que se compartió	Cada participante compartirá en una palabra su experiencia para favorecer la construcción cognitiva al compartir.	Ninguno	10 min

Sesión 7: Maternidad (sesión dirigida a las mamás)

Objetivo	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo estimado
	Facilitadores	Participantes		
Activación	Realizarán un ejercicio de activación dando las siguientes indicaciones: pónganse en pie y camina en círculo mientras se saludan de diferentes formas (la facilitadora puede indicar	Las participantes tomarán más consciencia de su cuerpo y tendrán un momento para concentrarse en las actividades	Ninguno	5 min



	saludarse con la mano, el pie, el codo, la pierna, etc.)			
Reflexionar sobre el ejercicio de la maternidad en la comunidad	Se brindará un espacio para que cada participante reflexione sobre la maternidad en la comunidad y en la individualidad	De forma individual en hoja blanca se escriben reflexiones con base a las siguientes preguntas: “¿Cómo son las mamás de mi comunidad, qué es lo que dicen, y qué es lo que hacen? En plenaria con las mamás compartirán: “¿Cómo soy yo como mamá o cómo me gustaría ser?” Responder “¿Cómo le gustaría a mi familia que fuera?”	Hojas de papel blancas y lápices o plumas	15 min
Aterrizar las reflexiones en la relación madre-hijo (a) que actualmente tiene cada participante	Se les pedirá que escriban una carta	Cada participante escribirá una carta a su hijo o hija, describiendo qué tipo de madre es hoy en día y cómo puede ejercer una maternidad que de cuenta de las reflexiones anteriores.	Hojas de papel blancas y lápices o plumas kleenex	50 min
Cierre de la sesión	Se hará un breve resumen que sintetice las ideas compartidas en el grupo	Expondrán de manera breve sus reflexiones e impresiones del taller.	Ninguno	30 min

Sesión 8: Comunicación para generar acuerdos (papás y mamás)

Objetivo	Actividad a desarrollar		Recursos materiales	Tiempo estimado
	Facilitadores	Participantes		
Encuadre de la sesión	Darán una introducción de las reglas del grupo y la forma de trabajo	Propondrán las reglas para la sesión	Ninguno	10 min
Que cada participante reflexione de sus	Ejercicio grupal: Recursos desiguales (Acevedo, 1998) descrita en Material 3. Se dan las indicaciones de la actividad,	Compartirán su experiencia y aportaran ideas de qué otras alternativas de respuesta o solución puede aplicar al conflicto.	Tijeras, regla, hojas, pegamento en	45 min



respuestas y logre acuerdos	cuando los participantes terminen se dividirán en equipos y		barra, marcadores negros y papel en seis colores. Hoja de Tarea de Recursos Desiguales para cada subgrupo. (Material 4) Sobres grandes para guardar los materiales de cada grupo	
Cierre de la sesión	Se realizará un breve resumen del taller	Al final, cada quien compartirá con qué se compromete en su vida para seguir con su paternidad o maternidad, y llegar a acuerdos entre ellos. Espacio para que las participantes compartan lo que fue significativo del curso.	Ninguno	30 min

MATERIAL ANEXO

Material 1: Identidad Femenina “Ella y los hombres”

Cuando ella tenía cinco años se enamoró de un hombre que se reía y la abrazaba muy, muy fuerte, que la subía sobre sus hombros y le mostraba el mundo desde ahí arriba. Ella pensó que ese hombre era como una montaña y que las montañas no se mueren nunca y que son el sitio más maravilloso del mundo para mirar.



Cuando ella tenía quince años se enamoró de un joven que tenía una frente muy, muy amplia y que la tomaba de la mano para conducirla y le decía que el mundo estaba mal hecho y que había que cambiarlo. Ella pensó que ese joven era como una espada y que las espadas no mueren nunca y que son el objeto más maravilloso del mundo para cambiar la vida.

Cuando ella tenía veinticinco años se enamoró de un hombre que tenía una voz muy, muy potente y que le hablaba de lo mucho que sabía y que le decía que el mundo era un lugar para reproducir la savia y la sabiduría. Ella pensó que ese hombre era como un mar y que los mares no se mueren nunca y que son el medio más maravilloso del mundo para reproducir la vida.

Cuando ella tenía treinta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía un brazo muy, muy firme y que la empujaba casi, subiendo interminables escaleras y que le decía que el mundo era un lugar que había que conquistar peldaño a peldaño. Ella pensó que ese hombre era como un viento y que los vientos no se mueren nunca y que son el aire más maravilloso del mundo para respirar la vida.

Cuando ella tenía cuarenta y cinco se enamoró de un hombre que tenía un pecho muy, muy sólido y que le ofrecida descansar ahí su cabeza y le decía que el mundo era un lugar al que había que enfrentarse con serenidad. Ella pensó que ese hombre era como una roca y que las rocas no se mueren nunca y son la materia más maravillosa del mundo para resistir la vida.

Cuando ella tenía cincuenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía unos ojos muy, muy claros y que la invitaba a mirar lo que él veía y decía que el mundo era un enigma que había que descifrar. Ella pensó que ese hombre era como un libro y que los libros no se mueren nunca y que son la fórmula más maravillosa del mundo para comprender la vida.

Cuando ella tenía sesenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía un oído muy, muy fino y que la escuchaba con mucha atención y que le decía que el mundo era un lugar por el que había que pasar para llegar a la verdadera vida. Ella pensó que ese hombre era como una melodía y que las melodías no se mueren nunca y que son la música más maravillosa del mundo para sentir la vida.

Cuando ella tenía setenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía piernas muy ágiles y que la impulsaba a caminar todavía y le decía que el mundo era un lugar que había que recorrer a paso humano. Ella pensó que ese hombre era como un camino y que los caminos no se mueren nunca y que son el recurso más maravilloso del mundo para andar por la vida.



Cuando ella tenía ochenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía memoria muy rica y que le decía que el mundo era un lugar en el que ella había estado y al que volverían. Ella pensó que ese hombre era como un Dios y que los dioses no se mueren nunca y que son la idea más maravillosa para dar sentido a la vida.

Cuando ella tenía noventa y cinco años conoció a un hombre que apenas veía, apenas oía, casi no caminaba, tenía pocas fuerzas, rara vez hablaba, y no siempre que algo era gracioso se reía. Ese hombre que no se parecía a una montaña ni a unja espada, que no era como el mar ni como el viento, que no le recordaba a las rocas ni a los caminos, que nada decía que sonara como un libro o como una melodía; ese hombre que era nada más que un hombre le preguntó quién era ella. “Y ELLA DESCUBRIO QUE NO LO SABIA”.

www.educarenigualdad.org/media/pdf/uploaded/material/248_creciendo-juntos-y-juntas-pdf.pdf

Material 2: Preguntas de reflexión

- a) **Usualmente las mujeres son educadas para ser para otros y no para ellas mismas:** ¿Qué frases, consejos o enseñanzas recuerdas de tu familia que contribuyen a que una mujer sea educada para los demás?
- b) **Es frecuente que por educación las mujeres hagan invisibles su persona, sus metas y planes sean con otros y/o para otros:** ¿Qué consecuencias tiene en las siguientes áreas?: Laboral, estudios, salud, relaciones amorosas, en la familia, recreación, etc.
- c) **Es frecuente que surja culpa cuando una mujer piensa en sí misma.** ¿Alguna vez te has sentido egoísta o te han dicho egoísta por pensar en ti?, o ¿te han dicho o te has pensado de alguna otra forma que genera culpa por pensar en ti? Comparte tu experiencia.
- d) **Es importante resaltar el proceso de malestar emocional o físico que tienen las mujeres cuando son exclusivamente para otros/as y se anulan como personas:** depresiones, miedos, mal humor, somatizaciones, etc. Comparte algún ejemplo en el que te hayas sentido así al pensar que tus necesidades, sueños o proyectos no son vistos o son categorizados como menos importantes.
- f) **A veces se habla de los hombres y la idealización que se presenta en la lectura de ellos. Es importante recalcar cómo al idealizar la mujer no sólo se hace invisible a ella misma, sino también a ellos:** ¿Qué ideas se hacen de la mujer y hombre al idealizarlos? Esas ideas en qué ayudan y en qué no ayudan.

Adaptadas de del manual “Creciendo juntas y juntos” de Mendoza, Reyes y Reyes (2013)

www.educarenigualdad.org/media/pdf/uploaded/material/248_creciendo-juntos-y-juntas-pdf.pdf



Material 3: RECURSOS DESIGUALES (Acevedo, 1998)

Si se forman más de dos equipos, cada equipo a su vez estará compuesto por 4 subgrupos. Cada Equipo será independiente de los demás equipos y sólo podrán negociar los subgrupos de un mismo equipo. En éste caso el Facilitador solicitará observadores para cada equipo. En el ejemplo que sigue, los sobres contendrán los siguientes recursos cada uno de los subgrupos:

SUBGRUPO 1: Tijeras, regla, bloc de papel, lápices y dos cuadrados de 10 cm de papel rojo y dos de blanco.

SUBGRUPO 2: Tijeras, pegamento, hojas de papel tamaño carta (dos azules, dos blancas y dos doradas).

SUBGRUPO 3: Marcadores y hojas de papel tamaño carta (dos verdes, dos blancas y dos doradas)

SUBGRUPO 4: Hojas tamaño carta (una de cada color: verde dorada, azul, rojo y morado)

I. El Facilitador les pide a los subgrupos que se sienten y les distribuye un sobre con los materiales y una Hoja de Tarea a cada uno de los subgrupos.

II. Les pide que no abran el sobre, hasta que él diga que empiecen la tarea. Entonces les explica que cada subgrupo tiene material diferente pero que todos tienen que realizar la misma tarea. Les señala que deben hacer un trato para el uso del material y herramientas de modo que sea adecuado para todos. Hace hincapié en que el primer subgrupo que termine es el ganador. (Si hay varios equipos, estos también compiten, habrá ganadores tanto de equipos como de subgrupos).

III. El Facilitador da una señal para empezar y tanto el Facilitador como los observadores intentarán observar las conductas de negociación de los subgrupos, de manera que puedan proporcionar retroalimentación durante la fase final.

IV. El Facilitador detiene el ejercicio cuando declara a un ganador de subgrupo y de equipo, posteriormente les puede permitir a los subgrupos que terminen la tarea.



V. Durante la discusión, los participantes pueden hacer observaciones sobre el empleo de los recursos, el compartir, los tratos y la competencia, apoyándose en el Facilitador (y en los observadores) como un consultor externo para que de retroalimentación del comportamiento tanto en forma individual como de los subgrupos.

VI. El Facilitador puede hacer más compleja la tarea y la distribución de los recursos para lograr ajustarse a diferentes niveles y edades del subgrupo. Este ejercicio es adecuado tanto para niños como para adultos. Cuando se usa como herramienta de enseñanza, se pueden bosquejar analogías entre este ejercicio y el modo en que los subgrupos minoritarios o las naciones en desarrollo se relacionan con los poderosos.

VII. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Material 4: Hoja de trabajo de Recursos desiguales

Cada grupo debe hacer lo siguiente:

- Un cuadrado de 7.5 cm por lado en papel blanco.
- Un rectángulo de 10 X 5 cm, en papel dorado.
- Una cadena de papel de cuatro eslabones, cada uno de diferente color.
- Una pieza en forma de "T" de 7.5 x 12.5 cm, de papel verde y blanco.
- Una bandera de 10 x 10 cm, con tres colores diferentes.

El primer subgrupo que termine lo anterior será el ganador. Los grupos pueden hacer tratos o negociar entre sí, para usar el material y las herramientas necesarias para la realización de la tarea, de mutuo acuerdo.

Actividad tomada de:

Acevedo, A. (1998). *Aprender jugando 2*. Limusa: México