



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

VOCES DE MUJERES EN EL DIALOGO A LA LUZ DE LA TERAPIA FAMILIAR FEMINISTA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ANGÉLICA REYES JIMÉNEZ

DIRECTORA DEL REPORTE: **DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN**
COMITÉ TUTORIAL: **MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ**
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO
DR. FLAVIO SIFUENTES MARTÍNEZ

MÉXICO, CD. MX.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
CAPITULO 1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL	6
1.1. Breve panorama de la población mexicana y principales problemáticas	7
1.2. Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica	26
1.2.1. Centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	26
1.2.2. Centro comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”	28
1.3. Cuadro de familias atendidas	30
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO	33
2.1. Modelos que guiaron los casos clínicos	33
2.1.1. Modelo de Terapia Dialógica de Milán	33
2.2. Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos clínicos	42
2.2.1. Terapia familiar feminista	42
2.2.2. Secretos familiares	50
CAPITULO 3. CASOS CLÍNICOS	54
3.1. Caso 1: Familia Vásquez	54
3.1.1. Integración del expediente de trabajo clínico	56
3.1.2. Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica	68
3.1.3. Análisis del sistema terapéutico total	79
3.2. Caso 2: Familia Aguirre	84
3.2.1. Integración del expediente de trabajo clínico	85
3.2.2. Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica	93
3.2.3. Análisis del sistema terapéutico total	102
CAPITULO 4. CONSIDERACIONES FINALES	106
4.1. Resumen de las competencias profesionales adquiridas	107
4.2. Reflexión y análisis de la experiencia	113
4.3. Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional	115
REFERENCIAS	117

RESUMEN

El presente reporte de experiencia profesional hace un resumen del aprendizaje y experiencias adquiridas a lo largo de dos años dentro de la Maestría en Terapia Familiar. Cada eje que integra su estructura da cuenta del desarrollo de habilidades y competencias clínicas, teóricas, metodológicas y de investigación, necesarias en el ejercicio profesional como terapeuta familiar. En el primer capítulo se muestra un panorama general sobre los nuevos escenarios en relación a la configuración de las familias mexicanas contemporáneas. Como consecuencia puede mirarse con claridad una enorme necesidad de fortalecer políticas y programas capaces de hacer frente a las nuevas realidades basándose en modelos interdisciplinarios. La Psicología, la Terapia y particularmente la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, juegan un papel central brindando diferentes alternativas para atender las necesidades. El segundo capítulo presenta la revisión de modelos teórico- metodológicos que guiaron las experiencias y el trabajo clínico realizado con las familias atendidas. Además, se incluye una breve descripción de la dinámica de las familias que guardan secretos y cómo estos influyen en la interacción. En el tercer capítulo se muestra una descripción de las competencias profesionales adquiridas, dando énfasis a las habilidades clínicas terapéuticas y el análisis teórico metodológico que sustenta la práctica. Con la intención de consolidar las competencias y habilidades que caracterizan a la terapia familiar se realizó un análisis detallado del trabajo clínico realizado con dos familias. En el cuarto y último capítulo se incluye un resumen que da cuenta del perfil de egreso y del cumplimiento de los objetivos de la formación, además de presentar una reflexión personal en relación a la experiencia académica y profesional vivida en el proceso de construirme como terapeuta familiar.

Palabras clave: familia, terapeuta, intervención.

ABSTRACT

This report on professional experience summarizes the learning and experiences acquired over two years within the Master's Degree in Family Therapy. Each axis that integrates its structure accounts for the development of clinical, theoretical, methodological and research skills and competences, necessary in the professional practice as a family therapist. In the first chapter an overview of the new scenarios in relation to the configuration of contemporary Mexican families is shown. As a consequence, a huge need to strengthen policies and programs able to face new realities based on interdisciplinary models can be clearly seen. Psychology, Therapy and particularly Systemic and Postmodern Family Therapy, play a central role in providing different alternatives to meet the needs. The second chapter presents the review of theoretical-methodological models that guided the experiences and the clinical work carried out with the families served. In addition, a brief description of the dynamics of families that keep secrets and how they influence the interaction is included. In the third chapter a description of the acquired professional competences is shown, emphasizing the clinical therapeutic skills and the methodological theoretical analysis that sustains the practice. With the intention of consolidating the skills and abilities that characterize family therapy, a detailed analysis of the clinical work carried out with two families was carried out. The fourth and final chapter includes a summary that gives an account of the graduation profile and the fulfillment of the objectives of the training, in addition to presenting a personal reflection in relation to the academic and professional experience lived in the process of building me as a family therapist. .

Key words: family, therapist, intervention.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Desde sus orígenes la Psicología ha buscado, mediante diversas aproximaciones epistemológicas, comprender y explicar al ser humano. Particularmente la Psicología clínica se ha encargado de estudiar nociones respecto a la formación de los problemas humanos y posibles alternativas de solución.

La teoría general de los sistemas, la cibernética de segundo orden, la teoría de la comunicación humana, el constructivismo, el construccionismo social y la perspectiva feminista han sido los pilares que sustentan a la terapia familiar sistémica y posmoderna. Esta rama de la terapia busca comprender los problemas humanos desde la mirada de las interrelaciones,

La terapia familiar sistémica y posmoderna: contempla que existe una interrelación entre individuo, familia y contexto, haciendo posible una mutua retroalimentación; considera la inclusión del observador en el sistema y su participación en el sistema observado, acepta que no hay una sola realidad, sino múltiples realidades construidas mediante el lenguaje y los significados; además busca visibilizar las relaciones jerárquicas y de poder proponiendo un cambio hacia relaciones en condición de equidad.

De lo anterior surgen distintos modelos de intervención terapéutica que han tenido un impacto importante en la comprensión y atención de problemas de salud mental y en específico, de las familias. Entre los principales modelos se encuentran el enfoque estructural, estratégico, terapias breves (centradas en problemas y soluciones), el modelo de terapia dialógica Milán y la terapia familiar feminista. Además, con la influencia del posmodernismo surgen enfoques como la terapia narrativa y los modelos colaborativos.

Con una diversidad de enfoques la terapia familiar sistémica y posmoderna resulta sumamente valiosa como una alternativa que busca dar solución a las demandas de individuos y familias en el contexto mexicano.

CAPÍTULO I

ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

La familia es considerada la unidad básica de la sociedad; entendida como el núcleo fundamental para el desarrollo humano ha sido objeto de investigación de diferentes disciplinas. Por ejemplo, la Antropología y Sociología desarrollaron los primeros estudios que atribuyeron a la definición de familia aspectos como parentesco, matrimonio, estabilidad, reproducción y cohabitación (Giberti, 2005). De acuerdo con Murdock en 1949 se consideraba a la familia como la unidad básica de parentesco cuyas funciones eran fundamentalmente económicas, reproductivas y educativas, mismas que no podían encontrarse en un grupo social distinto (Esteinou, 2008).

Las concepciones tradicionales han definido a la familia bajo un concepto universal, sin embargo, en los últimos años se le ha venido entendiendo más bien como un constructo social que responde a diferentes cambios y carece de estabilidad en sus formas.

En el campo de la Psicología se han realizado estudios sobre la familia definiéndola como un sistema relacional (Hoffman, 2004); estos han dado origen a la terapia familiar donde la familia se entiende como el grupo de adscripción natural de seres humanos ligados o no por lazos sanguíneos que pertenecen y conviven en un mismo espacio compartiendo recursos para subsistir. Este grupo social permite la satisfacción de las necesidades de sus miembros y el desarrollo de sus potencialidades humanas (Macías, 2012). Desde la terapia familiar se entiende que las familias son distintas entre sí, su concepto es complejo y difícil de delimitar pues se encuentra enmarcado en contextos económicos, políticos, culturales y sociales.

Particularmente, en el contexto mexicano las familias presentan diferencias, las transformaciones económicas, demográficas, sociales y culturales que han ocurrido en México durante las últimas décadas han influido de manera importante en su transformación (INEGI, 2015). Es por ello que el terapeuta familiar habrá de conocer cuáles son las

características del campo familiar en el cual incide, por ellos a continuación, se realiza una breve descripción del panorama sociodemográfico de la población mexicana, seguido de un esbozo que presenta los problemas más significativos a los que se encuentra expuesta la ciudadanía.

1.1 Breve panorama de la población mexicana y principales problemáticas

Las familias mexicanas han sido influidas por los cambios demográficos, sociales, económicos, culturales y legislativos; como resultado se ha modificado la composición y dinámica de los hogares en México. A continuación, se presenta un panorama general de las transformaciones sociales más relevantes que se han dado en nuestro país en épocas recientes; los datos se retoman del Consejo Nacional de Población (2015), de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2016), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015, 2016) y del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2015).

Aspectos sociodemográficos

- Distribución por edades

En México residen alrededor de 121.1 millones de personas, de las cuales, el 51.4% son mujeres y 48.6% son hombres, como lo señala la imagen 1. Del total de personas, el 23.3% (28.2 millones), se localizaron en localidades rurales o de menos de 2,500 habitantes; mientras que el restante 76.7% (93 millones) en localidades urbanas o de 2,500 habitantes y más.

De los percentiles por edad se observó una mayor concentración de la población joven que va de los 5 a los 29 años, mientras que hay una disminución de la población de entre 30 y 59 años. La edad media de la población fue de 29 años de edad. La esperanza de vida al nacer es de 77.5 años para las mujeres y 72.7 para los hombres. El proceso de transición demográfica tardío que experimenta nuestro país, tiene como una de sus consecuencias que la estructura poblacional actual presente una mayor proporción de personas en edades productivas (15 a 64 años), respecto de las personas dependientes (menores de 15 años y de

65 y más años), mientras tanto la tasa de fecundidad en las mujeres ha disminuido considerablemente pasando de 7 hijos por mujer a 2.2 en los últimos años.

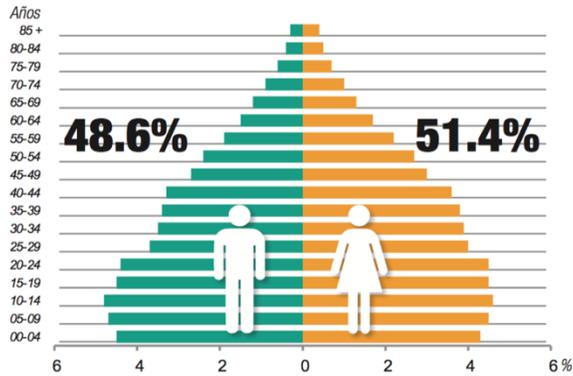
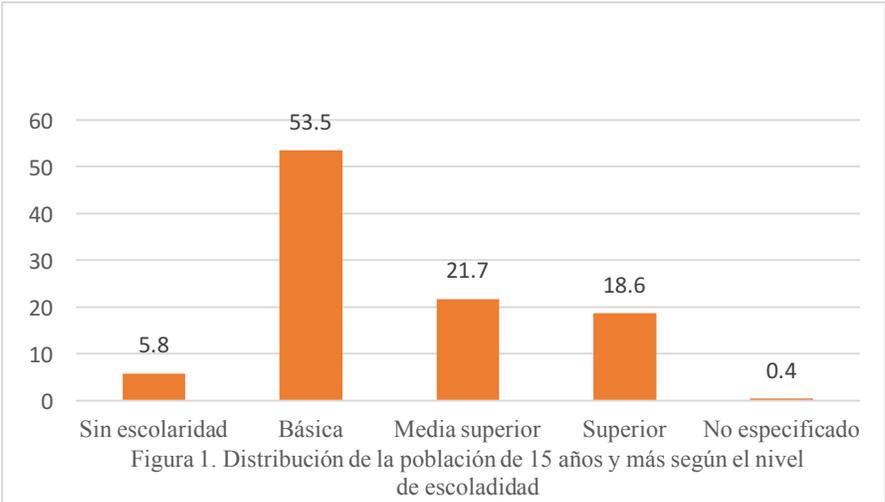


Imagen 1. Pirámide poblacional
Fuente: INEGI. Encuesta intercensal 2015

- Características educativas

De acuerdo con los reportes de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2016), la asistencia a la escuela entre los menores de 3 a 5 años fue de un 62.5%, en los niños de 6 a 11 años asistió el 97.3%, de los adolescentes entre 12 y 14 años fueron a la escuela el 93%, mientras que los jóvenes de 15 a 24 años asistieron 42.8% respectivamente. De acuerdo con los índices globales de escolaridad las cifras señaladas en la Figura 1 indican que un mayor porcentaje de la población cuenta apenas con escolaridad básica, mientras que 5.8% no cuenta con escolaridad.



Respecto la tasa de alfabetización por grupos de edad, el 1.8% de jóvenes entre 15 y 24 no asistieron a la escuela, mientras que en la población mayor de 24 años representó el 7.9%. De las entidades con mayor promedio de escolaridad se encontró la Ciudad de México, mientras que Chiapas fue el estado con menor índice de escolaridad.

Entre los principales motivos por los cuales las personas entre 3 y 30 años no asistieron a la escuela, 36.4% se mencionaron problemas económicos o por trabajo; 32.4% logró su meta educativa, no les gustó estudiar o no quisieron, y 9.7 % se casaron o unieron. Aunque el principal motivo por el cual mujeres y hombres no asistieron a la escuela fue por falta de dinero (33.1% mujeres y 39.8% hombres). Respecto al porcentaje de mujeres que no estudiaron porque se casaron, unieron, o tuvieron un embarazo representó el 20.7%, mientras que el mismo motivo, en el caso de los hombres representó el 7.4%.

En relación a la inclusión de las mujeres en la educación, En años recientes, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), junto con otros organismos subsidiarios de Naciones Unidas, promovió la igualdad entre géneros respecto del acceso a los diferentes niveles de enseñanza formal. De acuerdo con cifras de la Secretaría de Educación Pública (SEP), en el ciclo escolar 2015-2016, 49.9% de los inscritos en el nivel de enseñanza básico en el Sistema Educativo Nacional es una mujer; en el nivel medio existe una ligera pero mayor proporción de mujeres inscritas (50.2%) que hombres (49.8%), en tanto que en el nivel superior 49.3% de las personas que cursan estudios profesionales es una mujer.

Referente al nivel de escolaridad, se distinguen diferencias por sexo, aunque la brecha es relativamente baja. De las personas de 15 años y más, el porcentaje de mujeres sin instrucción es mayor al de los hombres (6.8% y 5.2% respectivamente); para el nivel medio superior la diferencia es de 1.8 puntos entre mujeres y hombres (18.7% y 20.9%, respectivamente) y por último, en el nivel superior difieren en 1.9 puntos porcentuales (16.1% en mujeres y 18% en hombres). En el caso de estudios de normal, técnicos o comerciales, las mujeres duplican el nivel mostrado por los varones (5.4% en mujeres respecto de 2.6% en hombres).

- Situación civil

En 2015 el INEGI reportó que 39.3% de la población se encontraba casada, 34.2% era soltera, 15.4% vivía en unión libre, 4.7% había enviudado, 4.4% se había separado, mientras que 1.6% se había divorciado (Figura 2).

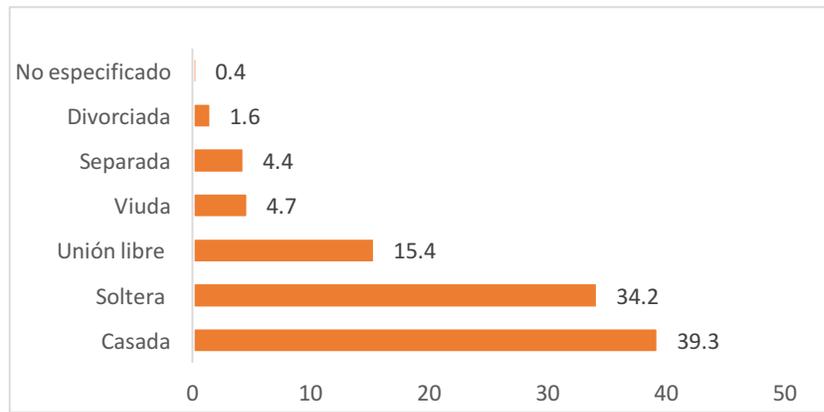


Figura 2. Situación civil de la población mexicana

Es posible que la situación conyugal esté relacionada con la edad, ya que a menor edad en los hombres (15 a 29 años) aumentó el porcentaje (70.7) de soltería, entre los 30 y 59 disminuyó la proporción de solteros y para el grupo de hombres mayores de 60 años, la proporción de casado o unión aumentó (79.9%). Para el caso de las mujeres, ellas se unieron a más temprana edad, siendo la población de entre 15 y 29 años la que representó un 43.8%.

- Tipo de familia

En México el número de hogares ha aumentado, tan solo en 2016 el INEGI señaló alrededor de 31.8 millones. En su composición, 90% de los hogares fueron familiares, es decir, que estuvieron constituidos por personas en las que al menos una tuvo algún parentesco con el jefe(a) del hogar; mientras que 10% fueron hogares no familiares, o que ningún integrante del hogar tenía parentesco con el jefe(a) del hogar.

Los hogares familiares se pueden distinguir de acuerdo a su composición en: 1) Hogares nucleares, los que están conformados por el jefe(a) y cónyuge; jefe(a) e hijos; o bien, jefe(a), cónyuge e hijos; 2) Hogares ampliados, los que están conformados por un hogar nuclear y al menos otro pariente, o por un jefe(a) y al menos otro pariente; y 3) Hogares compuestos, los que están conformados por un hogar nuclear o ampliado y al menos un integrante sin

parentesco. Del total de hogares familiares en 2015, en su mayoría se conformaron por hogares del tipo nuclear (64%), cifra que se incrementó a 70% cuando el jefe del hogar fue hombre y se redujo a 48% cuando fue mujer. Los hogares ampliados se incrementan cuando el jefe del hogar es mujer con 34%, comparado con 20% cuando el jefe del hogar es hombre.

Los hogares no familiares, se agrupan a su vez en: 1) Hogares unipersonales, formados por un solo integrante; y 2) Hogares corresidentes, los que están conformados por dos o más integrantes sin parentesco con el jefe(a) del hogar. En 2015 y a nivel nacional, los unipersonales representaron 9%; de los cuales 7% con jefatura masculina y 15% con jefatura femenina. Por su parte, los hogares corresidentes representaron 1% a nivel nacional.

Respecto a los jefes de hogar, el porcentaje de hogares encabezados por una mujer fue mayor en localidades urbanas que en rurales. A nivel nacional el 27.6% del total de hogares tuvo como jefe del hogar a una mujer; este porcentaje representó el 20.3% del total de hogares residentes en localidades rurales y 29.7% de los hogares en localidades urbanas. La edad promedio del jefe del hogar fue de 48.8 años a nivel nacional, 49.2 años en localidades rurales y 48.7 años en localidades urbanas.

En la composición familiar se encontró que la mayoría está integrada por la/el jefe de familia, cónyuge e hijos (67.0%), mientras que el 75.0% se componen de la/el jefe de familia e hijos, mientras que el 16% se integra por la/el jefe de familia y su cónyuge.

Por otro lado, en promedio se estimaron 3.9 residentes por vivienda; en tanto que cada hogar en promedio estaba constituido por 3.8 integrantes a nivel nacional. Se considera hacinamiento cuando la razón entre los residentes de la vivienda y el número de cuartos de estas sea igual o mayor a 2.5. En 2015, la encuesta estimó que a nivel nacional el 11.9% de los integrantes del hogar se encontraban viviendo en condiciones de hacinamiento. En localidades rurales, este porcentaje representó el 20.1% y 9.4% en localidades urbanas.

Finalmente, los hogares habitaron en un 93.3% en casas independientes en 2015. Aunque este porcentaje en localidades urbanas fue elevado (91.6%); lo fue también el porcentaje de hogares que habitaron en departamento en edificio (6.7%), comparado con los hogares de las localidades rurales, que tan solo representaron el 0.1% en estas viviendas. El porcentaje de

hogares que habitaron en otro tipo de viviendas como: cuartos en azotea, locales no construidos para vivienda, o no especificados, representaron solo el 1.4% a nivel nacional; 0.3% en localidades rurales y 1.8% en urbanas.

Aspectos socioeconómicos

Durante el año 2015 el INEGI reportó que del total de la población de 12 años y más el 50.3% era económicamente activa, de ese total, 56.2% eran hombres mientras que 43.8% eran mujeres. De acuerdo con reportes anteriores de la misma fuente, la participación de las mujeres está siendo cada vez mayor como lo indica la Figura 3, especialmente en el área rural, mientras que en el sector privado y paraestatal son los hombres (56.8%) quienes ocupan mayores espacios. El sector de servicios agrupa mayor cantidad de mujeres 42.6%. sin embargo, a pesar del aumento en el ingreso de la mujer en el área laboral las cifras mostraron que, del personal ocupado remunerado, el 38.3% lo ocupan las mujeres, mientras que el 61.7% lo representan los hombres.

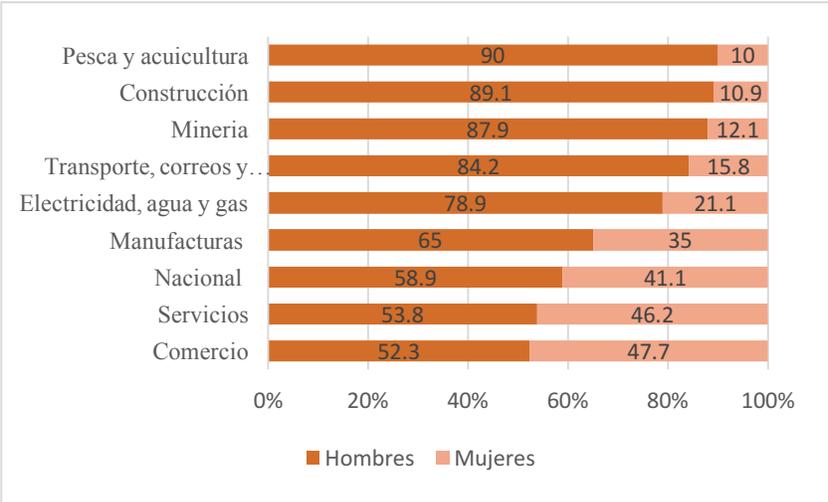


Figura 3. Participación de hombres y mujeres por sector de actividad

En los últimos años (2008-2015) la fuerza de trabajo femenina aumentó su participación en la economía; situación contraria a la participación de los hombres donde se observó un decremento. Como puede observarse en la Figura 4, durante los últimos 25 años la participación de las mujeres pasó de 34.8 a 43.8 por ciento. Esto indica que, aunque sectorialmente la presencia de los hombres es mayor a la de las mujeres, éstas registraron

tasas de crecimiento más elevadas. Al respecto, en la mayoría de las entidades, la tasa de crecimiento registrada para las mujeres en el rubro de personal laboralmente activo fue entre 10.1 y 15.0 por ciento.

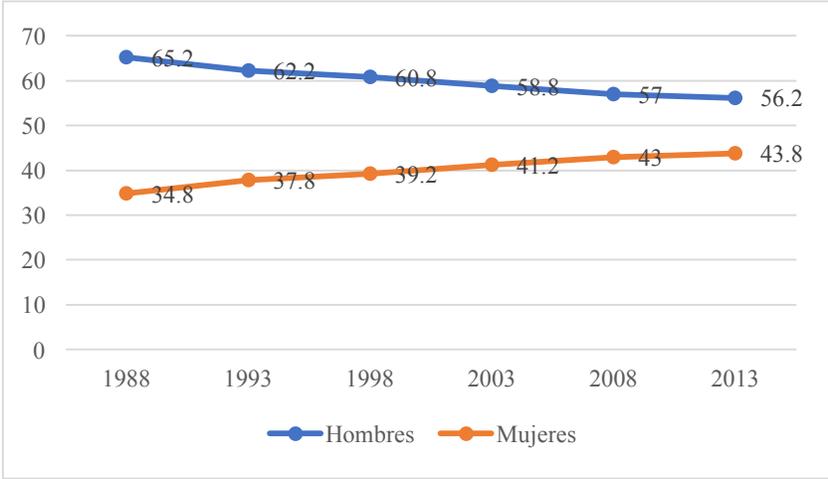


Figura 4. Evolución en la inserción laboral de hombres y mujeres de 1988 a 2013

Del total de los hogares con jefatura masculina, 85.0% contó con un jefe de familia económicamente activo, para el caso de las jefas del hogar, la población económicamente activa fue de 53.4%. la ocupación de estas mujeres se concentró principalmente en el área de servicios y comercio. De esta población el 63.5% no tenía acceso a atención médica mediante el empleo.

La población mayor de 15 años económicamente activa que produce bienes y servicios al país representó el 59.6%; de este total 78% son hombres mientras que 43% son mujeres. De la población activa mayor de 60 años solo una cuarta parte (26.1%) se encontraba pensionada por instituciones como el IMMS, ISSSTE y otras.

La distribución de los sectores en donde trabaja la población mexicana se encuentra de la siguiente forma: 12.9% laboró en el sector primario, 25.3% trabajó en el secundario o industrial, mientras que 61.3% lo hacía en el terciario o de servicios. Poco más de dos terceras partes del total (68.5%) eran trabajadores subordinados y remunerados, 22.2% trabajaban por su cuenta, 4.9% eran trabajadores que no reciben remuneración y 4.4% son propietarios de

los bienes de producción. Cabe señalar que el promedio de horas trabajadas por jornada semanal fue de 43.

Por otro lado, de la población que no era económicamente activa, explicó no laboran por las siguientes causas: 26.8% no encontraron oportunidades de trabajo o no contaban con el perfil para ser contratados; seguido de los casos en que tenían a un familiar bajo su cuidado o se dedican a los quehaceres del hogar (25.2%).

Salud pública

Durante el 2015 se reportó en el país que 82.2% de la población total se encuentra afiliado a algún servicio médico. De esta, 52.4% son mujeres y 47.6% son hombres. La tendencia de la población se orientó hacia la búsqueda de servicios de salud privados, seguida de los que ofrece la Secretaria de Salud y finalmente las instituciones nacionales de seguridad social.

Entre las principales enfermedades que aquejaron a la población se encontró: hipertensión (16.5 millones), diabetes (4.5 millones), enfermedades cardio- vasculares (700 mil) y obesidad (13 millones).

Durante el 2012 se registraron 602 mil muertes de las cuales el 61.9% corresponde a personas mayores de 60 años y más, las principales causas fueron enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitus (16.9%), enfermedades isquémicas del corazón (16.5%). Enfermedades cerebro- vasculares (7%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (5.9%), enfermedades del hígado (4.5%) y enfermedades de hipertensión (4.3%).

- Consumo de sustancias

En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016) se encontró que entre la población de 12 a 65 años el 10.3% ha consumido cualquier tipo de drogas en su vida, de esta población el 2.9% lo hizo en el último año y 1.5% en el último mes. Cerca de 546 mil personas (0.6%) presenta posible dependencia por el consumo de drogas.

El 9.9% ha consumido drogas ilegales alguna vez en la vida (15.8% hombres y 4.3% mujeres); 2.7% las ha consumido en el último año (4.4% hombres y 1.1% mujeres) y 1.4%

en el último mes (2.6% hombres, 0.4% mujeres). Respecto al tipo de droga, el 8.6% ha consumido marihuana, 2.1% en el último año (1.8 millones) y 1.2% en el último mes. Por otro lado 3.5% ha consumido cocaína 0.8% en el último año y 0.4% en el último mes. El consumo de otras drogas ilegales presenta prevalencias iguales o inferiores al 1.1%, de 0.2% en el último año y de 0.1% en el último mes.

La edad de inicio de consumo de drogas es de 17.8 años (hombres 17.7 y mujeres 18.2). De las personas que presentan posible dependencia a drogas en el último año, 20.3% ha asistido a tratamiento (22% hombres y 12.8% mujeres).

Con relación a la prevalencia de drogas ilegales aumentó de 7.2% a 9.9%, la del último año pasó de 1.5% a 2.7% y la del último mes de 0.8% a 1.4% entre 2011 y 2016. El consumo de marihuana pasó de 6% a 8.6% (de 10.6% a 14% en hombres y de 1.6% a 3.7% en mujeres). El consumo de cocaína se mantuvo estable tanto en la prevalencia alguna vez (3.3% y 3.5%) como en el último año (0.5% y 0.8%).

Los datos muestran un incremento en el consumo de marihuana tanto en hombres como en mujeres. El consumo de cocaína se mantuvo estable. Jalisco (15.3%), Quintana Roo (14.9%) y Baja California (13.5) son los estados con las más altas prevalencias.

- Salud mental

El acceso a los servicios de salud mental en el país es reducido, una causa importante es que, del total del presupuesto gubernamental destinado para la salud, aproximadamente solo el 2% es asignado a la salud mental. Además, la ubicación de las instituciones que brindan el servicio se ha centralizado. Aunque la legislación federal pugna por la igualdad en el acceso a los tratamientos y servicios de salud, las barreras geográficas y culturales dificultan la atención plena a la población rural e indígena.

De la población total que requiere de los servicios de salud mental, la mayoría son adultos, mientras que la población de niños y adolescentes va en aumento. La edad de inicio de la mayoría de los trastornos mentales se da en las primeras décadas de vida, el 50% inicia antes de los 21 años. De la población adolescente 24-7% se encontró afectada por uno o más

problemas de salud mental. Los trastornos más frecuentes son: problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como el suicidio.

En 2015, la prevalencia de los trastornos mentales fue de 5 a 18%. En México un aproximado de 15 millones de personas padecen de trastornos mentales, es decir casi aproximadamente, lo que representa una sexta parte de la población. Los trastornos depresivos y por ansiedad son los más comunes. La epilepsia se registró como prevalente 3.7% de la población. En 2015, el 49.6% de las personas de 7 años y más se han sentido preocupados o nerviosos. Por sexo, fueron las mujeres las que presentaron un mayor porcentaje (52.7%) comparado con los hombres (46.2%). Por su parte, se estimaron 95.1 millones de personas de 12 años y más, de las cuales 28.4 millones (29.9%) han sentido depresión en algún momento.

De los trastornos mentales cerca del 9% son de origen neuropsiquiátrico, 10% de los adultos mayores de 65 años sufren cuadros demenciales y 15% de la población de entre 3 y 12 años presenta algún tipo de trastorno mental o de conducta. En la población de 60 años y más cerca del 20% padece alguna enfermedad mental o neural, en dicho rango de edad los padecimientos neuropsiquiátricos como la demencia y la depresión son los más frecuentes.

Psicosociales

- Convivencia

De acuerdo con la ECOPRED en el 2015, en promedio y de lunes a viernes en los hogares biparentales las madres conviven con sus hijos 6 horas y 26 minutos, mientras que los padres lo hicieron 4 horas con 34 minutos. En los hogares monoparentales, el tiempo de convivencia fue de 5 horas 52 minutos en el caso de las madres, y de 5 horas 12 minutos en el caso de los padres. Cabe mencionar que, de las actividades entre padres e hijos, leer un libro o practicar algún deporte juntos fueron las menos frecuentes.

Algunos datos sugieren que 64% de los jóvenes de 12 a 29 años que no son jefes de hogar, vivían con ambos padres; 23% de ellos vivían sólo con sus madres; 3% únicamente con sus padres; y 10% vivían con uno o más parientes adultos (abuelos, tíos, padrastros, hermanos,

primos, etc.). Además, en 36% de los hogares con jóvenes se presentó la ausencia de al menos una figura parental, sobresale el hecho de que los padres están separados, con 40.5%, seguido del fallecimiento de al menos uno de los padres, con 15.1%.

- Violencia hacia la mujer

Se reporta que la población está cada vez más expuesta a situaciones de violencia y las principales víctimas suelen ser los niños, los ancianos y las mujeres, pero las investigaciones realizadas señalan que se concentra sobre todo en estas últimas y que, a nivel mundial, al menos 1 de cada 10 mujeres es o ha sido agredida por algún tipo de violencia (Naciones Unidas, 2016). Las estadísticas internacionales indican que el 75% de las víctimas de actos de violencia cometidos por la pareja son mujeres. Estos datos otorgan al fenómeno características peculiares y remiten a la situación de vulnerabilidad en que se encuentran todas las mujeres, independientemente de su edad o del lugar que ocupan en la estructura socioeconómica.

Específicamente en México durante el 2016 la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los Hogares (ENDIREH) señaló que 43.9% de las mujeres de 15 años o más a nivel nacional fueron víctimas de violencia por parte de sus parejas (Imagen 2); entre los estados con mayor afectación se encontraron el Estado de México (53.3%), Ciudad de México (52.6%), Aguascalientes (49.8%), Jalisco (47.4%) y Oaxaca (46.1%). La menor proporción se presentó en Chiapas (34.9%), Tamaulipas (34.4%), Nuevo León (32.2%) y Campeche (32.1%).

Los datos señalan que poco más de la mitad del total de mujeres de 15 y más (52.3%) que tienen o tuvieron una relación de pareja, ya sea de cohabitación, en matrimonio o noviazgo; ha enfrentado agresiones por parte de su pareja a lo largo de su relación. asimismo 77.55 de las mujeres de este grupo de edad declaró que al menos una vez ha sido agredida por personas distintas a su pareja, ya sea por familiares o extraños en diferentes espacios.



Imagen 2. Violencia hacia las mujeres por entidad
Fuente: INEGI. Encuesta intercensal 2016

De acuerdo con el tipo de violencia el INEGI en 2016 señaló que la sexual (intimidación, acoso sexual, abuso sexual), es la que se presentó con un mayor porcentaje (52,7%) en el grupo de mujeres mayores de 15 años. La misma fuente reveló que la violencia hacia las mujeres dentro del hogar se clasificó de acuerdo al tipo: 59.6% señaló violencia emocional, la económica y patrimonial representó un 17.5%, la violencia física se presentó en un 16.9%, mientras que la violencia sexual representó un 6.0%.

En ese mismo año, en la Ciudad de México, de las defunciones totales ocurridas entre las mujeres jóvenes de 15 a 29 años, el 7.5% fueron por homicidio, lo que representa en este grupo de edad la tercera causa de muerte, de acuerdo a datos del instituto de estadística mexicano. De acuerdo con la causa de agresión dirigida hacia la población femenina, 41 de cada 100 mujeres fueron afectadas por disparo con arma de fuego, 17 de cada 100 fueron agredidas por ahorcamiento, estrangulación y sofocación, mientras que 28 de cada 100 fueron atacadas con algún objeto cortante, el 24.1% restantes, fueron agredidas por otros medios.

En los últimos 25 años ocurrieron un total de 25,455 muertes a causa de agresiones intencionadas, y de ellas 3,201 eran mujeres. El porcentaje de defunciones femeninas por homicidio va en aumento, mientras que durante el periodo de 2007 a 2012 el porcentaje representó un 23.5; en el periodo de 2013 a 2015 se registró un 13.6%.

De las demarcaciones con un mayor porcentaje de feminicidios se encuentra Iztapalapa, Cuauhtémoc, Magdalena Contreras, Gustavo A. Madero e Iztacalco, todas ellas por encima de la media de la entidad.

Los datos anteriores permiten afirmar que toda agresión perpetrada contra una mujer tiene alguna característica que permite identificarla como violencia de género. Esto significa que está directamente vinculada a la desigual distribución del poder y a las relaciones asimétricas que se establecen entre varones y mujeres en nuestra sociedad, que perpetúan la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino. Lo que diferencia a este tipo de violencia de otras formas de agresión y coerción es que el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer.

La violencia de género puede adoptar diversas formas, lo que permite clasificar el delito, de acuerdo con la relación en que ésta se enmarca y el ejercicio de poder que supone, en las siguientes categorías: violación sexual e incesto, acoso sexual en el trabajo y en las instituciones de educación, violencia sexual contra mujeres detenidas o presas, actos de violencia contra las mujeres desarraigadas, tráfico de mujeres y violencia doméstica.

Principales problemáticas que afectan a las familias atendidas

Los datos estadísticos advierten transformaciones económicas, sociales, políticas y culturales, mismas que han impactado en la configuración familiar, la vida doméstica, las relaciones familiares, los roles sociales masculino, femenino e intergeneracionales, la organización del espacio y tiempo familiar. Conocer cómo responden las familias ante las nuevas adaptaciones que exige el contexto es de interés para los terapeutas familiares pues entienden que la familia no es una unidad estática sino en constante movimiento y con diversidad. Es así que el desarrollo de las habilidades terapéuticas va de la mano con las necesidades de la población. A continuación, se menciona un panorama general de las principales problemáticas que presentaron las familias atendidas a lo largo de la formación como terapeuta familiar:

- *Violencia hacia las mujeres*

En los últimos 50 años se han incrementado los casos de violencia reportados. Actualmente el objeto predominante de la violencia continúa siendo la población más vulnerable, niños y mujeres. En el caso de las mujeres, si bien, últimamente se han reportado más casos de violencia doméstica de mujeres hacia hombres, las cifras nacionales muestran que en proporción la violencia hacia las mujeres es alarmante.

En lo que va de 2017, 2 de cada 3 mujeres han sido víctimas de violencia a lo largo de su vida de acuerdo con el INEGI. Respecto a los tipos de violencia la sexual, seguida de la emocional son las más frecuentes. Es necesario hacer algunas acotaciones respecto a las estadísticas, es de suponerse que estas cifras sean aún más elevadas en el plano real, pues el INEGI refleja solo los casos reportados, en ese sentido el número de mujeres que suele enfrentarse a diario con esta problemática podría representar una magnitud aún mayor.

Aunque la incidencia de estos hechos es mucho más alta que las cifras mostradas en los informes oficiales, los estudios del tema permiten inferir su carácter epidemiológico. Es irreductible señalar que el bienestar pleno es un derecho humano que el Estado está obligado a proteger y garantizar por ser una condición esencial en el desarrollo de las sociedades y sobre todo para el individuo.

Es evidente que, si bien las violaciones de los derechos humanos afectan tanto a hombres como mujeres, su impacto y su carácter varían de acuerdo con el sexo de la víctima. Además, la mayoría de las lesiones de los derechos de las mujeres y de las discriminaciones y abusos de los que son objeto se deben específicamente a su condición de mujer. A pesar que existen factores como la etnia, la clase social, la preferencia sexual, las discapacidades y las afiliaciones políticas y religiosas, que inciden en la victimización de la población femenina, en general toda agresión perpetrada contra una mujer tiene alguna característica que permite identificarla como violencia de género.

Se entiende por violencia de género el ejercicio de la violencia que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre varones y mujeres, y que perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino. Ésta se caracteriza por responder al

patriarcado como sistema simbólico que determina un conjunto de prácticas cotidianas concretas, que niegan los derechos de las mujeres y reproducen el desequilibrio y la inequidad existentes entre los sexos. La diferencia entre este tipo de violencia y otras formas de agresión y coerción estriba en que en este caso el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer (Bleichmar, 1985).

A lo largo de la historia, las distintas formas de violencia se han manifestado en las sociedades como producto de la dominación que determinados sectores o grupos ejercen sobre otros (Lagarde, 1996). En este contexto, la violencia de género es un mecanismo social clave para perpetuar la subordinación de las mujeres, puesto que, debido a que el poder se considera patrimonio genérico de los varones, la hegemonía masculina se basa en el control social de lo femenino. Por lo tanto, las violaciones a los derechos humanos de las mujeres se relacionan directa o indirectamente con el sistema de género y los valores culturales dominantes.

Aunque, dolorosamente, la violencia hacia las mujeres no es algo nuevo, la percepción con que hoy se entiende sí, pues recientemente ha comenzado un cuestionamiento que ha llevado a la evaluación de la violencia como algo negativo, en cualquiera de sus expresiones en la vida social. Se hace necesario un análisis el tema desde una mirada de los derechos humanos y desde la equidad de género, con el fin de generar perspectivas que ofrezcan posibilidades de cambios culturales, estructurales, legislativos, etc., que conlleven al respeto de los derechos de las mujeres y cuestionen la inevitabilidad de la violencia en las relaciones de género.

- Uso de drogas

Actualmente son los jóvenes entre 15 y 29 años quienes representan el mayor porcentaje de la población en México (INEGI, 2015), entre los retos que representa esta población una problemática destaca en particular y constituye un importante problema de salud, el abuso de sustancias.

De acuerdo con esa misma fuente de información, hay una relación entre las fuentes de estrés intenso y el abuso de sustancias como el alcohol, la marihuana, los inhalantes, la cocaína,

etc. Las principales fuentes de estrés para esta población se derivan de un ambiente familiar disfuncional, problemas escolares y económicos.

El uso de sustancias como alcohol, tabaco, drogas, ha ido en aumento y cada vez a edades más tempranas, esto constituye un problema de salud pública que afecta a las familias. La ENCODAT (2015) mostró las siguientes tendencias: el uso de sustancias que provocan adicción aumentó significativamente de 2.9% a 6.2%. El consumo de marihuana presentó un aumento significativo de 2.4% a 5.3%. En general, los hombres son quienes presentan puntajes más altos en el consumo de sustancias en comparación con las mujeres. Esta misma encuesta señala que del total de la población que presenta una adicción, pocos son los que reciben algún tipo de tratamiento.

Se estima que el alcohol es la puerta al consumo de otras sustancias como marihuana, cocaína, derivados, heroína, anfetaminas, alucinógenos e inhalantes y se presupone que el consumo va en aumento, lo que pone a jóvenes mexicanos en un medio donde es fácil adquirir drogas y alcohol y donde la educación y prevención de su abuso sigue siendo escasa. Muchas familias se enfrentan ante la problemática de jóvenes dependientes de sustancias que comenzaron su consumo a edades muy tempranas, principalmente por el medio social rodeado de escasos recursos, altos índices de vandalismo y fácil acceso a las drogas.

- Desempleo

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INEGI, 2015) existen más de dos millones de personas que se dedican al empleo informal, cerca del 95% de la población no cuenta con acceso a instituciones de salud, 40% gana menos del salario mínimo.

Hay una tendencia a que el empleo informal para hombres y mujeres concentre una mayor proporción de personas que reciben menores ingresos, principalmente en las categorías de hasta un salario mínimo y entre quienes no reciben ingresos. Los costos del trabajo informal en las familias pueden ser muy altos, como sacrificar el acceso a la salud y la educación/capacitación, inseguridad en general, falta de acceso al crédito, variabilidad y volatilidad de ingresos, falta de beneficios laborales y protección social.

Indudablemente el desempleo es un factor que afecta el desarrollo de las familias de una manera armoniosa entre sus miembros, puesto que el trabajo tiene un significado estratégico en la vida de las personas, les permite el acceso a bienes y recursos sociales. En sí mismo el trabajo es un medio de integración e inserción a la estructura social y brinda identidad social.

Cabe señalar que alrededor de la falta de empleo gira en un menor grado el vínculo con los índices de delincuencia: robos, asaltos, homicidios, secuestros y que se han convertido en una amenaza que vulnera a la población en general. Habría que agregar a la creciente discriminación laboral existente en sus diferentes vertientes, mismas que afecta las condiciones de vida de personas mayores de 40 años, hombres y mujeres jóvenes o con poca experiencia, además de la discriminación a personas con alguna discapacidad.

- Embarazo adolescente

Entre las principales dificultades por las que atraviesan las familias se encuentran las relacionadas con la sexualidad. Cerca del 66% de los adolescentes que tiene su primera relación sexual no usan algún método anticonceptivo, situación que los expone a la probabilidad de contraer alguna infección de transmisión sexual o a embarazos no deseados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece como embarazo adolescente a la condición de maternidad que se produce en edades tempranas; es decir, es aquella gestación prematura que presentan las jóvenes que no han culminado su maduración tanto psicológica como biológica, acentuando así una condición de riesgo no solo por las posibles dificultades durante la gestación y el parto sino porque ello también vulnera su posición en la sociedad.

De acuerdo con la ENADID 2014, una de cada tres (29.2%) mujeres adolescentes del grupo de 15 a 19 años ya inició su vida sexual y 16.4% declararon ser sexualmente activas. Asimismo 44.9% declaró que ella o su pareja no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

La razón principal declarada por las adolescentes que no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, fue porque no planeaba tener relaciones sexuales (32.9%). En segundo lugar, porque quería embarazarse (17.9%). Le siguen, porque no creyó que podría

quedar embarazada (17.4%), no conocía los métodos, no sabía dónde obtenerlos o cómo usarlos (17.1%) y 12.7% declaró otras razones.

De las adolescentes que sí utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, se observa un alto porcentaje de conocimiento de algún método de control natal: 98.4% conoce funcionalmente alguno. Entre los principales métodos conocidos funcionalmente por las adolescentes están: el condón o preservativo masculino (82.7%), la píldora del día siguiente (74.0%) y el implante anticonceptivo (71.3 %). En contraparte, aquellos métodos de los cuales tienen menor conocimiento sobre cómo funcionan están: los óvulos, jaleas o espumas (31.8%), las pastillas anticonceptivas (15.9%) y el parche (14.4 por ciento). Diferenciando por edad, las adolescentes sexualmente activas que en su mayoría no utilizan algún método anticonceptivo son las de 15 y 16 años (57.8% y 49.2% respectivamente). A partir de los 17 años el uso de métodos anticonceptivos se incrementa, siendo las adolescentes de 18 y 19 años quienes más los utilizan (59.8% y 65.6% respectivamente).

Ser padre o madre adolescente suele iniciar una cadena de problemas relacionados con inserción laboral temprana, responsabilidades económicas, menores oportunidades educativas e incluso abandono escolar, así como posibles riesgos biológicos para la madre y para el recién nacido, todo ello sumado a la pérdida de vivencias propias de la adolescencia y a contextos de exclusión y desigualdad. Esta problemática obliga a redoblar esfuerzos para que la maternidad y la paternidad sean una cuestión de elección y no de obligación.

- Nuevas composiciones familiares

La ruptura de una relación de pareja, (por abandono, separación o divorcio) y por lo tanto la disolución de las familias, representa otro problema de direcciones importantes, que actualmente en los servicios de salud mental al trabajar con familias. De acuerdo con las estadísticas, mundiales, las tasas de divorcio tanto en los países desarrollados como los subdesarrollados ha ido incrementando, la ruptura de una relación conyugal generalmente deteriora las condiciones económicas de la madre y de los hijos, a la vez que puede estigmatizar socialmente a la madre, reduciendo su estatus social y limitando el apoyo de redes provenientes de la familia del conyugue.

Las trayectorias de vida de hijos y conyugues después de las rupturas familiares ha ido dando lugar a formas de vida más complejas y a una gama de arreglos muy amplia, entre los que destaca la formación de familias reconstruidas o el surgimiento de los hogares monoparentales (Alarcón, 2011). Además de esto se suma que los padres, más que antes dependen de la asistencia de terceros para poder cumplir con sus obligaciones laborales y familiares, sobre todo cuando las políticas y programas existentes no consideran los diversos tipos de familias que existen o no prestan la atención debida a sus necesidades y derechos.

La terapia familiar sistémica como respuesta a las problemáticas

Como se evidencia en los datos anteriores, los problemas de las familias en general son de diversa índole y la manera en que la sociedad les haga frente, determinará la forma en que se viva el futuro. Si bien, los problemas presentados anteriormente son solo algunos ejemplos de cómo los cambios en las modificaciones del contexto afectan a las dinámicas familiares, advierten sobre los nuevos escenarios alrededor de la configuración de las familias en México.

Resulta innegable la influencia recíproca entre sociedad y familia, por lo tanto, se hace necesaria una transformación que pueda hacer frente a las demandas que el país requiere. Esta transformación habrá de incluir a los servicios de salud mental para que desarrollen métodos efectivos que ofrezcan alternativas de atención para las familias y sus problemáticas actuales.

La terapia familiar sistémica responde a estas demandas convirtiéndose en un espacio de aprendizaje y construcción de nuevos significados en torno a la percepción del problema, de la solución, y un espacio de construcción de alternativas.

La terapia familiar sistémica toma como eje a la familia para incidir en el cambio y la promoción de la salud y bienestar, su enfoque terapéutico es sensible a los distintos contextos en que se desarrollan las familias. Además de brindar servicios eficientes, económicos, efectivos y de corta duración. Esto permite reducir los costos económicos y de tiempo para las familias e incrementar una mayor cantidad de personas que puedan recibir el servicio.

1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica

Uno de los objetivos dentro de la residencia de terapeuta familiar sistémica es que sus estudiantes desarrollen habilidades clínicas y profesionales para dar respuesta a las necesidades de la población, por ello la UNAM ha generado espacios donde se tiene la oportunidad de aplicar los conocimientos teóricos en ambientes reales y de esa forma tener un impacto en las comunidades vulnerables.

Dos de esos espacios son: el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, ambos cubren demandas relacionadas por lo general con problemas de salud pública, particularmente en salud mental, sus características se describen a continuación.

1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

El centro se localiza en Av. Universidad 3004, Cd Universitaria, al interior de la Facultad de Psicología en el edificio D. Fue inaugurado el 8 de mayo de 1981 con el fin de brindar una formación académica supervisada a estudiantes de licenciatura y posgrado pertenecientes a la Facultad de Psicología de la UNAM y dar servicio al público en general. Actualmente es dirigido por la Dra. Noemí Díaz Marroquín.

Dentro de sus objetivos se encuentran el apoyar y fortalecer la formación teórica- práctica de los estudiantes de Licenciatura, Posgrado y Educación continua, todos los programas mencionados se llevan a cabo bajo la supervisión de especialistas en diferentes áreas de la Psicología.

El servicio lo otorgan estudiantes de las diferentes residencias del Programa de Maestría en Psicología (terapia familiar, terapia de adolescentes, neuropsicología, medicina conductual y terapia infantil), alumnos del programa único de especialización, terapeutas asignados al centro, estudiantes de servicio social y de formación en la práctica, voluntarios y estudiantes de doctorado de la facultad de psicología.

Los servicios psicoterapéuticos se brindan bajo diversas aproximaciones teóricas, y se dirigen a niños niñas, adolescentes y adultos, en forma individual, grupal, de pareja y familiar.

El nivel de intervención que proporciona esta sede es secundario y terciario. El proceso para recibir el servicio consiste en llenar una hoja de solicitud que da acceso a una primera entrevista o pre consulta (Tabla 1). Las solicitudes son canalizadas a los diferentes programas existentes en el centro de acuerdo con el motivo de consulta y la información extraída de la primera entrevista. El costo del servicio varía de acuerdo con el nivel de ingresos económicos de los consultantes.

Tabla 1. Servicios del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

<i>Pre consulta</i>	
<i>Evaluación</i>	
<i>Referencia y canalización</i>	
<i>Terapia:</i>	<ul style="list-style-type: none">• Individual• Pareja• Familiar• Grupal
<i>Prevención primaria:</i>	<ul style="list-style-type: none">• Talleres con diversas temáticas

Los motivos de consulta que son reportados con mayor frecuencia por los consultantes son ansiedad, depresión, problemas de pareja, problemas familiares, problemas de conducta en niños y adolescentes, esquizofrenia, trastornos alimenticios y atención psicológica por síntomas derivados de problemas de salud.

El centro cuenta con cuatro cámaras de Gesell, equipadas con sistema de circuito cerrado y videograbación, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas; diez cubículos para trabajo individual y tres cubículos de retroalimentación biológica. Dispone de sala de espera, sala de terapeutas, archivo clínico y trabajo social, espacio de recepción, cubículo para la jefatura del centro y cubículo para la intendencia.

1.2.2 Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

El centro comunitario se localiza en la calle Tecacalo Mz. 21, Lt. 24, Colonia Ruiz Cortines en la delegación Coyoacán. La zona donde se ubica se fundó por migrantes de otros estados del país y de algunas zonas de la ciudad de México, por lo que muchos de sus pobladores tienen origen indígena. El lugar conocido como “los pedregales de Coyoacán” se caracterizó en los años cincuenta por la organización de movimientos que demandaban la regularización de sus predios y la instalación de servicios básicos, lo cual contribuyó a que en el año 1981 se fundara el centro comunitario.

El centro atiende a diversos grupos de edad, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores. Sus dos objetivos principales son: 1) la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado, a través de la participación en alguno de sus programas disponibles (formación en la práctica, servicio social, tesis y residencia de maestrías) donde se combinan la teoría y la práctica; 2) el servicio a la comunidad vinculado y contextualizado a las problemáticas reales que enfrentan mediante la prevención o la intervención. Actualmente se encuentra dirigido por la Mtra. Verónica Ruiz González.

Su misión consiste en brindar a estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde una perspectiva psicosocial. De su visión menciona el lograr que a través de la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado se logre incidir en las principales problemáticas que afectan a la comunidad.

Integrándose a alguno de los programas se busca crear puentes entre teoría, práctica y ejercicio profesional, así los estudiantes pueden aplicar sus conocimientos para resolver problemas de la comunidad contando con la guía del personal académico a cargo.

En cuanto a las actividades que se contemplan, el centro cuenta con profesionales de diversas orientaciones clínicas y especialidades que dan servicio a nivel individual, familiar y grupal. Además, ofrece diversos espacios para llevar a cabo las principales actividades que en él se realizan. Cuenta con dos cámaras de Gesell equipadas con sistema de circuito cerrado y

videgrabación, salón de usos múltiples, sala de lectura, siete cubículos, sala de cómputo, sala de juntas, oficina para la jefatura del centro, área de recepción y sala de espera.

Quienes acuden al centro son los vecinos de la misma colonia o de comunidades aledañas, en su mayoría pertenecientes a sectores con bajos recursos socio- económicos y con escolaridad básica. Entre sus principales problemáticas, se reportan: problemas de pareja, separación, infidelidad, problemas de organización familiar, violencia familiar y en la pareja, abuso sexual y depresión.

Basándose en las demandas de la población y en las problemáticas más frecuentes, el centro ha desarrollado cinco programas para dar alternativas a éstas, en la Tabla 2 pueden observarse.

Tabla 2. Programas del centro comunitario y sus líneas de atención.

<i>Promoción de la salud mental</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela para padres y madres • Habilidades para la vida en adolescentes
<i>Adicciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Adicciones y violencia
<i>Género y violencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y atención de violencia • Grupo de reflexión de mujeres
<i>Psicología escolar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en contextos escolares • Sala de lectura y escritura • Enseñanza inicial de lectoescritura (EILE) • Programa alcanzando el éxito en secundaria (PAES)
<i>Servicio terapéutico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistémico • Gestalt • Cognitivo- conductual • Infantil • Psicodinámico

Fue en estas sedes que a lo largo de 4 semestres de formación como terapeuta familiar se atendió un total de 68 familias. Los solicitantes del servicio fueron trabajadores o estudiantes de la UNAM, referidos de otras instituciones y público en general. La modalidad de atención comprendió tres tipos: familiar, de pareja e individual. Respecto a los modelos terapéuticos fue oportuno el uso de cada uno de los modelos aprendidos durante la residencia. A continuación, se presentan un cuadro de casos clínicos que contiene los datos sobre las familias atendidas en un periodo de dos años.

1.3 Cuadro de familias atendidas

Sede: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

No. caso	Iniciales del caso	Modalidad de atención	Modelo	Terapeutas	Participación	No. de sesiones	Motivo de consulta	Status del proceso	Supervisor(a) del caso
1.	J. R.	Familiar	Estratégico	María de la Luz L. y Ricardo Carranza	Equipo	3	Disfemia	Baja	Dra. Luz María Rocha
2.	J. G.	Familiar	Estratégico	María de la Luz L. y Ricardo Carranza	Equipo	4	Problemas escolares	Baja	Dra. Luz María Rocha
3.	M. G.	Individual	Estratégico	Victoria Hernández y Anayanci Alvarez	Equipo	9	Separación de pareja, violencia	Alta	Dra. Luz María Rocha
4.	S. E.	Individual	Estratégico	Victoria Hernández y Anayanci Alvarez	Equipo	1	Secreto familiar	Alta	Dra. Luz María Rocha
5.	A. C.	Individual	Estratégico / Colaborativo	Lucía Pérez y Vianey Gutiérrez	Equipo	27	Separación de pareja	Alta	Dra. Luz María Rocha/ Mtra. Nora Rentería
6.	P. R.	Familiar	Integración de Modelos	Lucía Pérez y Ricardo Carranza	Equipo	14	Crisis familiares/ problemas de salud	Alta	Dra. Noemí Díaz
7.	Fam. S.	Familiar	Estructural	Vianey Gutiérrez y Paola Nares	Equipo	13	Duelo - Estructura familiar	Alta	Dra. Noemí Díaz
8.	A. T.	Familiar	Integración de Modelos	Vianey Gutiérrez y Paola Nares	Equipo	16	Comunicación con hijos	Alta	Dra. Noemí Díaz
9.	I. V.	Individual	Integración de Modelos	Lucía Pérez y Ricardo Carranza	Equipo	6	Abandono	Alta	Dra. Noemí Díaz
10.	Fam. N.	Familiar	Integración de Modelos	Paola Nares y Vianey Gutiérrez	Equipo	1	Comunicación madre - hijo.	Baja	Dra. Noemí Díaz
11.	P. y M.	Pareja / Individual	Integración de Modelos	Victoria Hernández y Anayanci Alvarez	Equipo	16	Violencia en pareja, celos	Alta	Dra. Noemí Díaz
12.	Fam. V.	Familiar	Integración de Modelos	Angélica Reyes y María de la Luz Lozada	Coterapeuta	7	Secreto familiar y ansiedad	Alta	Dra. Noemí Díaz
13.	Fam. I.	Familiar	Integración de Modelos	Angélica Reyes y María de la Luz Lozada	Coterapeuta	9	Organización familiar	Alta	Dra. Noemí Díaz
14.	R. y F.	Pareja	Soluciones / Milán	Ricardo Carranza	Equipo	12	Dificultad comunicación	Baja	Dra. Carolina Díaz-Walls
15.	E. G.	Familiar	Estructural/ Milan	Paola Nares	Equipo	31	Consumo de Alcohol/ Esquizofrenia en hijo	Alta	Dra. Carolina Díaz-Walls
16.	Fam. S.	Familiar	Estructural	Angélica Reyes	Terapeuta	5	Limites madre-hija.	Baja	Dra. Carolina Díaz-Walls
17.	D. D.	Individual	Terapia Breve MRI	Victoria Hernández y Vianey Gutiérrez	Equipo	1	Control de enojo	Baja	Mtra. Miriam Zavala
18.	I. G.	Individual	Terapia Breve MRI	Victoria Hernández y Vianey Gutiérrez	Equipo	7	Separación de pareja	Alta	Mtra. Miriam Zavala
19.	F. y M.	Pareja	Centrado en soluciones	Vianey Gutiérrez, Victoria Hernández, Ricardo Carranza y Lucía Pérez	Equipo	8	Problemas sexuales de pareja, infidelidad	En proceso	Mtra. Miriam Zavala
20.	I. y M.	Pareja	Centrado en soluciones	Angélica Reyes, Paola Nares, María de la Luz Lozada y Anayanci Alvarez	Coterapeuta	8	Infidelidad en la pareja	En proceso	Mtra. Miriam Zavala

21.	J. y K.	Pareja	Integración de Modelos	Vannesa Guzmán, Anayanci Alvarez y Lucía Pérez	Equipo	26	Violencia en la pareja	Alta	Mtra. Vannesa Guzmán
22.	G. A.	Individual	Milán	Vianey Gutiérrez	Equipo	3	Relación con hijo	Alta	Mtro. Gerardo Reséndiz
23.	Fam. R.	Pareja	Milán	Paola Nares y Gerardo Reséndiz	Equipo	6	Infidelidad, celos y confianza	Alta	Mtro. Gerardo Reséndiz
24.	S. A.	Familiar	Milán	María de la Luz Lozada	Equipo	2	Relación madre-hijo, estructura familiar	En proceso	Mtro. Gerardo Reséndiz
25.	Fam. G.	Familiar	Colaborativo	Anayanci Alvarez y Lucía Pérez	Equipo	14	Problemas de salud en la familia, violencia	Baja	Mtro. Gilberto Limón /Dr. Flavio Sifuentes
26.	Fam. T.	Familiar	Colaborativo	Angélica Reyes y Victoria Hernández	Coterapeuta	12	Estructura familiar y conducta de adicción	Alta	Mtro. Gilberto Limón /Dr. Flavio Sifuentes
27.	Fam. R.	Familiar	Colaborativo	Angélica Reyes	Terapeuta	3	Duelo por separación	Alta	Mtra. Nora Rentería
28.	H. H.	Individual	Narrativa	Vianey Gutiérrez	Equipo	4	Problemas de pareja, autoestima	Alta	Mtra. Nora Rentería
29.	Fam. V.	Familiar	Narrativa	Paola Nares	Equipo	10	Límites madre- hijo	Alta	Mtra. Nora Rentería
30.	L. y E.	Pareja	Narrativa	María de la Luz Lozada	Equipo	2	Problemas de pareja	Baja	Mtra. Nora Rentería
31.	R. V.	Individual	Narrativa	María de la Luz Lozada	Equipo	3	Depresión, ansiedad	Baja	Mtra. Nora Rentería
32.	M. y D.	Pareja	Sesión única	Ester	Equipo	1	Problemas de pareja, separación	Alta	Mtra. Nora Rentería
33.	D. J.	Individual	Sesión única	Nora Rentería	Equipo	1	Separación de pareja	Alta	Mtra. Nora Rentería
34.	P. R.	Individual	Sesión única	Karla	Equipo	1	Depresión, toma de decisiones	Alta	Mtra. Nora Rentería
35.	D. S.	Individual	Sesión única	María de la Luz Lozada	Equipo	1	Ansiedad y toma de decisiones	Alta	Mtra. Nora Rentería
36.	L. H.	Individual	Sesión única	Paola Nares	Equipo	1	Celos en la pareja	Alta	Mtra. Nora Rentería
37.	J. A.	Individual	Sesión única	Ricardo Carranza	Equipo	1	Tristeza por separación	Alta	Mtra. Nora Rentería
38.	D. G.	Individual	Sesión única	Lucía Pérez	Equipo	1	Relación madre-hija.	Alta	Mtra. Nora Rentería
39.	L. P.	Individual	Sesión única	Anayanci Alvarez	Equipo	1	Relaciones familiares	Alta	Mtra. Nora Rentería
40.	G. F.	Individual	Sesión única	Vianey Gutierrez	Equipo	1	Orientación sobre su hijo	Alta	Mtra. Nora Rentería
41.	A. N.	Individual	Sesión única	Victoria Hernández	Equipo	1	Control de enojo	Alta	Mtra. Nora Rentería
42.	S. y E.	Pareja	Sesión única	Anayanci Alvarez	Equipo	1	Comunicación en la pareja	Alta	Mtra. Nora Rentería
43.	Y. C.	Individual	Sesión única	Angélica Reyes	Terapeuta	1	Ansiedad y toma de decisión	Alta	Mtra. Nora Rentería
44.	A. H.	Individual	Sesión única	Paola Nares	Equipo	1	Duelo por separación de pareja	Alta	Mtra. Nora Rentería
45.	B. y R.	Pareja	Integración de Modelos	María de la Luz Lozada y Ricardo Carranza	Equipo	1	Infidelidad, celos y violencia	Baja	Dr. Flavio Sifuentes
46.	L. Z.	Individual	Integración de Modelos	María de la Luz Lozada	Equipo	1	Violencia en la pareja	En proceso	Dr. Flavio Sifuentes

Sede: Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”

No. caso	Iniciales del caso	Modalidad de atención	Modelo	Terapeutas	Participación	No. de sesiones	Motivo de consulta	Status del proceso	Supervisor(a) del caso
47.	M.C.C.R.	Individual	Modelo Narrativo	Angélica Reyes Jiménez y Anayanci Alvarez Sevilla	Coterapeuta	10	Duelo por pérdidas familiares	Alta	Mtra. Martha López Zamudio
48.	M.A.	Individual	Integración de Modelos	Enrique Vázquez Quiroz	Equipo	8	Depresión	En proceso	Mtra. Martha López Zamudio
49.	L.M.	Individual	Integración de Modelos	Enrique Vázquez Quiroz	Equipo	5	Dificultad relacionarse	En proceso	Mtra. Martha López Zamudio
50.	D.	Individual	Integración de Modelos	Alejandra Martínez San Juan	Equipo	2	Ansiedad	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
51.	I. y E.	Pareja	Integración de Modelos	Alejandra Martínez San Juan	Equipo	7	Falta de confianza	En proceso	Mtra. Martha López Zamudio
52.	D.S.V.	Individual	Narrativa	Angélica Reyes Jiménez	Terapeuta	3	Celos en la pareja	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
53.	L.P.	Individual	Integración de Modelos	Anayanci Alvarez Sevilla y Enrique Vázquez Quiroz	Terapeuta	3	Proceso de separación	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
54.	V y F	Pareja	Modelo Centrado en Soluciones	Angélica Reyes Jiménez y Anayanci Alvarez Sevilla	Coterapeuta	14	Relación de pareja	Alta	Mtra. Martha López Zamudio
55.	E.F.V.G.	Individual	Modelo Centrado en Soluciones	Angélica Reyes Jiménez y Anayanci Alvarez Sevilla	Coterapeuta	12	Síntomas asociados a depresión y ansiedad	Alta	Mtra. Martha López Zamudio
56.	C.I.P.G.	Individual	Estructural	Angélica Reyes Jiménez y Anayanci Alvarez Sevilla	Coterapeuta	4	Relación de pareja	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
57.	B.E.G.	Individual	Integración de Modelos	Angélica Reyes Jiménez y Anayanci Alvarez Sevilla	Coterapeuta	1	Duelo por muerte de un familiar	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
58.	C.D.A.	Individual	Modelo centrado en problemas	Angélica Reyes Jiménez	Terapeuta	4	Separación de la pareja	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
59.	M.C.M.P	Individual	Modelo centrado en Soluciones	Angélica Reyes Jiménez y Enrique Vázquez Quiroz	Coterapeuta	1	Duelo por separación	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
60.	S.S.	Individual	Modelo centrado en Soluciones	Angélica Reyes Jiménez y Anayanci Alvarez Sevilla	Coterapeuta	1	Duelo	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
61.	S. R.	Individual	Modelo Centrado en Soluciones	Anayanci Alvarez Sevilla	Equipo	19	Relación de pareja	Alta	Mtra. Martha López Zamudio
62.	R y S	Familiar	Estructural	Anayanci Alvarez Sevilla	Equipo	1	Problemas de conducta en hija	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
63.	C.R.	Individual	Integración de Modelos	Alejandra Martínez San Juan y Ambrocio Velasco Crispín	Equipo	1	Violencia/Problemas en relación de pareja	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
64.	M.C.G.	Individual	Integración de Modelos	Ambrocio Velasco Crispín	Equipo	1	Relaciones familiares	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
65.	R.G.	Individual	Integración de Modelos	Alejandra Martínez San Juan	Equipo	1	Episodio depresivo/ansiedad	Baja	Mtra. Martha López Zamudio
66.	H y M	Pareja	Integración de Modelos	Alejandra Martínez San Juan	Equipo	2	Relación de pareja	En proceso	Mtra. Martha López Zamudio
67.	P.F.	Individual	Integración de Modelos	Elizabeth Aldrete Rivera	Equipo	13	Violencia intrafamiliar	Alta	Mtra. Martha López Zamudio
68.	A.D.	Individual	Integración de Modelos	Elizabeth Aldrete Rivera	Equipo	9	Limites-Estructura familiar	Alta	Mtra. Martha López Zamudio

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Modelos que guiaron los casos clínicos

A continuación, se presenta una breve descripción de la historia, principales representantes, postulados, técnicas de intervención y consideraciones finales sobre los modelos y temas que sustentan el trabajo realizado en los casos clínicos que se presentaran en el capítulo 3. La elección del marco conceptual responde a las particularidades de las problemáticas presentadas por familias.

2.1.1 Modelo de Terapia Dialógica de Milán

El trabajo del grupo de Milán tuvo sus inicios alrededor del año de 1971, en el Centro de Estudios para la Familia, en un principio estuvo formado por Mara Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin. Previamente Selvini comenzó un trabajo estudiando a las familias de las chicas anoréxicas desde un enfoque psicoanalítico, sin embargo, más tarde a medida que las ideas del grupo fueron evolucionando, los métodos cambiaron, así como el foco del proceso terapéutico, incluso la forma de concebir el problema y a las familias (Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003).

Así a principios de los 80's se dio una ruptura epistemológica entre los miembros del equipo, por un lado, Selvini y Prata dieron mayor énfasis a su trabajo en la investigación, centrándose en la prescripción invariable y buscando generar hipótesis válidas para todas las familias con miembros esquizofrénicos; mientras que por el otro, Boscolo y Cecchin, se enfocaron hacia la enseñanza de nuevas formas terapéuticas lo que tuvo fuertes implicaciones en su trabajo, conjuntamente continuaron con el uso de las hipótesis y su adaptación a cada familia, cuestionando la utilidad de nociones como patología y normalidad (Boscolo et al., 2003).

Antecedentes

A continuación, se describe brevemente cada una de las etapas que formaron parte del proceso en el surgimiento del enfoque de Milán y la evaluación de estas ideas en la contemporaneidad (Boscolo et al., 2003; Reséndiz, 2010; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

Fase psicoanalítica: los inicios del grupo se pueden remontar a la época de 1967, año en el cual Mara Selvini conoce a Boscolo y Cecchin, al tiempo que los invita a formar parte de su equipo que hasta entonces se enfocaba hacia el trabajo con pacientes anoréxicas y sus familias. A lo largo de esta etapa, el grupo realiza sus investigaciones desde la mirada del psicoanálisis, sin embargo, debido a los resultados poco alentadores obtenidos por este método, deciden modificarlo. De esta etapa resalta que, dada su formación psicoanalítica, el lenguaje analógico es foco de atención para el análisis de la comunicación en las familias.

Fase estratégico-sistémica. Es aquí donde el grupo comienza a utilizar como fundamento el Modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute, la Teoría de la Comunicación Humana y algunas de las ideas de Gregory Bateson. Podría decirse que este periodo les permitió desarrollar muchas ideas, una de las más importantes fue ver al individuo como parte de un sistema, sin embargo, el terapeuta seguía posicionándose desde la cibernética de primer orden, es decir, en la cibernética del sistema observado, lo que implicaba que el observador estaba separado de la entidad que observaba; aquí el foco de análisis eran los patrones de interacción. En relación a los métodos, se hace uso de la connotación positiva, los rituales y las paradojas; el momento más importante de la sesión es el cierre, pues estaba cargado de un mensaje sumamente importante. La concepción del problema giraba en torno a la concepción de un juego familiar.

Es en esta fase donde Selvini y Prata sostienen la idea de entender a la dinámica familiar como un juego de reglas que debían ser develadas mediante el uso de la prescripción invariable, mientras que Boscolo y Cecchin se familiarizan más con las ideas de Bateson. Estas diferencias denotan una ruptura epistemológica que lleva al grupo a seguir caminos distintos.

Fase Batesoniana: en esa fase, Boscolo y Cecchin desarrollan su trabajo en el Centro Milanese di Terapia della Famiglia en Milán, en ese momento se encuentran más orientados por las ideas acerca de que la realidad es una construcción y no existe una única forma de entenderla, de crearla o de vivirla. Con la publicación de “*Pasos hacia una ecología de la mente*” de Bateson, el grupo de Milán comienza a hacer cambios al intentar transferir la epistemología cibernética a la práctica clínica, es decir, se retoma la distinción entre mapa y territorio, las categorías lógicas de aprendizaje, el concepto de mente como sistema, y de sistema como mente, la noción de epistemología cibernética y la introducción de la semántica.

Esta mirada llevada a la terapia implica que no haya una única forma de pensar las sesiones o la práctica, más bien, existen guías que permiten cuestionar y construir realidades, sin llegar nunca a una única verdad. Estas tres guías son descritas como: *hipótesis* (elemento básico para organizar y buscar la información además de ser una guía durante el proceso), *neutralidad* (entendida como curiosidad, que guía al terapeuta a mantener un interés por conocer al sistema) y *circularidad* (entendida como la retroacción en la que se encuentran sostenidos los distintos miembros del sistema, incluido el terapeuta. La circularidad también implica el reconocimiento de que la familia y el terapeuta co- evolucionan).

De las influencias de Bateson; Boscolo y Cecchin continúan su propia investigación y su formación en terapia familiar sistémica incorporando el concepto de ecología de las ideas, que concibe a la mente no dentro de un individuo, más bien situada en todo el sistema. Por lo tanto, para entender una parte del sistema se precisa un contexto y un marcador de contexto, pues sin contexto no hay significado y los significados yacen en el contexto, este pensamiento lleva a la idea de que todo está en relación. En este sentido entender los significados es el foco de atención para el trabajo con las familias, conocer cuáles son las *premisas* por las que se guía el sistema y las puntuaciones que dan sentido a su realidad. Las premisas articulan una visión del mundo compartida entre la familia. En ese sentido la familia es entendida en términos de relación, así, el terapeuta busca conocer las pautas interaccionales, los pensamientos, las ideas y emociones a través de *preguntas circulares* o preguntas que conectan.

En la Fase constructivista, al conocer las ideas de Humberto Maturana y Heinz Von Foerster, Boscolo y Cecchin dieron cuenta de que su pensamiento estaba orientado hacia las ideas constructivistas. Este encuentro les hizo visible que el paso de los sistemas observados a los sistemas observantes, incluye un proceso de auto-reflexividad (cibernética de segundo orden). Además, el terapeuta ya no es quien dirige los procesos, más bien, introduce elementos de complejidad (contenido, actos lingüísticos, episodios, relaciones, biografía interna y modelos culturales) en el análisis de los sistemas. Aquí la terapia comienza a destacar el intercambio de información, emoción y significado entre terapeutas y clientes, bajo el entendido de que el lenguaje es la puerta para transformar realidades.

En la Fase posmoderna (construccionista social/ post Milán), se incorporan nuevos elementos a la complejidad, poniendo mayor énfasis en el lenguaje, las historias y las construcciones sociales. Surgen conceptos como la *irreverencia*, entendida como la tendencia del terapeuta a no tener una sola concepción de los conceptos y ampliar su visión hacia nuevas posibilidades para el sistema. Pudiera decirse que el papel del terapeuta es multiplicar el número de opciones posibles para el sistema. La visión terapéutica se torna hacia las premisas epistemológicas, es decir hacia los valores de referencia o los principios que orientan tanto a la familia como al terapeuta (Fruggeri, 1992)).

Se reconoce que los *prejuicios* están presentes y son inherentes a la existencia humana, así lo importante no es negarlos, sino reconocerlos para abrir posibilidades o entender de qué forma las propias construcciones pueden ser útiles en el proceso. Puede decirse que reconocer nuestros prejuicios es un acto de responsabilidad terapéutica que permite reconocer una posición dentro del sistema (Cecchin, Lane y Wendel, 1997).

Se voltea a ver al *tiempo* como un elemento que da sentido a las relaciones, a los individuos, a las culturas y a las sociedades. La noción de tiempo muestra como los sistemas humanos que producen síntomas y sufrimiento tienden a enjaularse en historias deterministas. En sus narraciones el sufrimiento puede ser visto como una expresión incoherente que al ser re-narradas tienen la posibilidad de ser autores de historias positivas para sí mismos que disminuyan o le den sentido al sufrimiento (Boscolo y Bertrando, 1996).

La Fase dialógica coloca su mirada en el espacio relacional, político y discursivo entre las personas. Se amplía una vez más la visión para concentrar la atención en la posición del terapeuta dentro del sistema, hay un primordial interés por la construcción de la relación terapéutica y la terapia se constituye en un acto principalmente dialógico. Esta nueva forma de entender el hacer terapéutico muestra una incorporación de las ideas que a lo largo de diferentes etapas han evolucionado y continúan, acorde a sus ideas, integrando elementos.

Premisas fundamentales

Como se mencionó con anterioridad, el enfoque de Milán ha delineado los fundamentos que permiten entender y llevar a cabo el hacer terapéutico. Estos son descritos en el famoso artículo publicado en 1980 “*Hipótesis, circularidad y neutralidad: tres directrices para la conducción de la sesión*” (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985).

La *hipótesis* se entiende como el punto de partida del terapeuta para conocer a la familia, tienen la función de conectar los datos provenientes de la escucha y la observación. Las hipótesis no son falsas o verdaderas, más bien son útiles al momento de obtener información y funcionan como una guía durante el proceso sirviendo como puentes de información, significados y acciones que surgen en el diálogo. Las hipótesis se plantean con relación al problema central de la familia y se dirigen hacia la búsqueda de la comprensión de las relaciones familiares manteniendo una interacción recursiva entre terapeuta y consultante. Las hipótesis ayudan a que cada conversación provea de un valor informativo que resulte útil para ampliar los horizontes de la familia. Es importante que toda hipótesis formulada incluya a cada miembro de la familia y proporcionar una suposición relativa del funcionamiento relacional (Ugazio, 1985; Cecchin, 1989).

El planteamiento de hipótesis sistémicas y el uso de la retroalimentación es lo que caracteriza a la *circularidad*, entendida como la capacidad del terapeuta para rastrear información acerca de las relaciones, las diferencias y el cambio; así como la capacidad para construir las intervenciones a partir de la retroalimentación que proporciona la familia. Esta circularidad evita caer en la trampa de la “hipótesis verdadera” lo que llevaría a cerrar y volver rígido un discurso. La circularidad orienta hacia la búsqueda de diferencias con apoyo del interrogatorio circular (Selvini, et al., 1980; Cecchin, 1989).

Así, el *interrogatorio circular* es fundamentalmente relacional, permite conocer las relaciones entre los miembros de la familia, moverse y tejer construcciones entre el pasado, presente y futuro en relación al problema, abarcando diferentes taxonomías de preguntas: de definición del problema, de secuencias de interacción, de comparación, clasificación e interventivas. Por lo tanto, el interrogatorio circular es una herramienta útil en la generación de hipótesis e intervenciones, pero también proporciona a la familia la oportunidad de verse a sí misma de una manera sistémica (Selvini, et al., 1980; Cecchin, 1989).

Por *neutralidad* se entiende la capacidad del terapeuta de no tomar partido por ninguno de los integrantes de la familia y de no preferir ninguna evaluación. Cuanto más asimila el terapeuta la epistemología sistémica, más interesado está en conocer desde una mirada curiosa y menos en hacer juicios moralistas de cualquier clase; el hecho de emitir un juicio cualquiera, sea de aprobación o de desaprobación, implica hacer una alianza con alguna de las partes (Selvini, et al., 1980). Posteriormente Cecchin (1989), redefinió la neutralidad como un estado de curiosidad generado en la mente del terapeuta, encaminada a explorar e inventar visiones alternativas.

El grupo de Milán desarrolla los conceptos de hipótesis, circularidad y neutralidad como parte de la influencia de la epistemología sistémica, sin embargo, desde su visión, el pensamiento lineal no es forzosamente “incorrecto”, pues es visto como un precursor de la mirada circular, si bien, representa solo un segmento o un pedazo de la complejidad, el terapeuta centra su atención en las conexiones entre estos segmentos (Ugazio, 1985).

De Maturana se retoma la idea de que la realidad emerge en el lenguaje a través de un consenso, es decir, la realidad se construye y por lo tanto se vive en un multiverso, es por ello que este enfoque tiene especial sensibilidad por el uso del lenguaje, las metáforas, la retórica y la hermenéutica. Estas ideas que son cada vez más cercanas al constructivismo y a la posmodernidad han llevado al Modelo de Milán a considerar aspectos como:

El *contexto y el significado*, es decir las acciones y los comportamientos adquieren sentido dentro de una red cultural de significados y solo pueden entenderse dentro de este espacio. El *sistema significativo* permite definir la índole del problema retomando los elementos que

interactúan cuando el problema está presente, esto incluye personas o instituciones (Fruggeri, 1992; Reséndiz, 2014).

El terapeuta vuelca su mirada hacia sí mismo asumiendo una *posición autoreflexiva* sabiéndose parte del sistema y al mismo tiempo teniendo una mirada como si estuviera fuera de ese contexto (Boscolo y Bertrando, 1992).

Se consideran las *premisas*, valores de referencia o principios que sostienen el actuar de las familias y la forma en que perciben su realidad. En ese sentido se tiene la visión de que, si la premisa cambia, esto afectará el comportamiento familiar y se producirá un cambio de segundo orden (Cecchin, Lane y Ray, 1998).

De la *irreverencia* vista como una posición que le permite al terapeuta actuar liberado de la ilusión de control, se busca promover la incertidumbre de los patrones y premisas rígidas que constriñen a la familia, esto en dos direcciones, hacia la familia y hacia las premisas del mismo terapeuta (Cecchin, Lane y Ray, 1998).

Otro aspecto fundamental es reconocer los prejuicios, pues dado que son inevitables, se hace una constante invitación a reconocerlos y a utilizarlos de manera útil en la terapia. El terapeuta aprende dos tareas, 1) dudar de ellos contantemente y 2) lidiar con ellos simultáneamente (Cecchin, Lane Y Wendel, 1997).

La dimensión temporal adquiere un carácter no lineal sino una red en la que se encuentran significados que están en relación con momentos pasados, presentes o futuros, es en las oscilaciones del *tiempo* que estos significados pueden variar, para ello, el anillo reflexivo, que considera la relación recíproca entre pasado, presente y futuro, es un medio para el entretrejimiento de nuevas atribuciones de los eventos, las expectativas, los proyectos, las memorias, etc (Boscolo y Bertrando, 1992; 1996).

El *respeto* es una postura que permite al terapeuta mantenerse curioso e interesado, por entender a las familias. Respetar en terapia involucra una mirada no patologizante hacia los comportamientos, sino una mirada más global por entender las elecciones de las personas desde sus circunstancias. El respeto también implica escuchar y reconocer al otro en su discurso (Cannova, 2005).

Proceso terapéutico del Modelo Sistémico Relacional de Milán

De acuerdo con la epistemología que da base al modelo de Milán, el proceso terapéutico se constituye de tal forma que sus principios se ven reflejados. Uno de esos principios es la idea de Bateson de que la familia es un sistema estructurado a partir de la retroalimentación, con base en ello, el terapeuta dirige la atención hacia crear una relación con la familia manteniendo una posición auto reflexiva de su propio actuar y comprendiendo la posición que ocupa dentro del sistema (Cecchin, Lane y Ray, 1998).

Lo anterior hace posible que el terapeuta, se plantee como una unidad dentro del sistema terapéutico que influye al observador y a lo observado, terapeuta y consultante contribuyen de manera activa para darle sentido al sistema.

En relación al rol del terapeuta, Boscolo y Bertrando (1996) hacen mención de los siguientes presupuestos teóricos y prácticos en los que se basa la terapia dialógica de Milán:

- El terapeuta mantiene una postura activa y empática que le permita escuchar a los consultantes transmitiendo su propia postura emotiva.
- Mantener la curiosidad resulta fundamental para la evolución del proceso terapéutico, ello impide encasillarse y dejar de advertir las diferencias durante el proceso.
- La postura positiva facilita el proceso pues facilita una mayor aceptación de los consultantes y el establecimiento de la relación,
- El interés en el dialogo interno y externo del consultante permite ser sensibles a las ideas, palabras y emociones de la persona en relación a sí mismo y sus sistemas de pertenencia, así como en el sistema terapéutico.
- Conciencia de que la visión que se tiene al interior del sistema terapéutico no es objetiva pues se encuentra influenciada de premisas, experiencias y teorías.
- Mantener una visión polifónica, es decir, contar siempre con puntos de vista diferentes, construir una mente colectiva ayuda al terapeuta a mantener un proceso continuo de retroalimentación.
- Crear un contexto relacional de deuterio- aprendizaje, es decir, de aprender a aprender, en el cual los consultantes puedan encontrar sus propias soluciones y posibles salidas de los problemas.

Estrategias y técnicas

Esta orientación no considera una única forma de hacer terapia, por lo que más que técnicas, el enfoque utiliza en toda la sesión una postura que orienta a la familia hacia el cambio como se indica en la Tabla 3 (Tomm, 1987; Boscolo, et, al., 1985).

Tabla 3. Técnicas de intervención

Intervenciones	Objetivo y características
<i>Prescripciones directas</i>	Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas o ritualizadas.
<i>Connotación lógica</i>	Cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. Lo que se connota no es el síntoma en sí, más bien sino las conductas que se relacionan con el cambio o la eliminación de un síntoma. A partir de lo anterior se busca que la familia se relacione con formas alternativas que otorgue alternativas que sustituyan al síntoma.
<i>Redefinición</i>	Modificación de la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia.
<i>Preguntas</i>	Se hacen preguntas (lineales, circulares, estratégicas, reflexivas, sugerentes, etc.) con la finalidad de obtener información, no solo para el terapeuta sino al mismo tiempo para el cliente, las preguntas buscan introducir nueva información, así como establecer nuevas conexiones entre ideas, significados y comportamientos. Las diferencias pueden contribuir al cambio de epistemología, de las premisas personales y del sistema de creencias de las personas.
<i>Rituales</i>	Evidencian el conflicto entre las reglas verbales de la familia y las reglas analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento en vez de una reformulación hablada con un posible insight.
<i>Dialogo</i>	Se trata del intercambio reciproco de significados, entre el terapeuta y cliente. Es decir, la conversación misma.
<i>Deconstrucción y construcción</i>	En el proceso de hipotetización, el terapeuta conecta los elementos emergentes en el dialogo formulando una hipótesis (construcción) y verifica la plausibilidad de la hipótesis a través de preguntas circulares que provocan respuestas de las cuales emergen otros nuevos elementos (deconstrucción), que a su vez llevaran a otras nuevas hipótesis.
<i>Reformulación</i>	Se busca resumir parcialmente lo que ha dicho el cliente, pero de un modo distinto, que considera las ideas del terapeuta en el momento observando al mismo tiempo el efecto sobre el cliente, en el sentido de cerciorarse si ha sido aceptado como reformulación.
<i>Palabras clave</i>	Palabras dotadas de un alto sentido de polisemia, mismas que dan al terapeuta la posibilidad de evocar del modo más eficaz más de un significado. Se usan las palabras del cliente y además su lenguaje analógico.
<i>Visión polifónica</i>	Se busca contar con puntos de vista distintos, invitando a voces que pueden estar presentes en el espacio terapéutico (dentro de la sesión o al otro lado del espejo), así como voces que no se encuentran presentes que forman parte del sistema significativo.

2.2 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos clínicos

Como se mencionó, el presente trabajo presenta la incorporación de dos casos clínicos que se atendieron durante la formación como terapeuta familiar. Ambos casos fueron abordados desde la equidad de género. Por ello en el siguiente apartado se realiza un breve análisis de los temas considerados pertinentes para contextualizar el abordaje terapéutico llevado a cabo con las familias.

2.2.1 Terapia Familiar Feminista

En el campo de la salud mental autoras como Irene Meler (1998), Mabel Burin (1990) y Dio Bleichmar (1985), entre otras, han reflexionado y analizado la manera en que la condición femenina de subordinación conlleva a un “malestar” psíquico en las mujeres.

Investigaciones (Castro, 1987) señalan la existencia de ciertos aspectos que prevalecen en los motivos de consulta clínica de las mujeres, las constantes son: conflictos en la relación amorosa, maltrato recibido por su pareja, problemas con los hijos relacionados con su actuar como madre, estados depresivos por trabajos desarrollados en la esfera exclusiva del hogar y la maternidad, estrés e insatisfacción relacionados con la dificultad de insertarse en los ambientes públicos. Estas categorías contrastan con los motivos por los cuales los hombres acuden a pedir apoyo, en su caso están relacionados con la necesidad de satisfacer expectativas sociales propias de la virilidad que en ocasiones conllevan a actos de suicidio, accidentes, muertes violentas, abuso de drogas o cuestiones laborales.

La perspectiva feminista se ha volcado sobre el análisis de estas diferencias. Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, (1989) definen al feminismo como un movimiento filosófico que ha evidenciado la forma en que las mujeres han sido blanco de opresión y desigualdad de poder; pone de manifiesto que la estructura patriarcal no permite a estas condiciones de igualdad, respecto a sus derechos, oportunidades de desarrollo, individualidad, autonomía, etc.

La familia es uno de los ejes centrales para explicar estos mecanismos por tres razones: 1) es la transmisora de normas y valores culturales; 2) el ámbito familiar es considerado un

dominio exclusivo para las mujeres y 3) es al interior de esta institución donde se aprenden los significados sobre lo masculino y lo femenino (Goodrich, et al., 1989).

Profundicemos en este tema; el género no atiende a una cuestión biológica o de orden “natural”, es una construcción y un convenio que obedece a intereses sociales, culturales y políticos iniciados en la época industrial (Rocha y Díaz, 2005; Goodrich, et al., 1989). Esto significa que la división por género es un asunto cuestionable por las implicaciones de desigualdad que ha marcado entre hombres y mujeres.

La bifurcación entre lo masculino y lo femenino es un valor cultural dentro de una sociedad patriarcal, las normas han estipulado que la identidad de las mujeres sea definida mediante los roles de ama de casa y madre, mientras que los hombres definen su identidad fungiendo el rol de cuidador y proveedor (Meler, 1998; Goodrich, et al., 1989). Al igual que el género, los conceptos de “maternidad” y “ama de casa” no son instituciones que desde los primeros tiempos hayan existido, son más bien, constructos sociales que atienden a intereses.

Otra implicación de estas normas culturales es que las mujeres -amas de casa y madres- hayan sido confinadas al hogar, atravesando por sensaciones de aislamiento, sufrimiento y degradación. La imagen de ama de casa feliz y cuidada viene a ser cuestionada por el feminismo argumentando que el hogar no resulta enriquecedor para las mujeres y lo que es peor, ni siquiera les proporciona un espacio de seguridad y cuidado. Las mujeres al interior del hogar, quedan enclaustradas al poder que sobre ellas tienen sus maridos, lo que ha reforzado la idea de que la mujer pertenece a su esposo y por lo tanto él tiene todos los derechos sobre ella (Goodrich, et al., 1989; Lamas, 1986).

La familia transmisora de estas normas y valores sociales educa a hombres y mujeres con base en el estereotipo de los roles de género. De acuerdo con Lamas (1986) y Lagarde (1996), los estereotipos de género les han imputado a los hombres tareas que tienen que ver con el reconocimiento y un mayor estatus; lo masculino es representado por la fuerza, protección y provisión a la familia; quedan vinculados así con el poder, la determinación, la seguridad. Ese estereotipo de género invita a los hombres a mantener funciones periféricas en la familia, con poca inclusión en los espacios de crianza y labores domésticas, etc.

Por otro lado, las mujeres han quedado subordinadas; son ellas quienes “deben” preocuparse y satisfacer las necesidades de los demás, mantener el bienestar familiar, ocuparse de la salud de todos, antes que del suyo mismo. Para alcanzar estos objetivos la vida de las mujeres es sometida a expectativas impuestas que exigen cumplir con su deber de amor y abnegación. Además, para cumplir fielmente con su papel del rol femenino, la maternidad, se configura como la máxima meta a alcanzar o el punto culminante de su realización como mujer. De esta forma se espera que lo femenino logre conciliar exigencias de la vida familiar, ámbito que demanda no solo el cuidado y la crianza de los hijos, además, llevar a cabo las labores domésticas y el buen funcionamiento del hogar (Goodrich, et al., 1989; Lamas, 1986; Lagarde, 1996).

Esta organización excluye la posibilidad de igualdad y reciprocidad entre los sexos, prediciendo polaridades entre las posibilidades de cada uno, subordinando a las mujeres de tal forma que no pueden tener elecciones reales (Burín, 1990).

Como bien lo señalan Goodrich, et al., (1989), al interior de la familia los estereotipos de roles de género son aún más evidentes pues el papel del hombre es el de padre y “jefe de familia” mientras que la madre queda confinada a ser la “guardiana” del bienestar de quienes conforman el hogar. Algunos de los supuestos que guían estas tareas basadas en el género son: a) los hombres tienen la creencia de que poseen el privilegio y el derecho de controlar la vida y el cuerpo de las mujeres; b) las mujeres creen que son responsables de todo lo malo que acontece en la familia, como una responsabilidad personal de que las relaciones marchen bien; y c) las mujeres creen que los hombres son esenciales para su bienestar. Respecto a estas creencias, la perspectiva feminista (Lagarde, 2003) pone en claro que seguir estos estereotipos oprimen y limitan los deseos, las expectativas, la conducta y el desarrollo de los individuos.

De la visión de género también se desprende el concepto de “familia normal”, descrita bajo la lógica de la división de tareas mediante los roles de género donde la madre es ama de casa y el esposo sale a trabajar. El concepto de “familia normal” contribuye a fomentar la posición oprimida de la mujer pues en primer lugar se ve privada de experimentar aspectos de sí misma, por cubrir las expectativas que se esperan de ella; además la excluye del acceso directo a recursos valiosos como ingreso monetario, autoridad y estatus; su trabajo dentro del

hogar es desvalorizado además de ser sobrecargado. En general resulta común observar que la mujer entregada al ámbito de la familia se olvida de su desarrollo personal (dejando familia, amigos, nombre, ocupación, aficiones, etc.), adaptándose a las necesidades del marido; mientras que ellos continúan acrecentando su desarrollo y bienestar (Goodrich, et al., 1989).

La mirada feminista viene a cuestionar la idea de la familia normal pues anula la diversidad de estructuras familiares y constriñe a la mujer a un lugar de poco reconocimiento. (Goodrich, et al., 1989; Ramos, 2002).

Sobre la propuesta de la terapia familiar feminista

Desde el paradigma feminista, lo primordial es el desarrollo de cada mujer concebido como la construcción de los derechos humanos de las mujeres en la vida propia. Ello implica una transformación compleja de la sociedad y la cultura para construir la convivencia de mujeres y hombres sin supremacía y sin opresión. La perspectiva es la de trastocar el orden del mundo patriarcal, cuestionar sus estructuras, visibilizar las relaciones jerárquicas y construir un convenio social que acoja a todos los sujetos en condiciones de equidad (Lagarde, 2003).

Desde los planteamientos de la filosofía feminista surge la Terapia Familiar Feminista como una crítica a los fundamentos de la Terapia Familiar. Esta nueva visión cuestiona: ¿Cómo es posible que los terapeutas familiares no tuvieran plena conciencia de la socialización basada en el género?, ¿Cómo se podría haber pasado por alto dentro del campo, la tendencia a estereotipar los roles sexuales en la formación de la familia?, ¿Qué sucedía con las mujeres en terapia cuando esto no era visto?, ¿Es la familia un lugar seguro y acogedor para ellas? (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Estas preguntas de reflexión llevaron a cuestionar como la Terapia Familiar considera la situación del poder como un error epistemológico, pues concibe a los elementos de un sistema conectados en el mismo plano de ejercicio del poder (Bateson, 1972; Haley, 2008). Dentro de la Terapia Familiar no se han observado las implicaciones de roles de género y no se han evaluado los efectos en la estructura y dinámica familiar; además se ha aceptado la idea

tradicional de la familia nuclear basada en la división de género. Lo peligroso de que la terapia familiar no se cuestione este asunto, estando parada en una cibernética de segundo orden, implica que incluso la terapia pueda ser escenario para la reproducción de los ejercicios de poder y desigualdad que traen implícitos los roles de género (Goodrich, et al., 1989).

Como respuesta, las terapeutas feministas impulsaron la incorporación del género como una categoría de análisis importante en la terapia (Walters, et. al, 1991), argumentando que intervenir con las familias sin considerar el contexto social, económico y político implica que nuestra práctica de cabida a que las mujeres sigan siendo oprimidas (Goodrich, et al., 1989).

La Terapia Familiar Feminista es resultado de combinar los valores de la teoría feminista con los valores de la terapia familiar, su objetivo es cuestionar y analizar la forma en que los roles de género y los estereotipos afectan a 1) cada miembro de la familia, 2) las relaciones entre los miembros de la familia, 3) las relaciones entre la familia y la sociedad, y 4) las relaciones entre la familia y el terapeuta. (Goodrich, et al., 1989).

Las principales características de esta terapia son las siguientes:

- Hace un crítica a la sociedad y al sexismo en los modelos médicos y de salud tradicionales postulando la necesidad de replantear los problemas de las mujeres en términos de la influencia de factores sociales, culturales y políticos.
- Supone que el cambio individual y el cambio sociopolítico están ligados indisolublemente, por lo que fomenta en sus clientes el involucramiento en acciones sociales y políticas.
- Invita a que los clientes sean conscientes de la condición social y política en la que se encuentran, de tal forma que se favorezca un arreglo entre la situación social y las demandas de los otros.
- Busca fortalecer la autonomía emocional y económica.
- Invita a que los clientes den prioridad a sus necesidades y se alienta a que planteen metas y objetivos personales.

La terapia familiar feminista tiene como fondo tres principios éticos: 1) Lo personal es político; es decir una patología no surge únicamente de manera intrapsíquica sino en un contexto. 2) Equidad en la relación terapéutica; orientando al cliente a considerarse experto de sí mismo, balanceando el poder mediante la empatía y el respeto mutuo, cuestionando los conceptos de mujer y feminidad previamente valoradas como negativas. 3) Valorar la feminidad; buscando la reconstrucción de lo masculino y lo femenino, cuestionando y redefiniendo las características socialmente atribuidas (Remer y Worell, 1992).

Lagarde (2003) agrega que la ética está basada en la sororidad, es decir un pacto entre mujeres que conduce a la búsqueda de construir acciones específicas para la eliminación social de todas las formas de opresión; constituye el apoyo mutuo para lograr el empoderamiento femenino. Como terapeutas, la terapia familiar feminista nos invita a realizar una auto-observación para dar cuenta de cómo pensamos y cuáles son nuestras ideas y significados acerca del género, del papel de las mujeres y de nuestra responsabilidad para generar cambios (Ravazzola, 2003).

Considerando lo anterior, los terapeutas que se dirigen bajo esta perspectiva habrá que colocarse en la crítica constante de los roles tradicionales de género y alentarán a las personas en los espacios terapéuticos a explorar la relación entre sus “problemas” y las orientaciones del género.

El terapeuta hace una combinación de actitudes y aptitudes que podrían considerarse mutuamente excluyentes. Esto es, el terapeuta ejerce autoridad, manifiesta competencia y fija límites a la vez que demuestra empatía, sensibilidad, respeto, protección y escucha atenta (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Para lograr esto el terapeuta cuenta con técnicas que surgen específicamente de esta aproximación y de la incorporación de otras corrientes teóricas. Aunque es importante señalar que la terapia familiar feminista no es un conjunto de técnicas sino una posición política y filosófica que han inspirado a una metodología terapéutica misma que no busca rescatar o culpabilizar.

En síntesis, la metodología en la práctica de la terapia familiar feminista busca: 1) usar el sí mismo en la terapia como modelo de conducta humana no tan limitado por los estereotipos de género. 2) crear un proceso por el cual el empleo de técnicas acrecienta a la familia a buscar nuevas posibilidades, 3) realizar un análisis de los roles de género en la familia, 4) usar el análisis para orientar a que la familia cuestione sus pautas de conducta estereotipadas (Goodrich, et al., 1989).

De acuerdo a esto, la postura terapéutica dentro de la terapia familiar feminista, resulta acorde con las necesidades que surgieron en la consulta clínica, siempre procurando una congruencia con los principios éticos que propone esta orientación. Como resultado su método se orienta a: 1) El análisis del rol de género. Que consiste en favorecer la concientización de cómo la sociedad tiene expectativas diferentes para cada uno de los sexos y cómo se diferencian durante el proceso de socialización. 2) El análisis del poder en las relaciones. Apoyado en dos proposiciones: la conciencia de las diferencias de poder que existen entre hombres y mujeres; y el fortalecimiento que resulta al tener conciencia de cómo afectan en sus vidas (Remer y Worell, 1992).

A la par de esto, las intervenciones son guiadas bajo los siguientes principios (Goodrich, et al., 1989):

- Todos los hombres y las mujeres son responsables de la calidad de la vida conyugal y familiar.
- Las “buenas” relaciones no se caracterizan por una definición rígida y diferenciada de los roles, sino por la mutualidad, la reciprocidad y la interdependencia.
- Las pacientes que son informadas sobre el origen y la significación de sus carencias adquieren claves para su liberación.
- Todas las personas responsables de fomentar el crecimiento de sus hijos, están encargadas tanto de educarlos como de ayudarlos a ser competentes en el mundo.
- La estructura familiar no tiene por qué ser jerárquica para llevar a cabo las funciones familiares; en cambio ha de ser democrática, sensible y consensual.
- El respeto, el amor y la seguridad necesarias para el óptimo desarrollo y goce humano son igualmente posibles en diferentes constelaciones familiares.

- Tienen que buscarse por igual la conexión y la autonomía, cada una de ellas es una condición necesaria para la otra.
- El poder, como el hasta ahora ejercido por los hombres, padres y maridos será reemplazado por otra actitud; la de brindar bienestar hacia los demás y lograr el bienestar propio.

Finalmente cabe señalar que la aplicación en México de la Terapia Familiar Feminista implica un reto, por las condiciones socio-políticas de nuestro país. Sin embargo, vivimos en un siglo de revoluciones sociales, lo cual nos ofrece la posibilidad de cambiar las reglas y transformar nuestras vidas, proyectando acciones de equidad, libertad y respeto. Así, los lentes de la Terapia Familiar Feminista permiten sacar a la luz los rasgos negativos de esta sociedad construida sobre conceptos restringidos sobre las capacidades de mujeres y hombres.

No resulta sencilla la tarea de crear un contexto en el que podamos definir con mayor autenticidad nuestros deseos como seres humanos, pero esta posibilidad comienza por poder distinguir cuáles son nuestros malestares y cómo es la forma en que, si queremos ser, y esa es una posibilidad que es alumbrada en el ejercicio de la terapia familiar feminista.

2.2.2 Secretos Familiares

La historia familiar se va construyendo en la relación intersubjetiva de individuos que comparten una misma dimensión espacio temporal, y que participan en un vínculo significativo. A lo largo de la genealogía familiar, es posible participar en la historia vivida o relatada, pero también en esa parte de la historia que no ha sido develada, que no ha sido nombrada; cuyo ocultamiento puede convertirse un síntoma al interior de la familia ((Imber Black, 1998)).

Dentro del ámbito clínico, se encuentra a menudo, familias portadoras de secretos familiares y como terapeutas incidimos en conocer los orígenes que han llevado al ocultamiento y los efectos que esto ha traído a la dinámica familiar. Por otra parte, en la terapia, los secretos familiares pueden considerarse como un punto de conexión para la escucha clínica, pensando el espacio terapéutico como un escenario privilegiado de reconstrucción y resignificación de la historia; de reparación y de momentos de subjetivación.

El secreto familiar como una forma de relación

El valor de un secreto es relacional, porque se forma y mantiene en una relación, porque sus efectos son intersubjetivos y porque un contenido será develado a cada instante en la relación, de alguna manera (Imber Black, 1998). Cobra valor más que el secreto mismo, la persona que lo porta y la manera cómo se refleja en una relación intersubjetiva. En términos generales, puede ser considerado un ‘síntoma de la relación’ y se podría agregar que no sólo representa de qué modo es esa relación, sino que da cuenta, además, de su vulnerabilidad.

Las familias son sistemas de apoyo donde se forja la identidad, así como la capacidad de formar relaciones estrechas entre las personas. En una familia que guarda secretos comienzan a formarse vínculos que son mediados por la falta de confianza y comunicación (Imber Black, 1998).

- Formación de un secreto

Generalmente el secreto se forma a partir de un evento traumático, que, según las explicaciones de algunos autores, es mantenido principalmente por dos razones: a) por la incapacidad estructural del sujeto de hacerle frente, convirtiéndose en un primer momento en un indecible, o b) para defenderse del sufrimiento propio y evitar el sufrimiento a los demás.

Según Andolfi (2007) los secretos familiares se forman en momentos críticos del ciclo vital. Así tenemos distintos hechos ligados a crisis no normativas del desarrollo de una familia, hechos en su generalidad traumáticos por la conmoción individual y familiar que generan y por la potencial incapacidad del núcleo familiar o incluso de la sociedad de hacer frente a éstos reconociendo el sufrimiento que conllevan.

- Función del secreto familiar

El secreto familiar cumple con ciertas funciones, dentro de las cuales está la función defensiva o lo que se conoce como “secreto a voces”, en donde se busca manipular la realidad (Andolfi, 2007). Por otra parte, tiene una función de dar sentido a la realidad (Tisseron, 1995), es decir, se hace necesario para comprender ciertas conductas o comportamientos que fuera del marco del secreto, solo podrían ser consideradas como extravagancias de uno o más miembros de la familia.

Respecto de la propia naturaleza del secreto, puede decirse que “malentender la realidad” es también una función del secreto, en tanto se descalifica a quien pueda dar cuenta de la incongruencia que porta el secreto, asegurándose la manutención del secreto en las relaciones actuales y en las de las siguientes generaciones.

- Efectos del secreto familiar

Los efectos que han sido descritos respecto de la existencia de un secreto son además funcionales a la mantención del secreto, es decir, el secreto cumple la función de mantener una dinámica familiar, lo que en ocasiones lo hace perpetuarse en el tiempo.

La existencia de un secreto tiene efectos en las relaciones interpersonales de quienes lo comparten o lo padecen, ya sea porque saben de su existencia, o porque lo desconocen. En

términos generales: afecta la confianza (Imber Black, 1998); afecta la adaptación a cambios de la vida familiar y el desarrollo de sus miembros (Pincus & Dare, 1982); produce sufrimiento y distancia entre quienes son afectados (Andolfi, 2007); puede ser uno de los factores que contribuyan al padecimiento de trastornos mentales en el miembro que permanece excluido del conocimiento del secreto pues le genere una distorsión de la realidad, vivencias de confusión, descalificaciones, y contradicciones (Selvini, 1994).

Independientemente de la posición teórica desde donde se definan los efectos de un secreto, puede decirse que las implicaciones siempre se sitúan en un contexto intersubjetivo, pues es en la relación con otro donde estos se configuran y despliegan.

El secreto como organización estructural relacional

Podemos decir que el secreto tiene una conformación particular que comprende en su constitución dos dimensiones: 1) aquella referente al contenido, entendido éste como el evento o experiencia que ha debido o querido ocultarse, y 2) aquella referente a la estructura del secreto, es decir, la forma en que el contenido se expresa.

Entonces tenemos que el secreto no es solamente un hecho doloroso que se ha intentado mantener en el silencio, sino también un modo de funcionamiento que pretende ocultar aquello que es tapado por el vacío.

Pensar en la dimensión relacional de la existencia del secreto, más allá del contenido que éste conlleva, implica situarnos en las dinámicas relacionales y en la posición de los integrantes de una familia, o de las figuras involucradas en éste. La palabra secreto tiene su origen en el latín “secernere” que significa “separar o aislar”, lo que adquiere un sentido desde una mirada sistémico relacional pues el secreto crea organizaciones relacionales específicas.

En la familia o en cualquier grupo, cuando un miembro guarda un secreto comienza a trazar una especie de división que lo mantiene alejado de aquellos que quedan excluidos del secreto. Cuando el secreto es compartido por más miembros de la familia, éste actúa como un vínculo de complicidad, quienes comparten el secreto se sentirán muy unidos a su cómplice o cómplices, lo que, a su vez, los excluye y separa de los otros miembros y de otras relaciones.

Al mismo tiempo el efecto de prologar la develación de un secreto potencializa los daños y las heridas.

Imber- Black (1998) explica que la revelación del secreto familiar es una forma de comenzar a reparar los efectos que éste ha traído en las relaciones, por lo que la develación de estos no debe mirarse como una traición, sino como una necesidad (de liberación) y de comenzar a establecer una nueva forma de organización basada en la confianza

La función del secreto familiar en la relación terapéutica

Trabajar con un secreto familiar tiene consecuencias particulares en el establecimiento de un clima de colaboración y alianza de trabajo con el terapeuta (Imber-Black, 1993). En la terapia individual el cliente elige qué va a revelar y qué no; sin embargo, en la terapia familiar, cada miembro de la familiar no puede controlar lo que otros decidan decir y cada uno de los participantes está expuesto a lo que otros decidan desvelar. Al igual que los miembros de la familia no puede esquivar un secreto vergonzoso cuando alguno de ellos decide destaparlo, el terapeuta tampoco puede controlar totalmente que esto se produzca y tenga efectos no deseados sobre el clima más adecuado para la colaboración de todos. Ese clima está determinado por la creación de seguridad, una de las características esenciales de la alianza terapéutica.

Sin duda la necesidad de seguridad dentro del entorno terapéutico es una característica necesaria del tratamiento con familias y especialmente con aquellas cuya problemática se encuentre relacionada con un secreto. La seguridad es, por lo tanto, una tarea esencial y primaria del proceso de terapia que algunos autores consideran incluso una precondition para un posterior desarrollo adecuado de la terapia (Escudero, Friedlander, Varela y Abascal, 2008). Como consecuencia, el terapeuta deberá estar preparado (teoría y práctica) para apoyar a la familia en situaciones donde hablar del secreto familiar implique ansiedad, pudiendo ser capaz de crear un clima seguro y de alianza terapéutica. Esta preparación demanda al terapeuta capacidad para mostrarse receptivo a las preocupaciones, necesidades y vulnerabilidad de los consultantes, esta actitud es fundamental para generar motivación y que la familia de pasos en la develación del secreto familiar.

CAPÍTULO III

CASOS CLÍNICOS

Integración de dos expedientes de trabajo

En este apartado se presenta la integración de dos expedientes de trabajo clínico atendidos durante la formación como terapeuta familiar, además se realizó un análisis y discusión teórico- metodológico que sustenta las intervenciones, al final se incluye un análisis del sistema terapéutico total. En ese orden se presentan los casos.

3.1 Caso 1: Familia Vázquez

Supervisor (es)	<i>Dra. Noemí Díaz Marroquín</i>	
Terapeuta (s)	<i>Angélica Reyes / María de la Luz Lozada</i>	No. de Sesiones <u> 7 </u>
Equipo terapéutico	<i>Álvarez Anayanci, Carranza Ricardo, Hernández Victoria, Gutiérrez Vianey, Nares Paola, Pérez Lucia.</i>	
Sede	<i>Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”</i>	
Periodo de atención	<i>Febrero- Mayo de 2016</i>	

A continuación, se presentan los datos de identificación de la familia, los nombres han sido cambiados para asegurar el derecho de los usuarios del servicio, a la confidencialidad.

Solicitantes	Edad	Escolaridad	Ocupación
Karla Vázquez Guzmán	27	Licenciatura en Pedagogía	Administrativo en universidad
Carlos Vázquez Ayala	6	Primaria	Estudiante
Gael Guzmán	27	Secundaria	Colocación de anuncios

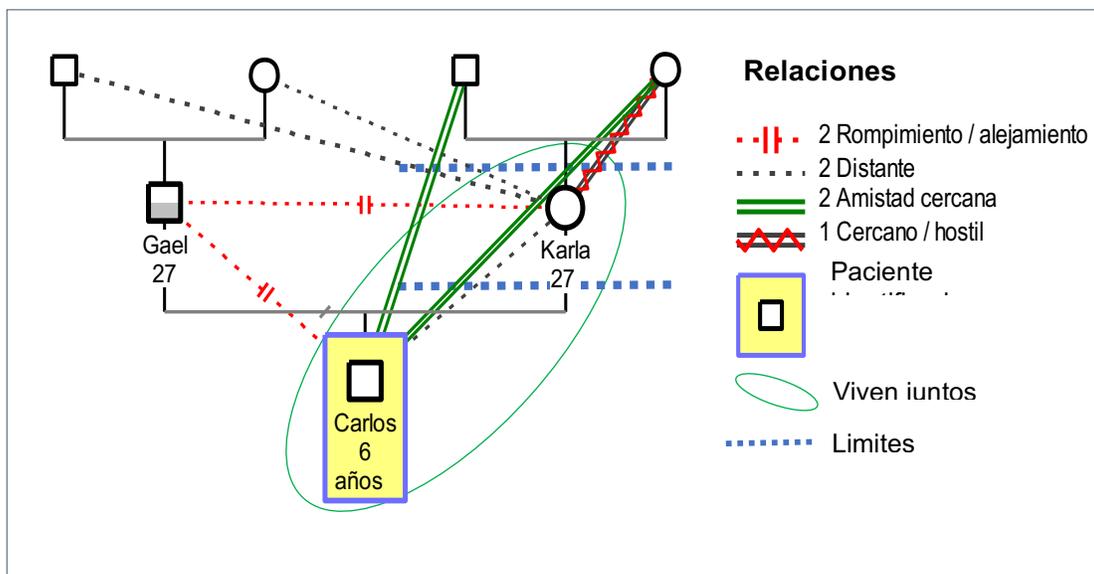


Figura 4. Familiograma que muestra la información sobre las relaciones familiares.

Motivo de consulta

Karla acudió al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”; durante la entrevista inicial refiere “necesito atención psicológica para mi hijo Carlos quien ha tenido problemas de conducta en casa y en la escuela, quizá se relacione con la usencia de su padre, a quien ya no lo ha visto desde hace un año y ocho meses, pues él está en la cárcel y mi hijo no lo sabe. No sé cómo decírselo, no quiero lastimarlo, pero tampoco quiero mentirle”.

A la primera sesión asistieron Karla y Carlos. Karla comentó que está separada desde hace tres años de Gael, padre de su hijo. Hasta hace algún tiempo Gael frecuentaba a Carlos y pasaba tiempo con él, sin embargo, desde hace un año y ocho meses ya no lo visita. Karla explicó que Gael se encontraba en prisión acusado por el delito de secuestro, ella no tenía más detalles.

Karla se encontraba preocupada por su hijo al notarlo triste y conflictivo; mencionó tener dificultades para poner límites y no saber cómo explicarle a Carlos dónde estaba su padre. Cada vez que él le preguntaba, ella eludía la respuesta. Karla no quería mentirle, pero no sabía hasta qué punto hablarle con la verdad, además solicitó estrategias para mejorar la conducta de Carlos.

3.1.1 Integración del expediente de trabajo clínico

A esta sesión asistieron Karla y Carlos, las terapeutas se presentaron y explicaron la forma en que se llevaría a cabo el tratamiento, cuidando de que la explicación fuese clara en un clima de cercanía y respeto. También se aclaró a la familia que tenían la libertad de hacer sugerencias sobre el proceso, esto como una forma de mantener *una relación terapéutica basada en la equidad considerando que la familia es la experta en sus propios procesos* (Remer y Worell, 1992).

Se realizó un *cuestionamiento circular* (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985) para conocer las razones que llevaron a la familia a solicitar el servicio. Karla señaló tener dificultades respecto a la conducta de su hijo pues lo había notado enojado, conflictivo, distraído, no trabajaba en clase y no se llevaba bien con sus compañeros, además por las noches lloraba diciendo que extrañaba a su papá.

Poniendo *atención al clima emocional de la sesión y manteniendo una actitud empática* (Remer y Worell, 1992) con Karla se consideró pertinente invitar a Carlos a salir de la sala para ir a jugar con una terapeuta miembro del equipo.

Karla guardaba un secreto a su hijo, el padre de Carlos está en la cárcel y él no lo sabía. Este secreto era compartido un poco con Karla quien solo tenía esa información y desconocía las causas del encarcelamiento. Karla comentó que el mantener este secreto era una situación que la estaba rebasando pues no sabía cómo abordarlo con su hijo. Sentía desesperación porque además *no contaba con una red de apoyo para hacer frente a esta situación, ella - como muchas mujeres en nuestro contexto social- se sentía profundamente sola* (Castro, 1987). Además, le preocupaba que no había logrado establecer una buena relación con su hijo, diciendo “me siento más como su hermana que como su madre”. Esta situación reflejaba cómo se *culpabilizaba asumiendo de acuerdo a los constructos de género, que ella debía ser una “buena madre por naturaleza”*, y que de alguna forma *era responsable por el malestar actual de su hijo* (Goodrich, et al., 1989).

Se buscó *conocer cuál era el contexto social, familiar, político y económico que había influido para que Karla presentara un “malestar”* (Walters, et. al, 1991; Goodrich, et al.,

1989), esto como una forma de comenzar a cuestionar las creencias, los valores y las premisas de género que han influido en la vida de la consultante.

Así durante las dos primeras sesiones se sostuvo una mirada de curiosidad para conocer el entorno de Karla. A partir de los *cuestionamientos circulares* (Cecchin, 1989) se obtuvo que Karla había nacido en una familia integrada por su padre, su madre y una hermana. Durante su infancia ella fue una “*niña buena*”, *educada dentro de una estructura patriarcal* (Goodrich, et al., 1989), aprendió a que *como mujer debía ocuparse del cuidado de los demás, a ser amorosa y abnegada; además de realizar las labores domésticas* (Goodrich, et al., 1989; Lamas, 1986; Lagarde, 1996). Ella fue muy estudiosa y llegó a cursar la universidad.

Su primera pareja sentimental fue Gael, a quien ella conoció cuando tenía 16 años. *Siguiendo los mandatos de una educación basada en el matrimonio como un valor* (Meler, 1998; Goodrich, et al., 1989), *ambos planeaban casarse* una vez que ella terminará la carrera universitaria, sin embargo, quedaron embarazados antes de ese momento y decidieron casarse. Karla *tuvo que renunciar a sus sueños* de poder terminar una carrera profesional (Goodrich, et al., 1989), *privilegiando a la maternidad como un valor más alto que sus metas profesionales*.

Estaba angustiada sobre cómo poder explicar a sus padres lo sucedido, pues había roto de alguna forma las expectativas que habían depositado en ella, había dejado de ser “*una buena hija*” (Goodrich, et al., 1989; Lamas, 1986). Cuando comunicó la noticia a sus padres, ellos no reaccionaron como ella creía, al principio se molestaron, pero más tarde la apoyaron, pues después de todo en una sociedad patriarcal, *ser madre es un valor* (Lagarde, 2003).

Karla *abandonó su casa, su escuela, a sus amigos por ir tras el hombre con quien ella quería pasar toda la vida, el padre de su hijo* (Burín, 1990). Ella estaba atravesada por la idea de un *amor romántico* por el cual se debía dar todo, además de que próximamente sería madre.

Seis meses después del nacimiento de Carlos, Gael comenzó a llegar más tarde del trabajo y a salir con sus amigos, en ese momento Karla comenzó a recibir rumores acerca de que Gael consumía sustancias y salía con otras mujeres. En todas las ocasiones en que Karla lo

confronto, él lo negó además ella nunca tuvo pruebas de que los rumores fueran ciertos. Esto denotaba como *Karla estaba en una posición inferior a Gael*, pues mientras él podía continuar con sus sueños y llevando una vida pública, ella estaba en casa *asumiendo sus funciones de madre y ama de casa*, dejando atrás sus propios sueños (Goodrich, et al., 1989; Lamas, 1986; Lagarde, 1996). Esto sumado a que perdía su valor como mujer pues tenía la apreciación de que Gael ya no la cuidaba como antes.

A los tres años de Carlos, Karla se separó de Gael porque le parecía que él ya no era la persona de la cual ella se había enamorado. Aunado a esto, ella se enteró de que Gael tendría un hijo con otra mujer, lo cual comenzó a generarle un sentimiento de minusvalía, pues por un lado ya no era una “*mujer suficiente*” para Gael y le privaría a su hijo la posibilidad de tener a una “*familia completa*” (Goodrich, et al., 1989).

Karla permitió que tras la separación Gael y Carlos continuarán pasando tiempo juntos, esto a pesar de que Gael no se hacía responsable de cubrir la pensión. Parecía que Karla le permitió a Gael ver a su hijo para evitar ser tachada como una “*mala madre*”, así una vez más sacrifica sus intereses por el bienestar de su hijo, cumpliendo con las normas de lo que significa ser una “*buen madre*” (Goodrich, et al., 1989; Ramos, 2002).

Luego del rompimiento entre Karla y Gael, Karla y Carlos fueron a vivir con los padres de ella. Karla comenzó a asumir la totalidad de los gastos familiares mientras que los abuelos de Carlos eran quienes se ocupan principalmente de la educación del menor, lo cual llevó a que Karla se sintiera más que una madre, como una hermana para Carlos. Lo anterior llevó a Karla a sentirse además de sobrecargada por las responsabilidades familiares y laborales, no valorada y descalificada en su rol de madre (Goodrich, et al., 1989) de *responsabilidades familiares y laborales*, además de que su rol de madre no estaba bien definido.

Durante su estancia en la casa de sus padres, ella fue infantilizada, sus padres eran quienes decidían las reglas y las normas que Carlos debía seguir. Además, *su rol de madre fue cuestionado por toda su familia* recibiendo críticas acerca de que realizaba mal sus funciones y por lo tanto no era una *buen madre* (Lagarde, 2003). Karla comentó que se sentía insegura respecto a cómo educar a su hijo, pensaba que cualquiera de su familia podía hacerlo mejor

que ella, además necesitaba a alguien con quien hablar de estas cosas pues tenía la sensación de no ser entendida por sus familiares.

En este punto fue importante brindar a Karla un *espacio de seguridad* además de invitarla a *reconocer* aquellos aspectos que hablaban de ella como una mujer con habilidades y fortalezas. Primero *connotando positivamente y redefiniendo* (Tomm, 1987) que el paso que había dado, solicitar apoyo terapéutico hablaba de que ella ya estaba haciendo cosas y tenía interés por que su vida mejorara, otro aspecto fue la *escucha empática* pues de acuerdo a su historia el solo hecho de hablar y ser escuchada ya era por si solo un elemento terapéutico (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Cuando Karla llega al espacio terapéutico ya ha logrado marcar un límite entre ella y sus padres, pues tomó la decisión de ir a vivir con su hijo a otro lugar y de aceptar un puesto de mayor responsabilidad. Como una forma de validar sus *decisiones, su valentía y su empoderamiento* (Lagarde, 2003), se *connota lógicamente* (Boscolo, 1989) la decisión de Karla *redefiniendo* la acción como una forma de comenzar a construir su independencia y definirse el tipo de maternidad que quiere tener con Carlos, se consideró también que esta situación le implicaba por una parte tener mayor ingreso y por la otra pasar más tiempo fuera de casa y lejos de su hijo.

Haciendo un *análisis contextual* (Goodrich, et al., 1989) se observó que con el cambio de casa, vino para Carlos un cambio de escuela, de amigos, de horarios, de reglas, todo ello configuraba un ambiente para el menor totalmente nuevo; se remarcó que esta situación pudiera estar impactando en los comportamiento de Carlos, *de- construyendo* (Remer y Worell, 1992; Boscolo, 1989) con Karla la idea de que ella era la absoluta responsable de lo que ocurría con su hijo, señalando que la conducta obedece a muchísimos factores además del de la crianza.

El sentimiento de “mala madre” en Karla estaba construido por los *prejuicios* (Cecchin, Lane y Ray, 1998) de que “una buena madre pasa todo el tiempo con sus hijos, -como su madre lo hizo con ella-”, “una buena madre sabe lo que le gusta a su hijo”, “una buena madre sabe y disfruta de jugar con su hijo”, etc., estas premisas fueron cuestionadas usando *hipótesis* (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985) que planteaban formas alternas de ser buena

madre. Además, se *tomó en cuenta el contexto* de Karla, comentando que era de lo más lógico que ella estuviera cansada pues llevaba a cabo distintas funciones: madre, trabajadora y jefa de hogar; y todas esas actividades la mantenían sobrecargada (Walters, et. al, 1991).

Mediante *preguntas de reflexión* (Tomm, 1987) Karla concluye que los cambios en Carlos no solo se deben a su papel como madre, sino también a la lejanía con su padre, a la lejanía de sus abuelos, al cambio de escuela. Se hizo uso del *elogio* para invitar a Karla a mirarse como una madre efectiva, que ha permanecido con Carlos siempre, que nunca lo ha dejado ni lo dejará. Además, a través del dialogo (Boscolo, et. al, 1989) se le invitó a que comenzará a pensar en formas alternas sobre cómo llevar a cabo su papel de madre.

Finalmente llamó la atención la incongruencia entre el lenguaje analógico y digital de Karla cuando relataba episodios de la vida que compartió con Gael, por un lado, se mostraba muy comprensiva, pero al mismo tiempo denotaba enojo por la situación, de ello podía deducirse que Karla no se daba permiso a sentir el enojo, pues esta categoría era incongruente con los constructos de “buena mujer”, *las mujeres son tiernas, comprensivas, saben perdonar, y no se enojan* (Lagarde, 2003; Lamas ,1986).

Cuando este aspecto se *transparentó* (Cecchin, Lane y Ray, 1998) con Karla, ella reconoció que estaba enojada ~~acepta que está enojada~~ y que detrás de ese enojo se encontraban dos dolores: por un lado, estaba la culpa por dar a su hijo un padre como Gael, en ese sentido *había fracasado como madre*; por otro lado, está el dolor de que su proyecto de vida hubiera fracasado, esto evidenciaba su dolor por haber *fracasado como mujer* (Lagarde, 2003; Lamas ,1986).

Dado lo anterior se *reformuló* (Boscolo, et. al, 2003) el dialogo con Karla, para invitarla a mirar la situación desde un ángulo distinto, pues la forma en cómo había llevado la situación hasta el momento hablaba de sus fortalezas. Se reencuadró el sentimiento de dolor, viéndolo como un puente que le había permitido seguir adelante.

Respecto a la culpa que Karla sentía por haber elegido ese padre a Carlos, ella pudo ir dando cuenta poco a poco que en el pasado había conocido una parte de Carlos, como novio, como pareja, como padre de su hijo, y que se había enamorado de esos aspectos en él. Sin embargo,

más tarde conoció otra parte, una que ya no le agradaba. Lo que le permitió reconocer que su sufrimiento estaba relacionado con la pérdida de la imagen que ella se había formado de Carlos y que más tarde había adquirido otros matices.

Hasta este momento del proceso se consideró pertinente que Carlos se enterara de lo que estaba pasando con su padre (*develación del secreto familiar*), pero bajo algunas precisiones, tomando en consideración su edad, lo que él sabe acerca de la cárcel, usando información clara, veraz y adecuada a lo que él pudiera procesar. La *hipótesis* de este planteamiento sugiere que Carlos estaba presentando conductas disruptivas por el enojo que sentía ante el abandono inexplicable de su padre. Una segunda *hipótesis* sostenía que Karla no quería pedir más información sobre la situación de Gael porque el hecho de saber más, la responsabilizaba de no decir lo que ocurría realmente a Carlos. Una tercera *hipótesis* planteaba que Karla estaba procesando el rompimiento de la relación con Gael y posiblemente estuviera transmitiendo los sentimientos por los que atravesaba a Carlos, por lo tanto, antes de abordar la forma de explicarle esta situación al niño, era prioritario que Karla viviera el duelo y estableciera qué relación quería tener con Gael, esto podría darle claridad respecto a cuándo, cómo y qué decir a Carlos sobre la situación de su padre.

A partir de la tercera y cuarta sesión, se comenzó a observar en Karla y Carlos una interacción distinta, por un lado, Karla comentó que ya pasaba más tiempo con su hijo y esto lo había logrado mediante una mejor organización de sus horarios, además cuando estaban juntos ella comenzaba a tratarlo como niño y no como adulto, sin embargo, Karla continuaba sintiendo dificultad para poner límites a Carlos. Por otro lado, Carlos se mostraba más sonriente y comentaba que le gustaba estar con su mamá, excepto cuando ella se enojaba, pero a pesar de estos cambios, continuaba sintiéndose solo y triste (esta información se obtuvo mediante actividades de dibujo). Durante una actividad de juego en vivo se evidenció que Karla se mostraba tensa y distante con Carlos, por otro lado, Carlos se mostraba inquieto y prefería no hablar de sus emociones.

Una vez a solas con Karla, se indagó acerca de las construcciones que tenía sobre cómo ser madre y cómo estas estaban impactando en las dificultades para poder interactuar con Carlos.

Karla nuevamente se comparó en función de los otros, pensaba que ella no había aprendido a ser una buena madre y que eso le daba derecho a los demás a criticarla y a opinar sobre cómo debía hacerlo para mejorar (Remer y Worell, 1992). Mediante *preguntas presuposicionales* (Tomm, 1987) Se invitó a Karla a pensar en su papel de madre, en las veces que había logrado hacer las cosas como ella quería y en otros modelos sobre cómo ser madre, además del que había aprendido en su familia.

A pesar de estos intentos, se notaba como los discursos dominantes de su familia ganaban terreno a sus propias ideas; su madre por un lado le hacía comentarios donde reclamaba la dureza con la que trataba a su hijo, mientras su hermano mencionaba que no le ponía límites. Al mismo tiempo Karla sentía que en la escuela era juzgada por los maestros como una madre que no hacía bien su papel y no dedicaba tiempo suficiente a su hijo. Al evaluar el efecto de todas esas las opiniones Karla comentó sentirse juzgada y etiquetada como una mala madre, además el hecho de que Carlos no la obedeciera confirma esa opinión.

Karla terminó sintiéndose como una mujer sola, abandonada, en una posición de incapacidad y dependencia de otros, situación que parece ser compartida con Carlos, esto generó una relación muy estrecha entre ella y su hijo, lo cual ~~que~~ podía desdibujar los límites generacionales dificultando que ella pudiera asumir su rol parental (Goodrich, et al., 1989).

En esta parte se usaron *prescripciones directas* (Tomm, 1987) invitando a Karla a destacar de su historia como “mala madre” el esfuerzo que ha hecho para sacar adelante a Carlos, tanto económica como afectivamente a pesar de las dificultades. Además, se comenzaron a *deconstruir* las ideas acerca de que ella era la absoluta responsable de los comportamientos de Carlos, se cuestionaron las ideas marcadas por la sociedad que dictan cómo deben ser las madres, se cuestionó que tan posible puede ser asumir esas posiciones en una sociedad que demanda tiempo para otras cosas como el trabajo, además se evidencia que ella no ha dejado espacio para su propio desarrollo (Goodrich, et al., 1989).

Para atender a las estrategias que Karla había solicitado sobre cómo poner límites a su hijo se le dieron algunas *prescripciones*: a) pedirle a Carlos escoja entre dos opciones viables y no dejar que elija libremente, b) dar tiempos específicos para realizar una tarea, c) que Carlos viva las consecuencias lógicas de sus acciones y d) que sea él quien responda y no su madre.

Estas recomendaciones también tendrían efectos en que Karla pudiera recuperar su derecho a tener tiempo para ella misma (Goodrich, et al., 1989).

Luego de esa reflexión, Karla observó que su hijo no la veía como una madre sino como una hermana y que se había vuelto predecible para Carlos, tanto, que él sabía que no había consecuencias a sus acciones. Una situación que contribuía a que Carlos la viera de esa manera consistía en que su familia consentía a Carlos, establecía reglas diferentes a las que Karla estipulaba y le restaban autoridad frente a su hijo. En relación a todo esto a Karla le hizo mucho sentido el uso de una *metáfora* que describía a Carlos como un general y a Karla como un soldado (el secreto familiar había contribuido a que la familia se hubiera configurado de esa forma), luego de esto ella concluyó que tenía que convertirse en la madre de Carlos. Se reconocieron las fortalezas de Karla mencionando que había logrado enfrentar muchos problemas y asumir responsabilidades ella sola y sin quebrantar, esto contribuía a su empoderamiento.

Respecto a Gael, Karla comentó que durante los últimos días Carlos no había querido hablar por teléfono con su padre, pues había creado una *distorsión de la realidad* en la que pensaba que su papá tenía otra familia, que su madre lo sabía y que ambos le mentían, lo que generó *distanciamiento debido a la falta de confianza que percibía Carlos* (Imber Black, 1998). En ese momento Karla aún no contaba con más información respecto a la situación de Gael, sin embargo, fue adquiriendo más seguridad lo cual la motivo a ir en busca de los padres de él y cuestionarlos sobre lo que estaba pasando. Esta acción fue elogiada pues demostraba cómo Karla estaba comenzando un camino en búsqueda de respuestas, concretas y ~~metafóricas~~ sobre las cosas que quería en su vida desafiando así la subordinación en la que había permanecido tanto tiempo.

En esta parte del proceso se plantearon las siguientes *hipótesis*: Era posible que Karla se sintiera culpable por haberle dado un mal padre a Carlos, lo que la convertía en mala madre impidiendo que asumiera sus funciones parentales. La actitud condescendiente y permisiva de Karla con su hijo podía ser una forma de compensar la ausencia de Gael. Las funciones y roles de la abuela y la madre estaban en competencia guiadas por la idealización de “la buena

madre”. Karla y Carlos carecían de redes de apoyo y de relaciones con otros iguales, lo cual intensifica sus sentimientos de soledad y crea un vínculo demasiado estrecho entre ellos.

Para las siguientes sesiones, Karla y Carlos manifestaron cambios constantes y sostenidos, la *develación del secreto* a Carlos generó que éste se mostrara más tranquilo, contento y obediente; Karla estaba más paciente y relajada, manifestó que haber seguido las *prescripciones* le permitió delimitar responsabilidades entre ella y su hijo, pudiendo reconocer que no tenía que ser la madre entregada, que también es su derecho ser una mujer que dedique tiempo a sus propias necesidades (Mabel Burin, 1990; Imber Black, 1998).

Karla describió sus funciones como trabajar, hacer la comida, asegurarse que Carlos fuese arreglado y limpio a la escuela y que contara con lo necesario para estudiar, mientras que a Carlos le correspondía bañarse, tener sus útiles listos, anotar y hacer la tarea, cambiarse cuando llega de la escuela y comer. Se evidencio que aparentemente Carlos conocía de manera clara cuáles eran sus deberes.

Para llegar a este lugar fue fundamental que Karla reconociera y luego pudiera vivir su proceso de duelo por la pérdida de la imagen que había construido de Gael como pareja, como padre de su hijo y como persona. Karla se había dejado de culpar y esto había tenido un efecto en la forma de ver a Carlos, su hijo no era una víctima. En consecuencia, cambió la actitud complaciente que mostraba con su hijo y ahora podía mirarlo como un niño con suficientes habilidades para asumir sus responsabilidades.

Los logros fueron evidenciados, se comentó a Karla que la disminución en sus conductas de sobreprotección, habían promovido la autonomía de su hijo. A Karla le hizo sentido el reconocimiento de sus aciertos pues las voces de las terapeutas le resultan significativas y contribuyeron a que ella diera cuenta de cómo el origen de sus problemas tenía que ver más con cuestiones externas que con cuestiones intrínsecas. Al notar más fortalecidos tanto a Karla como a Carlos, se contempló la posibilidad de que Carlos comenzará a saber dónde se encuentra su padre y porqué ya no lo ha visto más.

Para ello se indagó sobre qué tanta información tenía Carlos de su padre, dónde se imaginaba que estaba, si tenía información sobre lo que era una cárcel, cómo se explicaba que las

personas estuviesen en prisión. Las respuestas apuntaron a que Carlos se imaginaba algunas cosas, como que su padre estaba en un lugar donde no lo dejaban salir; esta información se complementó introduciendo la idea de que, si su padre no podía salir para verlo, eso no significaba que él ya no lo quisiera.

Para la sexta sesión llamó la atención que Karla se mostraba más arreglada físicamente, sus gesticulaciones reflejaban un rostro más relajado, su tono de voz era más firme en comparación con las primeras sesiones a las que asistió. Lo primero que comentó fue que tenía nueva información pues en días pasados había contactado a la madre de Gael para solicitarle información y que la llevase al reclusorio.

Karla no solo se atrevió a cuestionar, sino que también se atrevió a ir en busca de Gael para enfrentarlo y definir con él qué información querían darle a su hijo. Ella comentó que la experiencia no fue fácil, al estar ahí imaginaba un lugar terrible, sin embargo, se dio cuenta de que no era como lo había imaginado, describió a niños por los pasillos, familias enteras conviviendo, etc., cuando Karla dio cuenta de ello, pensó en la posibilidad de que Carlos algún día pudiese estar en ese lugar. Se *connotó lógicamente* como “valentía” el hecho de que Karla tomó la decisión de moverse de lugar y enfrentar la situación.

El encuentro con Gael, fue útil para Karla pues pudo darse cuenta de cambios positivos en él. Lo percibió más responsable y maduro. Indicó que cuando él le relató la versión de las causas que lo llevaron a estar en ese lugar, ella sintió que lo comprendía. Karla mostró una actitud empática, pues refirió que seguramente para Gael era muy difícil su situación pues también sufría por no poder estar con Carlos.

Esta visita la hizo mirar que su hijo no era el único niño que pasaba por una situación de ese tipo, ella mencionó: “quizá ya sea tiempo de dejar de verlo como pobrecito Carlos”, haciendo alusión de que la culpa que ella sentía por haber elegido ese padre para Carlos le había impedido poner límites.

Karla estaba en otro lugar comparándola con el momento en que llegó a la primera sesión. Se notaba segura, alegre, relajada. Esto se *transparentó* con ella elogiando la dirección que tomaban sus pasos pues la colocaban, a ella y a su hijo en otro lugar. Además, se reencuadró

a Carlos como un niño con muchas habilidades que demandaba ayuda para continuar desarrollándose, y eso solo sucedería si ella dejaba de mirar a su hijo con lastima por no tener a su padre.

Se validó a Karla por ser una persona que había sido capaz de cubrir todas las necesidades de Carlos, sin embargo, se cuestionó si ella será capaz de cubrir las necesidades de su hijo al cien por ciento y si al tratar de hacerlo había descuidado sus propias necesidades. Karla señaló que justo eso sentía, pero que ahora había comenzado a reconocerse a ella misma como una mujer que podía desarrollarse aún más, puso de ejemplo que había vuelto a hacer ejercicio, deseaba continuar estudiando, pensaba en buscar un nuevo empleo, además agregó, “si quiero que sea un niño fuerte, debo comenzar a tratarlo como tal”.

Fue evidente que la fortaleza estaba presente tanto en Karla como en Carlos. *Ambos mostraban mayor fortaleza emocional* (Goodrich, et al., 1989). En el caso de Karla *logró dar prioridad a sus necesidades y se mostraba motivada ante nuevos planes y objetivos personales*. Dio cuenta de cómo las dificultades en la conducta de su hijo no eran resultado directo de sus funciones como madre. Además, contempló que su actuar como madre no era “malo” como los otros le decían, aprendió que existen múltiples formas sobre cómo ser Mamá y ser Mujer, y que ella podía decidir cómo llevar a cabo estos roles sin seguir estrictamente los modelos sociales. Incluso pudo compararse con otras madres y observar cuales eran sus cualidades, si bien ella no era experta en niños si era experta en su hijo y eso ya la convertía en una buena madre. Además, pudo distinguir que no todas las familias siguen el modelo idealizado de una “familia normal”, hay distintos tipos de familias y dentro de estas las jerarquías no tiene que ser rígidas e incuestionables, de ello rescató que hay cosas que su hijo aprende de ella, pero también hay cosas que ella aprende de su hijo.

Respecto a su relación con Gael se miró como una fortaleza en Karla que ella pudo perdonarlo y continuar. Ella señaló que el haberlo visto nuevamente les trajo claridad respecto a sus emociones, sabía que él había sido su pareja y que ya no lo sería más, sin embargo, seguiría siendo el padre de su hijo.

Carlos logró estar más tranquilo luego de saber dónde se encontraba su padre, además el hecho de que ella se hubiera dejado de culpar ha impactado en una mejor integración con

Carlos, sintiéndose más confianza al jugar y con mayor firmeza para educarlo. Comentó que la situación de Gael es algo que no debía interferir en la forma cómo ella pone límites a su hijo, Karla tiene claro que es ella la madre de un hijo muy fuerte, recuerda la metáfora del soldado y el general y refiere que al fin ha tomado el papel de general.

Al final del proceso Karla se sintió validada como madre y eso la había fortalecido ante las críticas de su madre, de sus hermanos o de la escuela. Karla explicó que Carlos requería de límites y reglas claras para poder madurar y asumir sus responsabilidades. Además, Karla se ha mirado no solo como madre o como hija, sino como una mujer que aún tiene metas por cumplir y ha comenzado a hacer cosas por ella misma.

Atendiendo a la retroalimentación de la familia se consideró que el objetivo del proceso terapéutico había sido cumplido. La sesión final se enfocó en explorar de qué forma la familia podría sostener los cambios, cuáles serían las implicaciones de estos en la vida de Karla y de Carlos, cómo se ven a sí mismos desde este nuevo lugar.

Karla comentó que Carlos se mostraba inquieto nuevamente, pero a diferencia del discurso que sostenía al inicio del proceso, esta vez se escuchaba más tranquila explicando que se había dado cuenta de que su hijo no era el único que tenía problemas de conducta y aprendizaje, pues en general sus compañeros de colegio se encontraban en situaciones similares, esto quitó a Karla la etiqueta de “mala madre” pues entendió que la conducta de Carlos es parecida a la de otros niños de su edad.

A partir de que se reveló una parte del secreto familiar, la dinámica fue mejorando pues Carlos dejó de hacer preguntas. Karla contempló la posibilidad de hacer equipo con Gael y poder educar juntos a su hijo. Karla quería volver a ver a Gael, pero no desde el mismo lugar de subordinación, pues la decisión sobre volver a verlo se dio bajo el reconocimiento de sus propios deseos y necesidades, Karla reconocía cuales serían las especificaciones de ese encuentro y cuáles son las emociones que guían esa decisión (Goodrich, et al., 1989, Lagarde, 2003).

Finalmente se observó que Karla mostraba un cambio tipo dos, donde su situación sigue siendo la misma (Gabriel está en la cárcel y no se sabe lo que pasará con su situación legal)

pero ella se percibía como una mujer con habilidades, más segura, con menos ataduras, había comenzado a tomar decisiones y su rol ya no solo era el de madre sino también el de mujer con sus propias expectativas.

Karla atravesó por un cambio epistemológico sobre los significados de ser Mujer y Madre, al final del tratamiento las culpas se desvanecieron, lo cual fue evidente por la forma en que comenzó a verse a sí misma y a ver a su hijo. Karla había comenzado el camino hacia el fortalecimiento de su autonomía.

3.1.2 Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica

Desde la Terapia Familiar Feminista

La historia de Karla refleja cómo la mujer es blanco de malestares ocasionados por la forma en que la sociedad está configurada (Goodrich, et al., 1989). Una vez más el motivo de consulta de una mujer obedece a una incongruencia entre lo que la mujer “es” y lo que las normas sociales establecen que “debe ser” (Castro, 1987).

Ante la pregunta ¿cómo interactúan los estereotipos, la distribución del trabajo, el poder y las recompensas con el problema presentado? Se puede contestar lo siguiente: en la vida de Karla han primado los estereotipos de género tradicionales que definen a la mujer como aquella que entrega todo, se sacrifica, cuida de los demás, etc., estas construcciones internalizadas en ella la han llevado a considerar como un problema “suyo” que su hijo tenga una “mala conducta”. Aquí se evidencia cómo toda una red puede generar en una persona sentimiento de impotencia, inseguridad, dependencia entre otros. Esto ejemplifica cómo las mujeres se encuentran supeditadas ante el poder de otros.

La vida de las mujeres parece ser entonces de orden público, una esfera dónde los otros pueden tener una influencia incuestionable. ¿Cómo es que la familia de Karla sentía el poder de mandar sobre sus aspectos más íntimos? Es claro como la familia es una institución donde los ejercicios de poder se basan en el género, el padre de Karla y su hermano tenían poder sobre ella por el solo hecho de pertenecer a la categoría masculina (considerada superior por sus habilidades de racionalidad), por otro lado, su madre, también era superior pues la

experiencia que poseía sobre las labores de crianza le daban esa jerarquía. En este sistema tan absorbente, ¿cómo debía responder una mujer sometida y acorralada por historias que le habían venido enseñando que la sumisión iba bien con la identidad femenina? Karla fue poco a poco perdiendo su seguridad, sus convicciones, sus deseos, sus anhelos y en gran medida la identidad que ella hubiese deseado para sí misma.

Una pregunta importante es ¿Karla habrá tenido la oportunidad en algún momento de cuestionarse qué quería hacer de su vida?, resulta esto importante en la vida de cualquier mujer este planteamiento, pues como bien lo señalan Lamas (1986) y Lagarde (1996); la sociedad logra convencer a las mujeres sobre qué cosas son apropiadas pensar, cuales son los planes ideales que deben seguir, cual es la manera correcta de vivir como mujer.

En ese sentido, Karla desde muy chica hizo las cosas guiada por los deseos y las expectativas que sus padres ponían en ella, más tarde conoce a Gael quien parece también influir en que ella no logre plantearse una meta. Durante la etapa en la que no vivió con Gael, regreso a casa de sus padres, donde pasó de ser una mujer adulta a volver a ser una niña a la cual era correcto indicarle el camino que debía seguir. Cuando Karla decide salir de casa de sus padres, comienza a vivir a través de las necesidades de su hijo, una vez más olvidándose de que ella es una mujer independiente a su hijo, a su pareja, a sus padres. En ese sentido el espacio terapéutico se convirtió en un espacio para el reencuentro o el descubrimiento de su identidad, de sus deseos, de sus metas y proyectos. Pero esto le sucedió a Karla, ¿cuántas mujeres estarán viviendo de la misma forma, sin volver la mirada hacia ellas, sin saber siquiera cuáles son sus aspiraciones?

Parecía que en la visión de Karla no había alternativas, solo existía esa única forma de ser madre y de ser mujer, sus creencias la oprimían a tal punto que limitaban sus deseos, sus expectativas, su conducta y su desarrollo (Lagarde, 2003).

Karla también estaba atravesada por el concepto de “familia ideal”, que describe que una buena familia es aquella que está completa (padre- madre- hijo), el no pertenecer a una familia de este tipo, bajo las creencias tradicionales, implica que los miembros tengan problemas por vivir en condiciones supuestamente anormales. Es por ello que desmitificar este asunto resultó primordial, pues parte de las causas que impedían que ella se posicionara

como madre era sentir que había fallado al no poder ofrecer a Carlos una familia completa (Goodrich, et al., 1989). ¿Acaso esa era su responsabilidad?, bajo el esquema tradicional si, pues una característica de la buena ama de casa es mantener a toda costa el bienestar familiar, incluso sobre su propio bienestar. Esto una vez más se refleja en la vida de Karla cuando comenta sentirse culpable por no haber elegido un buen padre para su hijo; como si las acciones de Gael hubiesen sido su responsabilidad, como si su instinto de mujer hubiese fallado y fuera “culpa” suya no haber previsto que Gael se transformaría.

De acuerdo con los propósitos de la Terapia Familiar Feminista fue un objetivo de este proceso cuestionar las ideas tradicionales sobre ser mujer, madre, familia normal; como una forma de no continuar poniendo a Karla en una situación de desventaja (Goodrich, et al., 1989; Ramos, 2002).

Para ello fue fundamental en el proceso que las terapeutas voltearan a mirarse a sí mismas e identificaran cuales eran esos prejuicios respecto al género, conocer desde que lugar participarían con la familia y qué valores pondrían al centro del proceso. El primer punto fue reconocer que los saberes venidos de la formación como terapeutas no son los únicos, ni los mejores y no tienen que ajustar totalmente con los saberes de la familia, incluso fue importante dar cabida a la retroalimentación de la familia sobre el proceso.

Una cuestión ética fue tomar en cuenta el contexto familiar y cuáles eran las premisas que guiaban su actuar, pues permitió que la información y los procesos de construcción no fueran a pasos agigantados, es decir, que no se diera una información tan diferente que llevara a la familia a no poderse reconocer en tales descripciones. Pero tampoco que fuera tan igual que no pudiera marcar una diferencia. Para poder trastocar sus ideas, sus estructuras familiares, las relaciones de poder en las cuales la familia se encontraba inmersa, fue necesario mantener un respeto sobre sus propios tiempos, ir regulando la información que se les brindaba con el proceso reflexivo por el que atravesaban. Esto atendió a la postura de equidad tan cuidada desde esta mirada (Lagarde, 2003). En cierto sentido esta postura implicó un cuidar a la familia adaptándonos a sus tiempos y a sus necesidades en el proceso.

Definir una postura fue básico, pues como bien lo señalan Walters, Carter, Papp y Silverstein, (1991), es imposible no tener posturas, no se puede ser neutral y menos ante casos de

desigualdad. Así los valores que guiaron el proceso fueron: reconocer que el malestar en las mujeres obedece a factores externos, es necesario que las mujeres puedan mirar cuál es su papel en el orden, social, cultural y político, fortalecer la autonomía de las mujeres y los grupos vulnerables, así como lanzar invitaciones para que las mujeres se acerquen a reconocer sus necesidades y las prioricen (Goodrich, et al., 1989).

Siguiendo estos principios las terapeutas pudieron plantearse en posiciones distintas, que fueron desde la empatía, la sensibilidad y el respeto por las historias narradas, por el reconocimiento de los recursos, por las historias de sufrimiento; pero también se posicionaron desde su expertiz en los procesos, en el conocimiento de teorías, y la impartición de directivas que se creyeron convenientes en determinadas partes del proceso (Goodrich, et al., 1989).

Al final Karla y Carlos lograron posicionarse en lugares distintos, que les permitía realizar ejercicios de autonomía, crecimiento y desarrollo, seguridad y toma de decisiones con base en el reconocimiento de las propias necesidades (Ravazzola, 2003; Goodrich, et al., 1989).

Análisis del sistema familiar

Recursividad entre los procesos individuales, relacionales, familiares y sociales

Una de las cualidades en las relaciones familiares es la multiprocesualidad. Se trata de procesos interactivos y simbólicos relativos a los individuos, al grupo en su totalidad, o al grupo como parte de una comunidad social más amplia. La adopción de modelos que evidencien multiprocesualidad hace visible la conexión entre comportamientos y creencias, entre procesos individuales, familiares y sociales (Fruggeri, 2012).

En el caso de la familia Vázquez, como parte de los procesos individuales se puede establecer que Karla se encuentra resignificando su papel de madre y de mujer, incorporando nociones distintas a las que su familia de origen puntualiza, así como desplazando la culpa que le genera cargar con la responsabilidad de guardar un secreto. Karla se encuentra de alguna forma renegociando su identidad de madre y mujer. Se le observa que como la principal cuidadora de su hijo Carlos ha configurado su identidad únicamente como madre dejando de lado otras áreas de su vida. En el caso de Carlos este se encuentra atravesando una serie de

cambios, de la configuración familiar, de su vivienda, del ambiente escolar, etc., lo cual implica nuevas necesidades, una organización distinta y un acomodo que resulte más funcional para las nuevas demandas.

Estos procesos individuales han tenido efectos en la forma cómo esta familia se relaciona. El vínculo entre Karla y Carlos parece poco fortalecido con carencias de comprensión, apoyo y afecto que resulten adecuadas a sus necesidades. La relación madre e hijo parece dañada por las dificultades para establecer una configuración estable, parece que los intentos de la familia por adaptarse han resultado en una mayor inestabilidad. Karla trata por todos los medios de complacer a su hijo movida por la culpa que siente de que su padre no este con él. Carlos no recibe lo que quiere (saber dónde está su padre) y se vuelve más demandante. Ninguno de los dos está satisfecho. La situación se agudiza más pues hay una carencia de redes de apoyo que pueda introducir nueva información o establezca diferencias que movilicen al sistema hacia la evolución o cambio.

Hipótesis sistémicas

Las hipótesis sistémicas funcionan como esquemas explicativos generados por el terapeuta para responder al por qué de la conducta sintomática, ofrecen motivos para los síntomas y conductas disfuncionales alrededor de la sintomatología, involucrando a tres o más miembros del sistema. Se refieren a razones y no a causas, porque implican participación activa o intencionalidad por parte del individuo y se generan a partir de principios como la interdependencia de todas las partes del sistema entre sí y con el todo (Ugazio, 1985). Las hipótesis que se generaron a lo largo del proceso son:

- Karla se percibe en un dilema relacional, ¿soy la madre, pero me siento como la hermana?, ella observa que ocupa dos lugares. Cuando sus padres y hermanos la colocan frente a su hijo como hermana, Carlos no es capaz de diferenciar y termina respondiendo como si Karla fuera su hermana. Cuando ellos están solos, Karla trata de colocarse nuevamente en su posición de madre, pero incluso ella duda sobre cómo debe hacerlo y entonces vuelve a ser hermana de su hijo, en respuesta a esta incertidumbre Carlos establece que no hará caso a Karla pues ella no es quien pone

las reglas. Esa situación confirma a Karla la idea de que no sabe cómo ser una buena madre.

- Karla no puede tomar la decisión de decir o no a su hijo que su padre se encuentra en prisión pues ella misma desconoce todos los motivos alrededor de la situación. Sin embargo, tampoco ha hecho muchas cosas por obtener más información. Karla supone que el saber más cosas la coloca en un papel de mayor responsabilidad hacia su hijo. Si Karla conoce toda la verdad es aún más responsable de ocultarlo a Carlos. En cambio, si ella tampoco obtiene información eso disminuye su responsabilidad pues en cierta forma no puede ocultar a su hijo aquello que ella misma desconoce.
- Karla se siente culpable por no haber dado a Carlos un buen padre. Bajo la mirada acusatoria de su familia quienes la juzgan como una mala madre, ella ha comenzado a depositar toda la responsabilidad de la situación por la que atraviesa la familia en ella. Karla siente que no supo elegir a un buen hombre y por lo tanto es culpable de la desdicha de su hijo, ella continúa pensando que el hombre del cual se enamoró hace algunos años es el mismo hombre que hoy se encuentra en la cárcel. Esa situación mantiene confundida a Karla y es posible que esa confusión se la transmita a Carlos. Por lo tanto, es importante trabajar el duelo con ella antes de poder abrir el secreto con Carlos.
- La culpa que Karla siente la imposibilita a asumir su rol de madre frente a Carlos. Ella debe hacer todo para que su hijo se encuentre bien pues ha fallado como madre, incluso es culpable de sentirse cansada por la jornada laboral y no tener ánimo para jugar con su hijo como su padre lo hacía. Karla recurre a la comparación entre su desempeño como madre y el que Gael tenía con su hijo, en dicha comparación ella se ubica como la perdedora pues no sabe acercarse a su hijo como él lo hacía. Karla ha optado por complacer en todo a Carlos, así lo compensa por la falta de su padre. Sin embargo, a medida que lo complace Carlos la rechaza más. Carlos está enojado con su madre pues sospecha que le oculta algo, él piensa que su padre se fue y los abandonó por otra familia.
- Las funciones y roles de la abuela y la madre están en competencia en lugar de complementarse, restando autoridad entre ellas frente a Carlos. La abuela de Carlos tiene convicciones muy firmes sobre cómo debe ser una madre, cuál es la educación

correcta y cómo se debe educar a los hijos, sus convicciones difieren con lo que Karla opina, sin embargo, en la posición inferior donde está ubicada frente a su madre no se atreve a contradecirla, lo cual contribuye a que su hijo la vea nuevamente como su hermana y ella misma se sienta como tal.

- Karla y Carlos carecen de redes de apoyo y de relaciones con otros iguales, ambos no tienen amistades con las cuales divertirse, lo cual intensifica sus sentimientos de soledad y crea un vínculo demasiado estrecho entre ellos. Sólo se tienen el uno al otro, pero el vínculo intensifica la necesidad de querer cubrir en el otro todas las necesidades. En el caso de Karla resulta visible como volcó su vida únicamente en su hijo. Es posible que Karla solo encuentre refugio en su hijo, quien por su parte tiene dificultades para integrar y manejar sus emociones, lo cual puede exacerbar los problemas de comportamiento.
- Karla se encuentra sobrecargada entre las responsabilidades que le demandan ser la jefa del hogar, tiene que trabajar una jornada intensa de trabajo diario y además cumplir con la doble función de ser madre y ama de casa. Su energía parece no ser suficiente para cubrir exitosamente con todas las tareas. El cansancio ha impedido que Karla tenga animo de jugar con su hijo al futbol, deporte favorito de Carlos y actividad que compartía con Gael. El agotamiento de Karla es juzgado por ella misma como una señal de “mala madre”, pues “no puede ni jugar con su hijo”. Para compensarlo Karla trata de llevar a Carlos a actividades deportivas sin embargo eso termina sobrecargándola más en cuestión de tiempos, esfuerzo y gastos económicos.

Análisis del caso basado en los sistemas de significados

Manejo coordinado de significados

Como sabemos la comunicación crea realidades sociales donde cada mensaje presenta muchos más niveles que el de contenido y el de relación. a estos se agregan; el episodio, la relación entre los comunicantes, el self o biografía personal y los modelos culturales (Ugazio, 2001). Se plantean como elementos importantes del manejo coordinado de significados la fuerza contextual, la fuerza implicativa, los principios regulativos, las reglas constitutivas, la reflexividad entre niveles, los circuitos armónicos y los circuitos bizarros (Reséndiz, 2014).

En el caso particular de Karla, su biografía personal o self es el contexto en el que se interpretan las relaciones y los episodios. Es así que las relaciones con las personas en general están matizadas por la descalificación, el abandono, la infantilización. Sus experiencias de vida relacionadas con estas explicaciones son los lentes a partir de los cuales ella se relaciona con los otros, a través de la desconfianza hacia sí misma, la sumisión, la pasividad y la culpa. Por ejemplo, en un episodio donde la responsabilidad es compartida por otros miembros del sistema familiar, Karla termina asumiendo toda la responsabilidad, principalmente cuando las consecuencias son negativas para la familia.

Podría pensarse que para Karla los modelos culturales de la familia y madre “normal”, son los modelos a partir de los cuales ella misma de evalúa y evalúa la relación que tiene con su hijo Carlos. Así sus expectativas de adecuación y responsabilidad en su rol de madre la describen a ella como poco capacitada y en un nivel inferior que el resto de su familia, desde el modelo tradicional donde madre y mujer son sinónimos, Karla resulta incompetente para llevarlos a cabo y en cada episodio familiar se confirma esta interpretación.

En el caso particular de esta familia se podía hablar de un circuito que generaba malestar y patología. Su recursividad y ambigüedad representaban contextos cuya naturaleza se encontraba rígidamente definida y que daba como resultado la incapacidad de evolucionar, cambiar y crecer.

Esta situación se presentó así al inicio del tratamiento, sin embargo, en la última conversación con Karla, se pudo apreciar que los episodios han empezado a contextualizarse en diferentes niveles, un nivel importante es que ha cambiado la relación estrecha entre madre y mujer, donde incluso era bien visto sacrificarse como mujer para ser madre. Karla ha comenzado a incorporar a su biografía personal el cuidado de su propio bienestar, la seguridad de las decisiones que toma, la responsabilidad compartida, el logro de sus metas, y ha comenzado a dar a Carlos mayor espacio para el logro de su autonomía.

Polaridades semánticas

Las polaridades semánticas familiares consideran la oposición polar como un matiz para la construcción de las identidades individuales (Ugazio, 2011).

En la familia Vázquez la polaridad semántica que prevalece es autónomo- incapaz. Esta polaridad es importante porque a partir de ella se distinguen los individuos con una mayor capacidad para tomar decisiones, tienen una mayor estabilidad y seguridad.

Aquellos que caen dentro de la polaridad autonomía son más respetados, no se juzgan sus decisiones, se hacen cargo de sí mismos o de sus hijos. Pareciera que la madre y hermano de Karla son autónomos, mientras que Karla y su hijo son incapaces. Esto se puede observar también en otros ámbitos como la escuela a la que asiste Carlos, donde esta diada es vista como incapaz por los profesores y por otros padres de familia.

Como se sabe la organización del significado en polaridades antagonistas hace ineludible la intersubjetividad. La definición de uno mismo semánticamente relevante requiere la inclusión de otro en la conversación. Dado que cada cual asume una posición en un contexto conversacional, ciertas historias les serán posibles, mientras que otras les resultarán difíciles.

Ecología de las ideas

Se entienden por premisas a las creencias estructurales en el inconsciente de la familia que funcionan como hábitos de puntuación de la realidad familiar compartida y que en general los miembros tienen poca o nula conciencia porque son presentadas como si fueran realidad (Reséndiz, 2012).

Al ser enunciados relacionales, engloban al grupo familiar y de carácter abstracto tienen un valor adaptativo, pero pueden ser fuente de sufrimiento. Las premisas identificadas en la familia y las ideas alrededor de las mismas se describen a continuación.

- Existe una forma de ser buena madre.

Es bajo esta premisa que se puede ser juzgado en relación al actuar el rol de madre. El resultado de esa actividad llevará al rechazo o a la aceptación familiar. Parece ser que esta premisa organiza la vida de Karla, domina su forma de puntuar la realidad familiar, a través de ella vive constantemente las reacciones, intenciones, incluso las palabras de los demás.

- Las conductas rebeldes son producto de errores en la crianza.

Junto con la premisa anterior queda establecida que hay formas de actuar que son consideradas correctas mientras que exististe otro grupo de acciones que son consideradas incorrectas. Las causas de estos comportamientos están relacionadas con los modos de crianza que se han dado en el hogar. Por lo tanto, el comportamiento de los hijos es una forma de evaluar el buen desempeño de los padres. Al mismo tiempo un buen padre es aquel que puede desarrollarse eficientemente y cubrir las necesidades totales de sus hijos sin necesidad de recurrir a la ayuda de otros.

- Una mujer tiene que dar prioridad a sus funciones de maternaje antes que a su propio desarrollo personal.

Esta premisa ha guiado la vida de Karla a lo largo de su vida, pareciera que el ser madre es el sinónimo de ser mujer. Desde las experiencias más tempranas en su vida, Karla tuvo que ceder a su desarrollo profesional para convertirse en madre, luego sus sueños y aspiraciones giraron en torno del bienestar de su familia, para finalmente concentrarse totalmente en su hijo y evaluarse a sí misma a través del bienestar de Carlos.

Evolución del sistema familiar en el proceso terapéutico e intervenciones asociadas

Los sistemas modifican a su ambiente y a la vez el ambiente modifica a los sistemas. Por lo tanto, es necesaria la coevolución para que se mantengan mutuamente coherentes. Esta dependencia determina las condiciones de evolución de ambos estableciendo una relación complementaria entre estabilidad y cambio. el sistema y el contexto evolucionan y cada cambio genera estabilidad e interdependencia.

Considerando que no se habla de un sistema familiar tradicional, sino más bien de una familia con características específicas, que, como tal, afronta eventos críticos y fases de transición que son acompañadas de malestar y sufrimiento. Por eso en este apartado se realizará un breve recuento de las etapas por las cuales atravesó la familia durante el proceso de cambio, la transición entre las etapas refleja el proceso del tratamiento.

- *El ocultamiento de Karla a Carlos sobre la situación legal de Gael*

Mientras que Carlos no sabía nada sobre porqué su padre ya no lo visitaba, se mostraba enojado y triste pues no entendía lo que estaba pasando, incluso llegó a pensar que su padre “se había conseguido a otra familia”. Esta situación provocaba que Karla sintiera culpa por no poder decirle a su hijo lo que sucedía, pues lo veía como una víctima incapaz de sobrellevar la situación, esta mirada le impedía ser clara con su hijo, así como marcarle límites, lo que llevó a que Karla no pudiera manejar la conducta de Carlos. Una vez que el secreto se reveló, Carlos pudo sentirse más tranquilo pues ahora sabía que su padre no lo había abandonado, Karla comprendía que su hijo no era una víctima, que más bien era un niño valiente y que lo mejor que ella podría hacer por él era ayudarlo a que continuara siendo valiente y esto lo lograría fomentando su independencia. Karla pudo hacer esto pues se descubrió como una madre con muchas habilidades, capaz de cuidar de su hijo sin precisar de la ayuda de su familia.

- *La vivencia del duelo de Karla por la pérdida de la imagen que ella tenía de Gael*

Karla vivía atormentada culpándose de provocar que su hijo pasara por esta situación pues ella no le había podido escoger un buen padre, eso la llevaba a sobreproteger a su hijo como una forma compensatoria de enmendar “su error como madre”. En el proceso Karla desvaneció su culpa pues pudo ver que ella no había elegido al Gael actual como padre de su hijo, ella se había enamorado de un hombre bueno y cariñoso, el cual ya no existía más, en algún momento que ella no supo, Gael dejó de ser ese hombre, y justo el hecho de que Karla no lo hubiese visto le impedía poder aceptar que ese hombre era otro. Karla comprendió que debía llorar por el hombre que ya no estaba más y que tendría que aprender a relacionarse con ese nuevo hombre, el cual seguía siendo el padre de su hijo.

- *El cuestionamiento de los roles como madre y como mujer*

Karla vivía bajo la mirada de su familia, quienes demandaban de ella cierto comportamiento que obedecía a la forma tradicional del concepto de madre y de mujer. Esta situación importaba mucho a Karla pues sentía que no lo estaba haciendo bien y que su deber como madre de Carlos era cubrir todas las necesidades del menor, incluso sobre las propias, esta situación la tenía muy agobiada, pues por las demandas del trabajo y del hogar no lograba

mantener un equilibrio entre todas sus responsabilidades, todo el tiempo se sentía cansada y le faltaban energías para pasar tiempo con su hijo, pues en sus ratos libre lo único que deseaba era descansar. Cuando se cuestionaron aquellos estereotipos que ella había interiorizado Karla pudo contemplar otras posibilidades, como entender que no era una mala madre si dejaba que su hijo asumiera sus propias responsabilidades, que ella también tenía derecho a cumplir sus metas, que a pesar de no tener estrategias concretas ella tenía muchas habilidades para poder cuidar a su hijo y hasta el momento estaba logrando hacer de Carlos un niño fuerte, valiente e inteligente.

3.1.3 Análisis del sistema terapéutico total

Construcción del sistema terapéutico en el proceso Se pueden ubicar diferentes movimientos que llevaron a la creación de una relación terapéutica (equipo terapéutico- familia-terapeutas) que puede considerarse satisfactoria y de respeto. La construcción del sistema terapéutico inició con el primer contacto telefónico, en el que el respeto por parte de las terapeutas y la confianza por parte de la familia permitieron el establecimiento de un primer encuentro.

El trabajo en colaboración del equipo terapéutico y la supervisión lograron establecer los objetivos para la primera sesión, haciendo algunas hipótesis sobre lo que la familia podría conversar además de tomar en consideración el sentir de las terapeutas por conocer a la familia y la forma en que se abordaría la problemática. Ya en la sesión, las terapeutas privilegiaron el establecimiento de la relación con la familia, tomándose el tiempo para conocerlos, escucharlos de manera activa y empática, así como promoviendo el sentimiento de esperanza en todo momento. Esos elementos permitieron consolidar el inicio de una relación de respeto con la familia.

Para la siguiente sesión a la que acudieron Karla y Carlos, se tocaron algunos temas sensibles para ambos, como la dificultad de Karla por hacerse responsable del cuidado de su hijo, el sufrimiento de Carlos por no saber nada de su padre, la forma en que ambos hacían frente a esa situación. Se dio un espacio a cada uno para poder expresarse favoreciendo una escucha respetuosa por parte de los terapeutas. Al mismo tiempo surgieron comentarios e

intervenciones que permitieron la creación de un ambiente en el que las emociones pudieron hacerse presentes con el apoyo para lograr un manejo de estas.

Las terapeutas y el resto del equipo en todo momento se colocaron en una posición atenta y respetuosa para poder entender la situación familiar, para iluminar las áreas de oportunidad y posicionarse desde la empatía, todo ello permitió o facilitó hablar de temas muy sensibles como el secreto familiar.

Luego de la revelación del secreto familiar la familia se mostró con mayor confianza, con mayor seguridad, y con una mayor cercanía. Pudo observarse cómo una buena relación es un elemento crucial para favorecer el logro de objetivos y la promoción para el cambio.

Manejo de la curiosidad, identificación de puntos ciegos, manejo de la intuición y conciencia de los esquemas en los que el terapeuta basa su trabajo con la familia

- Curiosidad

Cuando somos curiosos acerca de los patrones y relaciones entre ideas, eventos, comportamientos, se introduce una diferencia en el sistema con el que se está interactuando. Esta mirada permite un acercamiento distinto pues no se trata de descubrir, describir o explicar conexiones causales sino de entender de una manera distinta. En este proceso la curiosidad fue un elemento que estuvo presente en el dialogo, la riqueza de los intercambios verbales, permitieron un mejor acceso a la curiosidad. En algunas ocasiones fue más difícil pues como terapeutas no estamos exentos de nuestras propias premisas y de dar por hecho cosas que tienen sentido desde nuestras construcciones. Sin embargo, el contar con una coterapeuta fue útil para hacer visibles algunos puntos ciegos, y tomar en cuenta puntos de referencia que me hicieran reflexionar sobre mi visión.

- Circularidad.

Durante el transcurso de las sesiones, se fueron planteando hipótesis con aportaciones del equipo terapéutico, la supervisora y las terapeutas. Estas se iban transformando de acuerdo a la nueva información que surgía en cada sesión. Las hipótesis fueron fundamentales para

poder llevar cada una de las sesiones, pues daban ideas sobre la información a recabar, las preguntas pertinentes y los posibles significados familiares.

En algún momento se replantearon las intervenciones del proceso terapéutico pues al parecer los tiempos entre la familia y las terapeutas no eran los mismos, mientras la familia solicitaba cosas concretas, las terapeutas abordaban más la co-construcción de alternativas. En ese momento fue bueno voltear a ver las opiniones del equipo terapéutico y modificar el rumbo de las sesiones.

El apoyo del equipo fue básico en las sesiones donde Carlos tenía que salir de sesión. En esos espacios Carlos realizaba actividades lúdicas que resultaban para él oportunas pues permitían expresar a través del dibujo y de otros juegos, sentimientos y creencias que le inquietaban, además de que casi no tenía compañeros de juego. Contar con otros ojos que siguieran el proceso contribuyó a la modificación de cosas que ocurrían adentro y que por estar en ese lugar se dejan de ver.

- Neutralidad.

Tal como lo plantean las premisas del enfoque dialógico de Milán, resultó imposible mantener una completa neutralidad, pues ante cada tema siempre se tiene cierto prejuicio. La función de la neutralidad en este caso fue justo reconocer cuales eran las emociones, las ideas y pensamientos que estaban presentes, nombrarlas y explorar de dónde venían, para así poder usarlas de manera que favoreciera el proceso terapéutico. La emoción predominante en mi caso fue preocupación por contemplar a la familia de alguna forma desamparada, pero conforme se fueron dando los cambios y al verlos cada vez más empoderados, sentía admiración por ver como lograron reconfigurar su situación de una forma distinta.

- Prejuicios

Como se ha señalado, es imposible entrar al espacio de terapia sin nuestras propias construcciones, en este caso particular identifiqué como mis prejuicios favoritos los siguientes:

- El terapeuta debe dirigir procesos que promuevan un cambio de perspectiva en los consultantes.
- Siempre existe una forma de usar un recurso de manera terapéutica.
- Cada sesión debe contribuir a la solución de la demanda de los consultantes.
- Los tiempos entre la familia y los terapeutas son distintos.
- Una de las funciones de la terapia es ampliar las posibilidades de acción de las personas que consultan.
- Las hipótesis funcionan como una guía del proceso, sin embargo, las familias en ocasiones llegan con ideas distintas.
- Las necesidades personales del terapeuta respecto al caso no deben interferir con las propias necesidades de los consultantes.
- Es importante promover un cuestionamiento sobre los roles de género.
- Una mujer es muy capaz de ser la cabeza de familia.
- El rol de madre no está peleado con el rol de mujer y no debe interferir uno en el otro.

Reflexiones

Una de las principales razones por las que decidí reportar este caso, fue porque en principio representa mi primer reto personal como terapeuta en formación, ya que literalmente fue el primer caso que pude abordar desde el enfoque sistémico y bajo la modalidad de trabajo con equipo terapéutico. El reto consistió en vencer el miedo por ser observada y supervisada, por experimentar la coterapia, por tener a una familia frente a mí con toda la responsabilidad que ello implica. Al final de la experiencia puedo decir que vencí mis miedos, aprendí mucho de mi coterapeuta, de mi supervisora y del equipo. Fue enriquecedor llevar la teoría a la práctica y ver que la realidad muchas veces va más allá de las teorías.

La parte de los prejuicios respecto a cómo ser un terapeuta también representó aprendizaje, pues yo venía de la vieja escuela donde el terapeuta es quien tiene la razón y es el experto, por ello tuve en muchos momentos una lucha interna entre mis pensamientos, que con la práctica he ido aprendiendo a manejar.

Otro aspecto que me ha enriquecido este caso fue justamente el tema de género, pues a partir de ahí tuve mayor interés sobre la temática, incluso me cuestioné varios prejuicios respecto al tema, al final, como Karla, pude deconstruir significados de mis propias historias.

Fue interesante observar como la demanda de Karla iba más enfocada hacia promover cambios en su hijo y al final ella también experimentó muchos cambios, es donde se pueden observar los procesos recursivos de los sistemas familiares. Al final no solo se atendió la develación del secreto familiar, sino se tocaron las construcciones que estaban detrás de la imposibilidad de Karla de poder decirlo.

Este caso lo he pensado más de una vez y en cada ocasión me encuentro con cosas distintas; en primer lugar, lo he pensado desde las posiciones teóricas y los modelos, pensando en las cosas diferentes que pude haber hecho, los caminos alternos y fantasías sobre cómo las sesiones pudieron ser diferentes. En el punto actual me encuentro que esos cuestionamientos son secundarios. Definitivamente las posturas de los diferentes modelos nos llevan a distintos caminos, a ver ciertas cosas y al mismo tiempo perdernos de otras.

Lo que hoy me parece relevante es mi postura ante las diferencias de género, ante las desigualdades de poder y ante mi propia construcción de ser mujer en una sociedad patriarcal. Este caso y experiencias personales han sido una oportunidad para poder reflexionar sobre mi co-construcción personal y profesional, sobre la forma en que me implico y la postura que tengo en muchos temas, los principios éticos que espero que mi mirada tenga presente la mayoría de las veces, las perspectivas que he aprendido y lo complejo que ha resultado incorporar todo esto.

Recuerdo que, al inicio de la residencia, venía con creencias más o menos firmes sobre cómo hacer terapia, sobre lo que era un terapeuta y sobre mis Verdades. Durante la formación mis certezas fueron cuestionadas una a una, eso me resultó satisfactorio pues de las diferencias que se fueron abriendo ante mí pude tomar aquellas ideas que van más acordes con mis construcciones sobre la vida, con mis valores y con mis prejuicios. Cada aprendizaje nuevo me hizo una invitación a tomar responsabilidad sobre cómo usarlo, y asumir las consecuencias de mis elecciones.

3.2 Caso 2: Familia Aguirre

Supervisor (es)	<i>Mtro. Gilberto Limón / Dr. Flavio Sifuentes</i>		
Terapeuta (s)	<i>Angélica Reyes / Victoria Hernández</i>	Sesiones	<i>12</i>
Equipo terapéutico	<i>Álvarez Anayanci, Carranza Ricardo, Gutiérrez Vianey , Nares Paola, Pérez Lucia, Lozada María de la Luz</i>		

A continuación, se presentan los datos de identificación de la familia, los nombres han sido cambiados para asegurar el derecho de los usuarios del servicio, a la confidencialidad.

Solicitantes	Edad	Escolaridad	Ocupación
Tania Aguirre	49	Preparatoria	Servicios administrativos
Hija- Mariel González	26	Preparatoria	Auxiliar de limpieza
Hija- Marina González	25	Licenciatura	Estudiante
Nieto- Noé	6	Primaria	Estudiante

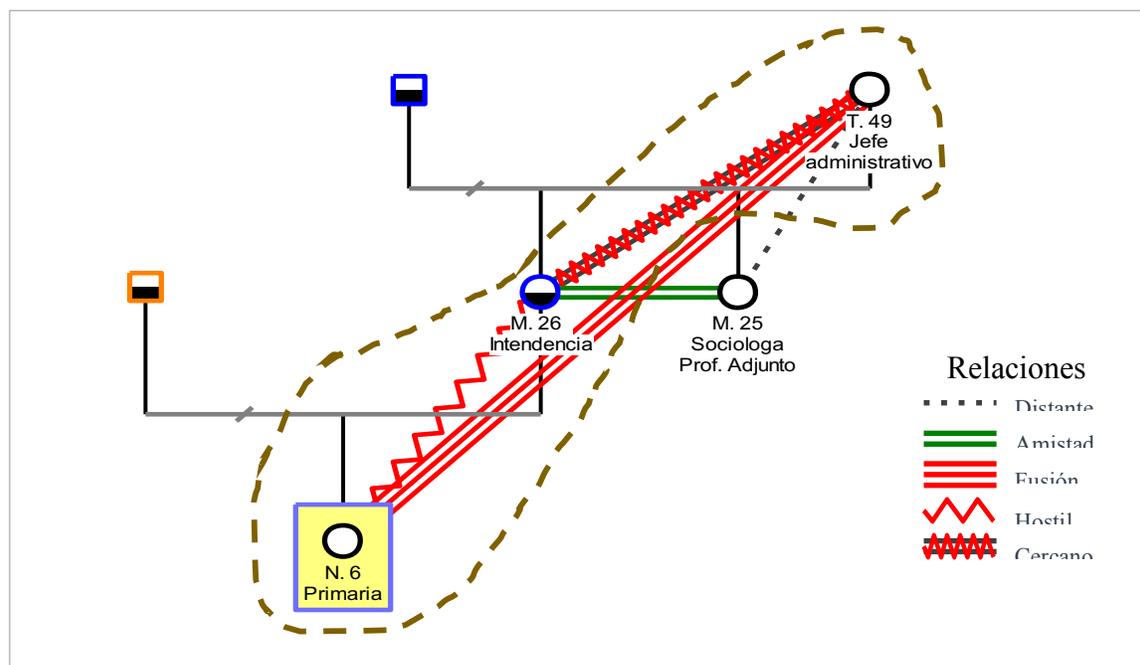


Figura 5. Familiograma que muestra la información sobre las relaciones familiares

Motivo de consulta

Tania acude al centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila; durante la entrevista inicial refiere” busco apoyo para afrontar la situación que vivo con mi hija Mariel quien es alcohólica. A causa de esta situación, Mariel se ha vuelto muy violenta y me ha golpeado. Esto me preocupa pues Noé (nieto) ha presenciado todo esto. Él (Noé) me ha pedido que ya no deje entrar más a la casa a su madre, pues ya no quiere vernos pelear. Deseo que mi nieto reciba atención pues no quiero que se vea afectado”.

A la primera sesión asistieron Tania, Marina y Noé. Cuando se exploró el motivo de consulta Tania comentó su interés de que Noé fuera atendido, ella temía que su nieto estuviese afectado por las conductas de violencia que observaba en su madre. Se hizo notorio que Tania solicitó que únicamente fuera Noé quien recibiera el servicio. Por su parte Marina comentó que quizá la atención también la debería recibir su madre (Tania) pues a su parecer la situación de violencia tenía relación con la forma en su madre respondía al comportamiento de Mariel. Cuando se le preguntó a Noé sobre sus expectativas de asistir a terapia él dijo no saber por qué su abuela lo trajo, al final comentó que quería estar mejor.

3.2.1 Integración del expediente de trabajo clínico

A la primera sesión asistieron Tania, Marina y Noé. Se realizó un *cuestionamiento circular* (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985) para conocer las razones que llevaron a la familia a solicitar el servicio. Al comenzar, Tania y Marina se mostraron sorprendidas pues explicaron que la atención fue solicitada sólo para Noé. Luego de que Tania y Marina describieran la dinámica familiar y cómo es que entendían el problema dan cuenta de que su participación es importante para la resolución de su motivo de consulta.

Comienza a vislumbrarse una de las *premisas familiares* (Cecchin, Lane y Ray, 1998) “hay ciertos temas que corresponden únicamente al ámbito de los adultos”, esta idea se conversó con Tania y Marina transparentando la *hipótesis* (Cecchin, 1989) de que algunas familias se sienten más cómodas al hablar de ciertos temas cuando los niños no están presentes. Ambas respondieron que sería oportuno que pudiesen hablar sin Noé presente. Así una de las terapeutas del equipo se encargó de cuidar del menor en un espacio fuera de la sesión.

Una *apertura* en esta sesión fue comenzar a conocer cuáles eran las explicaciones que la familia daba respecto al origen del conflicto y desde qué lugar cada miembro se relacionaba con dicha situación. Durante el *interrogatorio circular* (Selvini, et al., 1980; Cecchin, 1989) comenzó a mirarse cómo es el *contexto* y cuáles son los *significados* importantes que caracterizan a esta familia (Fruggeri, 1992; Reséndiz, 2014).

Tania parecía encontrarse ante una disyuntiva: ¿su hija Mariel debía permanecer o no en casa a la luz de los efectos que su estancia estaba provocando? Aquí aparece una primera *polaridad* (Ugazio, 2016), estabilidad- cambio; si las cosas permanecen como están el bienestar de los miembros de la familia se ve amenazado, el cambio implica entonces un movimiento hacia la tranquilidad. Por su parte Marina situó al problema esencialmente en la relación de Tania y Mariel, la *polaridad* que describe Marina es la de imposición- autonomía. Desde su mirada la actitud de Tania parece ser rígida para poder incorporar elementos nuevos a su forma de percibir el mundo; tiene unos lentes específicos para ver a Mariel como una persona irresponsable lo que ha implicado que “toda la vida” Tania termine solucionando sus conflictos y negándole la oportunidad a Mariel de ser responsable, incluso de Noé. Marina recordó que desde chicas, su hermana y su madre no tuvieron una buena relación, al paso del tiempo los conflictos se fueron agudizando y ella prefirió salir de casa. Al final, tanto Tania como Marina mostraron una enorme preocupación por el bienestar de Noé.

En este punto se evidenció que el *sistema significativo* (Fruggeri, 1992; Reséndiz, 2014) de esta familia incluye no solo a Noé, sino a Tania, Marina y Mariel. Al final de la sesión ambas comentaron que participarían en el proceso.

El trabajo en las siguientes dos sesiones se realizó con la presencia de Tania y Marina. Desde una postura de *curiosidad* (Cecchin, 1989) se comenzó a conocer a la familia y a escuchar sus historias. Las *aperturas* en esta parte del proceso tuvieron que ver con a) los momentos familiares donde las interacciones no resultaban en un conflicto; b) los valores compartidos por Tania, Marina, Mariel y Noé; c) qué cosas hace la familia para salir del fango (haciendo alusión a una metáfora traída por Marina: “parece que nuestras vidas se encuentran en un fango del cual no podemos salir o avanzar porque si hacemos algo nos hundimos más”).

Cada punto fue abordado tratando de entender cuáles eran las *premisas* detrás de estos temas importantes. Se encontró que para Tania “la familia debe estar unida y ser una fuente de apoyo”, “los hijos deben tener valores parecidos a los de los padres”, “una buena familia es aquella donde no hay diferencias”, “si hay algún problema en un hijo eso implica que la Madre ha desempeñado un mal papel”. Por otro lado, para Marina “las diferencias enriquecen las relaciones”, “abandonar a la familia es un acto de egoísmo”, “Basta querer lograr las cosas para hacer que estas sucedan”. Conocer estos principios de la familia posibilitó entender cuáles eran esas creencias que dirigían su actuar, desde donde se posicionaban para entender el problema y qué cosas podían complejizarse para generar alternativas a su visión de la realidad.

El comenzar a cuestionar algunas de las *creencias familiares* (Bertrando, 2011) como: “existe una única forma de actuar correctamente”, “respetar significa aceptar una imposición”, “para que las cosas salgan bien, hay que hacerlas personalmente”, “toda la vida se ha vivido en un fango”; fue especialmente compleja, pues tanto Tania como Marina parecían “atrapadas” en el *tiempo* (Boscolo y Bertrando, 1992; 1996) -pasado- pues en cada momento del presente el tejido de ambas desembocaba en las historias dolorosas pasadas. Las atribuciones a los eventos, las expectativas y los proyectos se remontaban constantemente a una sensación de imposibilidad.

Una *apertura* (Bertrando, 2011) de la cuarta sesión fue la asistencia por primera vez de Mariel; en esta parte del proceso adquirió especial importancia la *postura de respeto* (Cannova, 2005) y una mirada no patologizante como una forma de invitar al resto del sistema familiar a escuchar y reconocer a Mariel en su discurso. La voz de Mariel trajo al proceso nuevamente la *polaridad* de imposición- autonomía. El dialogo con Mariel estuvo centrado en conocer cómo eran sus relaciones con su madre, con su hermana y con su hijo. Ella mencionó que Tania parecía no aceptar que en la vida existen formas diferentes de actuar, de hacer las cosas y de tomar decisiones.

Mediante el *cuestionamiento circular y la introducción de hipótesis* (Bertrando, 2011) se buscó que la familia ampliara el lente con el que veía la situación de “estar en el fango”. La *premisa* acerca de que “cada paso para salir del fango nos lleva a un lugar peor” fue

cuestionada haciendo visibles tanto los logros que la familia iba mostrando como la *utilización de nuevos mapas* (Reséndiz, 2014) para andar por un territorio que parecía conocido. Esta nueva postura de la familia implicó que el pasado y presente se conectaran para dar un nuevo sentido a las experiencias y a la construcción de los significados; el cuestionar los significados de situaciones pasadas permitió entender de una manera distinta a los acontecimientos presentes. El resultado de esto fue que Tania, Mariel y Marina pudieron ver que tenían una red de valores compartidos como “el desarrollo personal”, “la autonomía”, “la valentía”, “la inteligencia” y “el cuidado”. Al mismo tiempo encontraron valores que las hacían distintas, por ejemplo, Marina era la “introspectiva” de la familia, Mariel se caracterizaba por su “simpatía” y “sentido del humor”, Tania parecía mostrarse como una persona “perseverante”.

En esta parte del proceso la perspectiva que Tania tenía de Mariel comenzó a incorporar nuevos elementos, así Mariel pasó de ser vista como “la hija rebelde y problemática” a percibirla como la persona alegre de la familia, creativa, con muchos amigos y llena de energía. Por su parte Marina fue vista como una persona muy inteligente, que ha sobresalido gracias a su capacidad reflexiva, ella era como un pilar en donde se apoyaban las decisiones familiares. Por otro lado Tania fue descrita como una mujer fuerte, que ha logrado transmitir a sus hijas valores como la valentía, la perseverancia y la responsabilidad. Todas concordaron en que el lazo que las une es el amor que sienten por Noé, además de destacar que las tres estaban dispuestas a hacer cambios, no solo por Noé, sino también por ellas mismas.

Se observó que un *sistema significativo* (Bertrando y Arcelloni, 2008) de la familia era la diada de hermanas Marina y Mariel; fue notorio que para ambas reforzar su vínculo era algo que las motivaba a plantearse metas y lograr hacer cosas para ellas mismas. A partir de la *retroalimentación* (Cecchin, 1989) proporcionada por la familia fueron convocadas a las siguientes dos sesiones Marina y Mariel; esta parte del proceso se orientó a *hipotetizar* (Selvini, Et, al, 1980; Cecchin, 1989) sobre las cosas que las han ayudado a salir del fango y a verse como personas que pueden hacer frente a los conflictos. Marina es un apoyo muy importante para Mariel pues de ella obtiene discursos positivos que no hacen referencia a una Mariel alcohólica sino a una mujer con muchas fortalezas. Luego de dos sesiones continuas a las que asistieron Marina y Mariel, se logró que ambas se vieran desde lugares distintos;

Marina no solo era la mujer inteligente, además tenía otras fortalezas como la lealtad, el compañerismo y no siempre tenía la razón, por otro lado, Mariel era muy sociable, creativa y lista.

La *apertura* durante la séptima sesión, giro en torno a que Marina asiste sola, quien explicó que durante los últimos días habían surgido nuevamente confrontaciones entre su madre y su hermana, Marina con molestia relata como ella y su madre habían organizado una fiesta de cumpleaños a Noé y durante esta, Mariel irrumpió alcoholizada lo que provocó que Tania la recibiera con un gran disgusto. Desde entonces Mariel se distanció nuevamente de la familia.

La sensación de Marina era de enojo y cansancio pues sentía que su madre le exigía cosas que no le correspondían como cuidar de Noé, ella cedía para no negar su apoyo, sin embargo, sentía que mientras más cosas permitía, Tania le dejaba más responsabilidades a pesar de que Marina ya no vivía en casa con ellas. Marina expresó sentirse sobrecargada y que era la única que hacía cambios y cedía incluso sobre responsabilidades que no eran suyas.

Desde una postura de *respeto* (Cannova,2005) se escuchó a Marina quien se definió como la mediadora de su familia, lo que le implicaba una gran carga pues eso la hacía responsable de que las cosas marcharan bien. Marina vivía esa postura como algo que truncaba proyectos como irse a estudiar a otro país, pues su familia la necesitaba y ella no los abandonaría. Además, expresó que su lugar era el de preocuparse por todos, pero a ella le faltaba que alguien le preguntara como se sentía o cuáles eran sus necesidades.

Durante dos sesiones continuas con Marina se trabajó alrededor de sus *premisas* y de la forma cómo ella parecía atribuirse la total responsabilidad de que su familia estuviese bien. Las *hipótesis* (Bertrando, 2011) generadas ayudaron a construir con Marina una posición distinta desde la cual ella pudiese continuar con su familia sin sacrificar sus propios proyectos. Marina comenzó a nombrar rutas distintas que podía seguir, reconoció que para ella era importante que la vieran como una persona que también se equivocaba o que necesitaba de apoyo y de estimulación en su vida.

Mariana logró *situarse en el presente* (“salir del fango”) y en las cosas positivas que veía de su familia, comenzó a ver que tanto Tania como Mariel tenían recursos que podían usar para

cuidarse a sí mismas (Tania era muy trabajadora y fuerte, Mariel tenía intenciones de cambio, solo necesitaba que su madre diera más espacio a las equivocaciones y a otros modos de actuar). Si Marina lograba alejarse un poco estaría contribuyendo a que su madre y su hermana pusieran en marcha sus fortalezas.

Luego de esta sesión comenzó a darse voz a la petición de Marina sobre invitar a Tania y a Mariel a responsabilizarse de su parte para mejorar la dinámica familiar; el equipo terapéutico dio cuenta de que se estaba posicionando de una forma similar a la familia de Mariana pidiéndole a ella que continuara colaborando y siendo la columna principal.

El proceso da un giro quitando a Marina como el centro para la solución e invitando a Tania y a Mariel a colaborar, así se envió un mensaje a la familia “ya no podemos seguir recibiendo únicamente a Marina, deseamos saber si Tania y Mariel están comprometidas para asistir”. El mensaje fue recibido por Tania quien ese mismo día asistió al espacio terapéutico pidiendo que el proceso continuara pues ella si estaba comprometida.

Durante la sesión 13 asistieron Tania, Mariel y Marina. Una de las *aperturas* fue meta-comunicar a la familia que su conversación transcurría con menos interrupciones entre Tania y Mariel. Cada una se mostró más abierta a escuchar las palabras de la otra y al mismo tiempo pudieron expresar lo que deseaban que pasara para que las relaciones en la familia mejoraran. Debido a que el contexto del intercambio dialógico mantuvo un clima emocional de escucha y comprensión mutua cada una pudo hacer peticiones concretas, por ejemplo: Tania pidió que en casa las relaciones fueran *respetuosas*, es decir, escuchar sin gritar, no llegar a los golpes, mantener un tono de voz bajo, pedir la opinión del otro sobre decisiones que incluyan a toda la familia. Mariel pidió a su madre que dejara de preguntarle todo el tiempo sobre sus planes o los lugares a donde iba ya que eso representaría que su madre estaba confiando en ella, pidió que respetara las decisiones que había tomado para comenzar un proceso de rehabilitación, además comenta “deseo que se me reconozca lo que hago bien”. Por su parte Marina pidió a cada una que asumiera sus responsabilidades, que se respetaran sus tiempos y que dejaran de verla como la mediadora.

Marina y Mariel hicieron una invitación expresa a Tania donde le pidieron que reconociera que hay formas distintas de hacer las cosas y que eso no significaba que las diferencias fueran

“malas”. Para transmitir este mensaje ambas hijas reconocieron que muchas de las cualidades que ellas tenían eran producto de los cuidados y la educación que recibieron de su madre. Esto como respuesta a la culpa que Tania sentía por haber abandonado a sus hijas por trabajar para ganar el sustento.

A la sesión 10 asistieron Tania y Marina; ambas describieron mejoras en la relación. Mariel comenzó a avisar a Tania que saldría a determinados lugares regresando al tiempo que dijo que lo haría. Tania comenzó a ver y reconocer los aspectos positivos en Mariel, por ejemplo: le sorprendió mucho un cambio de muebles que Mariel hizo a la casa, como si la hubiese transformado (meses anteriores cada vez que Mariel movía algo de lugar Tania se molestaba). El reacomodo de los muebles de la casa fue visto como una metáfora sobre los cambios que estaba haciendo la familia, todas sentían a la casa como un lugar distinto, aunque seguían en la misma casa.

Tania señaló estar comenzando a confiar en Mariel, dejó de perseguirla, respeta sus decisiones y le reconoce las cosas que su hija hace y que le resultan agradables. Tania introduce la metáfora de haber dejado una “lápida” que había cargado por 50 años; llevarla consigo le permitía ser fuerte y no flaquear, sin embargo, haberla dejado le ha permitido descansar de ese peso de la “rigidez”; Tania agradeció a la lápida por haberla hecho fuerte, sin embargo, ya no la necesitaría más, reconoció que le gustaba sentirse ligera y era sano aprender a soltar.

Marina sorprendida por los cambios comentó que ha podido tener conversaciones con su madre y hermana y que se ha sentido escuchada. El alejarse y mirar que su familia sigue adelante le hacen confiar en los recursos de Tania y de Mariel. Agregó que ha llegado a un lugar donde nunca imagino estar, “no sé a dónde dirigirme, pues no había pensado que llegar aquí fuera posible”. Devolvió a su madre palabras de agradecimiento “ahora entiendo que parte de las cosas que me hacen ser Yo, vienen de ti (Tania), pues hoy te veo como una mujer muy fuerte e inteligente, solo que antes tu fuerza estaba mal dirigida y ahora ha encontrado una dirección más útil”.

Respecto a Mariel comentó “mi hermana todo el tiempo cambia, pero nunca lo había hecho hacia los demás (en las relaciones)”.

En general, Marina y Tania mencionaron que incluso los temas de conversación han cambiado, todas comparten sus planes a futuro, hablan sobre sus proyectos y se han dado espacio para pasar un tiempo juntas. Reconocieron que todos estos cambios se han reflejado en Noé a quien observan más feliz, menos preocupado y más cercano a Mariel.

Para el cierre del proceso Tania pidió un espacio individual para Mariel, sin embargo, su hija no pareció interesada en asistir. Luego de observar esto Tania decide tomar ella las dos últimas sesiones. En ellas se exploraron los prejuicios que comenzaban a surgir, uno de ellas tenía que ver con que “las mujeres pueden valerse por sí mismas y son capaces de ser independientes, fuertes y arriesgarse a tomar decisiones. No es importante la presencia de un hombre para que las mujeres logren su desarrollo”. Ella habla sobre cómo ha utilizado sus recursos para aprender a confiar en ella y ser un pilar fuerte no solo para su familia nuclear sino también para su familia extensa; “estoy muy familiarizada con las ideas de la equidad de género y eso quiero que mis hijas lo aprendan”.

Otro *prejuicio* importante es en torno al desarrollo personal “Invertir en el bienestar personal es importante”. Tania comentó que la ascendieron en el trabajo, que eso la ha hecho muy feliz, ahora desea terminar un curso pues ella sabe portugués y desea dar clases en una escuela.

Tania agradeció por el espacio y porque en él, pudo encontrar a una Tania distinta, llena de vida, con fortalezas y con muchos sueños por cumplir. Expresó que no se olvidaría de la Tania rígida pues de ella aprendió mucho pero que estaba lista para continuar sin esa parte he intentado cosas distintas. Respecto a Mariel agregó “me hubiese gustado que mi hija participara más, pero sé que quizá no sea su momento, he aprendido a respetar sus decisiones, yo solo soy un apoyo, pero no puedo interferir más en la vida de Mariel; y verme así me hacen sentir en paz”.

3.2.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica

Análisis del sistema familiar

La familia asistió a solicitar el apoyo de atención terapéutica con la idea de que Noé tenía una dificultad; parecía que esta noción era compartida por Tania y por Marina, quien incluso a la primera sesión asistió solo como compañía. En ese primer momento parecía haber una desconexión entre lo que ocurría alrededor de Noé; es decir, los conflictos entre las interacciones de las diadas Tania- Mariel, Mariel- Marina, Marina- Tania; y los comportamientos del menor.

Inicialmente la familia situó el conflicto en Noé, quien a primera vista no mostró señales de requerir un apoyo especial. Noé se observó atento y participativo. Esto dio pie a que la familia comenzara a cuestionar cómo sus interacciones estaban implicadas en el problema (las conductas violentas de Mariel en la familia). El motivo de consulta puesto en Noé conllevó a un desconocimiento acerca que las acciones de un miembro en la familia impactan en el otro.

Tania parecía estar volcada sobre su nieto, dedicándole toda su atención, cuidados y manteniéndolo alejado de su madre Mariel, como una forma de descalificar la conducta de su hija ante el consumo de alcohol. Lo que a su vez había mantenido más alejada a Mariel de su hijo y de su madre. Parecía que el alejamiento producía más alejamiento, Tania mantenía alejado a Noé de Mariel, Noé se alejaba de Mariel. Mariel sentía el rechazo de su madre y de su hijo y se distanciaba, incluso de manera agresiva. El alejamiento entre Mariel y Tania-Noé parecía incrementarse volviéndose una relación cada vez más hostil. La hostilidad que estaba presente en la familia había influido para que Marina decidiera salir de ese clima e irse a vivir fuera de casa. Sin embargo a pesar de estar fuera era quien más cercana se encontraba de Tania, Noé y Mariel, era como si su ausencia agudizara los conflictos; quienes vivían dentro de la misma casa se mantienen distanciados y Marina que vivía fuera era quien permanecía más unida a cada uno de ellos.

¿Qué aspectos pudieron estar impactando en que la familia se encontrara en esa dinámica?

Parece que la familia compartía *un sistema de valores, creencias y premisas familiares* (Fruggeri, 1992) mediante las cuales entendían y se relacionaban con el problema. La premisa sobre el respeto fue un tema predominante en el proceso; para Tania era importante respetar los acuerdos, las responsabilidades y el espacio que compartían para vivir; Mariel defendía un respeto hacia su independencia, hacia su espacio personal, hacia sus decisiones y hacia su postura como madre de Noé; Marina pedía respeto hacia sus planes, hacia los compromisos y hacia el desarrollo personal. Parecía entonces que el tema del respeto estaba relacionado con otra premisa familiar, la independencia como un valor importante y una base para el desarrollo. Ser independientes significaba que cada una poseía recursos y que los utilizaba para ser una mejor mujer. Los significados de “Mujer independiente” en esa familia significaban realización, desafío, valentía, fuerza, y el conjunto de esas características hacía que este tipo de mujer fuera respetada y tuviera Voz para tomar decisiones.

El empoderamiento femenino era una línea que atravesaba a tres generaciones de ese sistema familiar, comenzando por la madre de Tania quien al tener cuatro hijas comenzó una lucha a edad temprana para poder proporcionarles sustento, techo y alimento. Del padre de Tania no se sabe mucho porque incluso no es traído al discurso como un elemento relevante. Pareciera que su ausencia posibilitó que Tania observara en su madre a un ejemplo de mujer fuerte e inteligente, que buscó por todos los medios “sacar una familia adelante”. La madre de Tania poseía una voz muy fuerte que continuaba presente en la vida de su hija Tania y de sus nietas Marina y Mariel.

Tania por su parte comentó haber sido una mujer aventurera, tanto que no midió las consecuencias de relacionarse con un hombre alcohólico (el padre de sus hijas). Su historia estuvo atravesada por momentos de lucha y de valentía. Ella es la mayor de sus hermanas; recordó haberlas apoyado muchísimo en cuestión emocional y económica desde que Tania era pequeña. Por la ausencia de su padre, ella desarrolló un carácter fuerte y rígido que le permitió defender a su madre y hermanas. Tania tuvo el ejemplo de su madre sobre cómo ser una mujer respetable, ella adoptó esos ejemplos y los incorporó a su propia construcción de mujer. Desde entonces comenzó a cargar con una “lápida pesada” integrada de todos los aprendizajes de sus experiencias pasadas que le ayudaron a seguir siendo valiente, emprendedora y fuerte. Tania agradece a esa lápida pues de esa fortaleza se sirvió para hacer

de sus hijas unas buenas personas, luchó por superarse a sí misma, por lograr metas personales.

Marina siguió los pasos familiares sobre cómo ser mujer, desde pequeña se caracterizó por ser muy lista en la escuela. Ese recurso siempre lo tuvo visible y se esforzó por terminar una carrera (Sociología) y más tarde una maestría. Logró irse a estudiar de intercambio a España y se define como una mujer que tiene muchos proyectos profesionales. Su inteligencia y el reconocimiento de sus propias necesidades la llevaron a observar que si permanecía en casa “el fango” terminaría hundiéndola, sin embargo, si lograba salir podía hacer más cosas por su familia desde fuera. Así lo hizo, logró salir de casa, aunque esa decisión no la aprobara su madre. Consiguió un trabajo de medio tiempo que le permitiera estudiar. Marina pareció muy clara todo el tiempo respecto a lo que ella quería y a las cosas que tendría que hacer para lograrlas.

Mariel ha luchado contra la etiqueta del alcoholismo, de ser vista como la mujer débil, para convertirse en la mujer que logra sueños y que usa sus propios recursos para vencer obstáculos. El camino no le ha sido fácil pues desde niña tuvo el estigma (puesto por una Psicóloga) de que sería una niña problemática; ese parecía ser su lugar en la familia. Así se completaba la polaridad entre las mujeres fuertes y las débiles. Sin embargo, su fortaleza fue vista desde un lugar distinto. A diferencia de su madre y de su hermana, Mariel era una mujer que podía expresar emociones, que podía tener contacto sin sentirse vulnerada, que podía atravesar las barreras de la rigidez. Su fortaleza en ese sentido era que ella podía romper esquemas y atreverse a hacer cosas distintas a las costumbres familiares.

Durante el proceso terapéutico cada una pudo situar cuáles eran las fortalezas que las caracterizaban, esto fue una parte relevante pues hacía que se diferenciaran, pero desde un lugar donde esas diferencias no significaran un problema sino una complementariedad. Como si el sistema familiar necesitara de ciertas piezas contrastantes -polaridades- para poder funcionar.

Tania, Mariel y Mariana pudieron identificar cuáles eran sus valores preferidos, sus premisas familiares, algunas fueron cuestionadas y otras fueron reafirmadas. A continuación, se

ejemplifican las premisas que resaltaron durante todo el proceso, que sostenían su actuar y la forma en que percibían su realidad (Cecchin, Lane y Ray, 1998):

- Las mujeres pueden valerse por sí mismas y son capaces de ser independientes, fuertes y arriesgarse a tomar decisiones. No es importante la presencia de un hombre para lograr sus metas o su desarrollo, basta con querer lograrlo para hacerlo que suceda.
- Es importante el éxito personal y que cada una dedique tiempo para hacer las cosas que quieren lograr. Invertir en el bienestar personal es fundamental.
- El respeto es una parte importante para la convivencia, sin embargo, el respeto no es imposición, sino reconocimiento de la individualidad de la otra persona,
- La violencia no va bien en las relaciones familiares.
- Mantener un aspecto agradable de la casa es reflejo de quienes la habitan.

Parece ser que los elementos que ayudaron a la reconfiguración del sistema fueron por un lado la motivación encontrada en hacer cosas hacia y para ellas mismas, el bienestar de Noé, el apoyo familiar para el logro de sus metas y ver que los pasos que iban dando las acercaban a sus lugares preferidos.

Los cambios iniciados en una parte del sistema -la postura de flexibilidad de Tania y Marina posicionada nuevamente como hija y hermana- generaron cambios en otras partes -Mariel se mostró más comprometida a respetar los acuerdos, se acercó a su hijo Noé y redefinió su lugar en la familia; Noé se mostró con un mejor comportamiento, menos ansioso y más cercano a su madre- (Boscolo y Bertrando, 1992). Los principales cambios a nivel individual fueron que Mariel comenzó a asumir sus responsabilidades; Tania arrojó su “lápida” para ver las cosas positivas en su vida y para verse a sí misma; Marina dejó de verse como la madre de Tania, de Mariel y de Noé, pudo enfocar su atención a sus proyectos personales. A su vez todo esto impactó en Noé quien pasó de ser un niño inquieto- triste, a otro tranquilo y afectuoso con su mamá.

Respecto al tiempo, la familia logró construir un andamiaje entre los sucesos pasados y presentes. Las identidades individuales se resignificaron mediante la atribución de significados distinta de los eventos pasados. Con base en el anillo reflexivo (Boscolo y

Bertrando, 1992; 1996) se rescataron memorias que habían permanecido calladas en las remembranzas y al traerlas al presente se tejieron nuevos significados. Por ejemplo, se habló de las veces en que Mariel no había sido una niña problema y de cuando había ayudado a su madre y a Marina a resolver algún conflicto. Regresar al pasado pudo hacer que se miraran cosas que no eran reconocidas. Al verlas y regresar al presente Mariel es definida por su hermana y por su madre como otra columna más que sostenía a la familia. Respecto a Tania, ella pudo ver que su “lápida” no debía ser tirada totalmente, sino guardada como un acompañante del cual aprendió mucho. Sus hijas lograron ver que muchas de las cualidades que ellas tenían venían de su madre, Marina compartió “Ahora entiendo que mi interés por el desarrollo personal inició primero en mi madre, no había visto lo inteligente que ella es”.

Al final del proceso Tania, Marina y Mariel resignificaron sus identidades y con ello fueron reconocidas por las otras como mujeres independientes, luchadoras y aguerridas; cada una desde sus propias trincheras. Esta reconfiguración las colocó en un lugar distinto al interior de la familia, Tania pasó de ser la columna inamovible a una mucho más flexible que podía ceder espacio a estructuras distintas dentro de la misma construcción. Mariel pudo ser vista como otra columna igual de fuerte que podía sostener peso al mismo nivel que Tania y que Marina. Marina que era la columna principal pudo moverse hacia otro lugar donde el peso que cargara fuera menor. De esta forma las tres columnas familiares podían sostener una estructura definida que pudiera proteger a Noé. El hecho de que el peso total se haya distribuido hizo notar los aspectos relevantes de cada una y señalar las cualidades, así cada una en su lugar podía tener espacio suficiente para luchar por sus propias metas, sin dejar de pertenecer a ese lugar. Tania señaló “la casa sigue siendo la misma pero cada lugar parece ser distinto”.

Evolución del sistema familiar en el proceso terapéutico e intervenciones asociadas

- *Reconocimiento del sistema significativo.*

Mediante el *cuestionamiento circular* (Tomm, 1987), se llevó a la familia a dar cuenta de cómo sus acciones impactaban en el resto del sistema, para ello se les invitó a Tania y Marina a que describieran las situaciones problemáticas en términos de lo que ellas podían hacer distinto, pues en principio recurrían a describir el problema en función de las acciones de la

otra (“es que mi mamá”, “es que mi hija”, etc.). Tania y Marina pudieron dar cuenta de que sus acciones influían en el comportamiento de Mariel y de Noé. Así el sistema significativo quedó integrado por Tania, Marina, Mariel y las terapeutas.

- *Ampliación del lente por el cual ver a Mariel: Tania, Mariel y Marina.*

Se habló sobre lo que cada una deseaba que ocurriera en el espacio de terapia. Un punto fundamental fue reconocer la presencia de Mariel y dar espacio para que su voz fuera escuchada y no se perdiera con la voz de Tania. Se observó que Marina era un apoyo para Mariel en su intento por alzar el volumen y hacerse escuchar.

La posición de *neutralidad* (Tomm, 1987) implica también dar cabida a todas las voces y que cada una pueda encontrar un lugar de respeto desde el cual hablar, por ello el discurso fue interrumpido en varias ocasiones a fin de posibilitar que todas las voces fueran expresadas, al tiempo que se daba un acompañamiento siguiendo los tonos emocionales del discurso.

Muchos de los diálogos intercambiados se hacían en términos de usar etiquetas que descalificaban (“ella es alcohólica”, “es muy cerrada, nunca escucha”, etc.), para ello se invitó a la familia a pensar en que otros términos podían usar para describir la idea que querían expresar, se lanzaron *hipótesis* (Bertrando, 2011) sobre el impacto de estos discursos en la construcción de la identidad sobre la cual se depositaban. En este ejercicio las terapeutas escuchaban desde una posición activa, sondeando las respuestas de la familia, planteando nuevas preguntas, poniendo atención a sus respuestas verbales y no verbales con la finalidad de ir estableciendo distinciones (Tomm, 1987).

Algunas preguntas planteadas: ¿puedes imaginar lo que significa para ella que la describas como una alcohólica?, ¿si la describieras distinto, mejoraría la relación?, ¿cómo podrían beneficiarse de usar diferentes términos? ¿cómo te imaginas que ella está entendiendo el respeto?

- *Reconocimiento de los aspectos que desean sigan prevaleciendo: Tania y Marina.*

Se orientó a que Tania y Marina pudieran ver que no todas las cosas en la interacción las llevaban al fango. Marina es quien logra reconocer más aspectos positivos, mientras que

Tania hace continuas vueltas al pasado para descalificar que en el presente están ocurriendo cosas que ayudan a la relación. Mediante el cuestionamiento circular se puntualizan las cosas que cada una hace para abonar a dar pasos fuera del fango. Durante el intercambio dialógico se pone especial atención al uso de las palabras, privilegiando aquellas que señalan descripciones positivas de la relación o características personales; pues a partir de la incorporación de nuevas palabras o significados distintos se comienzan a generar cambios; es decir la comunicación humana es un intercambio de significados y sobre estos adquieren sentido las relaciones (Bertrando y Arcelloni, 2008).

Algunas preguntas que se formularon: ¿cuáles serían los beneficios de que las cosas se hicieran como tú lo dices?, ¿para quién sería importante el respeto?, ¿qué piensas que diría ella si continuaras pidiéndole las cosas con un tono de voz distinto?, ¿cómo puede contribuir cada una para que la responsabilidad sea algo que siga ocurriendo?

- *Fortaleciendo el vínculo fraternal: Marina y Mariel*

Se vincularon las experiencias que Marina y Mariel tenían sobre ser hermanas, qué cosas eran admiradas por cada una, cómo podían ser cómplices para apoyar a Tania a mirar las cosas positivas, cuáles son las responsabilidades que cada una piensa que le corresponden, qué cosas han aprendido cada una de su hermana.

En esta parte las experiencias traídas del pasado fueron fortaleciendo el vínculo como hermanas, logrando resaltar los aspectos positivos de cada una. Mariel pudo expresar a su hermana que sentía gran admiración por ella y que se sentía muy apoyada por ella. Marina le reflejo las cosas que le parecían positivas de su comportamiento y compartió que ella la observaba como una persona que podía romper esquemas, improvisar, divertirse.

La postura una vez más fue de *respeto* (Cannova, 2005). Además de que en la *circularidad* (Tomm, 1988; Bertrando, 2011), las terapeutas pudieron expresar las emociones que las historias que compartían Marina y Mariel les hacían sentir.

Algunas preguntas que se hicieron: ¿cuáles son las cualidades que observas de tu hermana?, ¿hay cosas de la experiencia de Mariel que te han sido útiles?, ¿cuáles son las metas que

comparten y cómo se apoyan?, ¿cómo planean apoyar a Tania en este camino de salir del fango?

- *Construyendo las columnas: Marina.*

Se esperaba contar con la presencia continua de Mariel en el proceso, sin embargo, eso no pasó y quien terminó asistiendo a las sesiones fue Marina, quien en un principio solo acompañaba a su madre. Se trabaja con Marina sobre cómo ella ha hecho cosas para apoyar al fortalecimiento de los vínculos familiares. Sin embargo, se consideró importante mirar que el sistema terapéutico se estaba mimetizando con la familia. En ella Marina era quien resolvía los conflictos y eso la sobrecargaba. En el espacio terapéutico Marina era quien asistía para no perder el espacio y con la esperanza de que su madre y hermana se involucraran.

Tomando en cuenta la *retroalimentación* (Bertrando, 2011) con la familia el sistema terapéutico empatizó con la posición en la que Marina estaba colocada, así se tomó la decisión de no retomar el proceso hasta que Tania y Mariel se involucraran. Esta decisión le pareció bien a Marina quien en ese punto reconoció sentirse sobrecargada y con la necesidad de ser escuchada, “yo también necesito apoyo, yo también necesito que me pregunten cómo estoy”.

Se validaron los esfuerzos de Marina, el compromiso mostrado y el paso que pudo comenzar a dar para que desde fuera continuara apoyando a su familia, pero sin renunciar a sus metas personales.

Algunas de las preguntas formuladas: ¿qué piensas que pasaría entre tu madre y tu hermana si tu comenzaras a mantener distancia de sus conflictos?, ¿en qué posición crees que ellas te colocan dentro de la familia?, ¿qué recursos ves en ellas que te harían pensar que pueden resolverlo solas?, ¿cómo te beneficiaría poner más atención a tus proyectos personales?, ¿cómo crees que se sentiría Mariel de recuperar a su hermana y dejar de tener a dos madres?

- *Reacomodando las columnas. Tania: Mariel y Marina.*

Tania, Mariel y Marina pudieron comenzar a hacer cosas distintas. Tania comenzó a ser más flexible pues sus hijas la invitaron constantemente a pensar que hay muchas formas de hacer

una misma cosa y también es válido. Mariel quedó un poco más al margen de los conflictos entre su madre y hermana, comenzó a poner más atención a su trabajo y escuela. Mariel comenzó a respetar los acuerdos que las tres habían establecido. Además, señaló que ella deseaba un espacio de terapia individual y que ya lo estaba buscando.

La identidad de cada una fue redefinida eludiendo a sus fortalezas y puesta en marcha de sus recursos (Boscolo, Cecchin , Bertrando y Bianciardi, 2003). Se puso especial énfasis en cómo se iba construyendo el andamiaje entre las historias pasadas y presentes. El resultado fue que se miraron y miraron a la otra desde un lente distinto, con más flexibilidad, menos etiquetas o ideas terminadas. También estaban más receptivas a lo que la otra pudiese decir.

Algunas preguntas que se hicieron: ahora que Tania ha dejado de perseguirte ¿crees que ya esté respetando tu intimidad?, ¿cómo te das cuenta de que Mariel ya está respetando los acuerdos?, ¿ahora que tu columna se ha movido de lugar, ¿cómo crees que te ven?, ¿cuáles son las cosas que disfrutan de estar en este nuevo lugar?

- *Construyendo una nueva casa fuera del fango: Tania y Marina.*

Se retoman las experiencias positivas que el reacomodo ha traído a la familia. Las terapeutas comparten sobre su experiencia de haber participado en el proceso de crecimiento junto con ellas (Cecchin, Lane, y Ray, 1998). Se hace un resumen sobre los cambios que desde la mirada-del observador son visibles.

Se comenta que Mariel aún consume alcohol y sale de fiesta, pero Tania piensa que aún no es momento de que su hija se comprometa a trabajar esa parte. Sin embargo, reconoce que ahora que ha “dejado caer la venda” ha comenzado a reconocer las cualidades de su hija y entiende que la intención de cambio debe venir de Mariel no de las exigencias que Tania pueda hacerle. Marina se encuentra sorprendida de los cambios, más relajada y feliz al ver que puede tener una conversación motivante con su madre y hermana.

Se usa la metáfora de la casa “parece que la casa está viva, hay vida y luz”. Ellas agregan “es la misma casa, pero el lugar es distinto”.

Algunas preguntas que se hicieron: ¿cómo se siente estar en esta nueva casa?, ¿cómo se explicará estos cambios Noé?, ¿si Mariel estuviera escuchando todo esto, que pudiera contestar?, si estar en este lugar es algo que las hace crecer ¿qué cosas van a contribuir a cuidar y proteger ese espacio?

- *Soltando la lápida: Tania.*

Con el nuevo acomodo de la familia cada una pudo comenzar a pensar en sus metas personales, en el caso de Tania, comenzó a mejorar la calidad de su trabajo y obtuvo un ascenso. Al principio Tania llegó con una marcada parálisis facial a causa de las tensiones, durante el proceso se fue recuperando, cuidando de su arreglo personal, su postura volvió a ser erguida y el tono de voz que antes fue monótono, bajo y lento, cambio a ser fluctuante y alto.

Tania define el proceso en términos de aprendizaje y autodescubrimiento. Se describe como más tranquila, abierta, interesada por los planes de sus hijas, por conocer sus gustos, por apoyar sus decisiones y dejarlas que se responsabilicen de ellas. Respecto a Noé, lo sigue cuidando, pero con la diferencia de que también cuida de sí misma. Planea continuar estudiando para enseñar portugués. Se observa como una persona reflexiva lista para volar.

3.2.3 Análisis del sistema terapéutico total

Al inicio se construyeron algunas hipótesis sobre lo que la familia estaría buscando al asistir a terapia, siempre teniendo la óptica de que las construcciones que se generaran en el equipo solo eran formas de mirar, es decir, eran posibles mapas, pero no reflejaban el territorio.

En este proceso se privilegió la conversación y la relación antes que la puesta en marcha de las intervenciones. Para las terapeutas fue muy importante promover un clima de confianza, respeto y escucha (Bertrando, 2011) donde la familia se sintiera cómoda y también las terapeutas.

En un principio, los temas centrales fueron en torno a saber cómo se daban las relaciones en el sistema familiar; cuando se obtuvo esta información comenzaron a surgir todo tipo de hipótesis, que llevaron de inmediato a poner el foco sobre las relaciones familiares, desde un

prejuicio venido de la formación que dicta que los problemas no están en las personas sino tienen su origen en las relaciones (Cecchin, Lane y Wendel, 1997).

Un prejuicio más que estuvo presente fue el de conocer los aspectos positivos en la familia asumiendo que la puesta en marcha de estos, les ayudarían a hacer frente a la situación, sin embargo, pronto encontramos que la familia necesitaba hablar del problema y de las cosas que se encontraban alrededor, esto fue visto como una situación donde la familia no estaba lista para hablar de cómo resolverlo, fue importante esa retroalimentación para cuestionar nuestra postura de “hablar de las cosas que si funcionan”, en ese sentido la mirada volvió al problema, atendiendo la necesidad de la familia de ser escuchada.

La postura sobre hablar de lo positivo tenía que ver con el momento de la formación en que nos encontrábamos, pues al encontrarnos con la epistemología de la “psicología positiva” tratamos de incorporar ese conocimiento con la familia, un poco, olvidando que es la familia la que nos dirige y que más allá de nuestra necesidad como terapeutas de aplicar modelos, la familia llega con un problema y quieren hablar de él. Eso de manera personal fue importante pues me hizo volver la mirada hacia cuestionar porque no escuchábamos a la familia.

A medida que fueron transcurriendo las sesiones íbamos ganando mayor experiencia con los modelos y reconociéndonos más en una postura de apertura y curiosidad por conocer a la familia. Igualmente, cuando la familia nos mostró más partes de sus historias, las hipótesis que teníamos del sistema iban aumentando, pero siempre desde una postura de curiosidad por saber si eran cosas que se acercaban o más bien se alejaban de las premisas familiares.

Algo muy llamativo del proceso fue que en un punto nos mimetizamos con la familia al pretender que fuera Marina quien hiciera propuestas, quien hiciera cambios, quien motivara a su familia. Descubrirme en esa posición me hizo sentir incomoda pues vi que estaba dejando de escuchar, había construido la certeza de que Marina era una coterapeuta más que debía ayudar a resolver. Mi coterapeuta tuvo una sensación similar.

A pesar de este sentimiento de estar forzando y sobre cargando a Marina, el supervisor parecía tener otra idea donde Marina era una entrada al cambio de la familia. Ese momento de diferencia fue crucial en el proceso, pues mi coterapeuta y yo pudimos escuchar la

emoción que sentíamos, hablar de ella y establecer qué queríamos hacer con esa sensación, fue algo así como “escuchar a nuestra intuición”. Fue grato ver como el sistema terapéutico aceptaba esta idea y podía ser flexible respecto a las posiciones que fuimos marcando.

Dejar de perseguir a Marina me dio una sensación de alivio, pues ya comenzaba a sentirme incomoda durante ese par de sesiones. Ese movimiento permitió tanto a terapeutas como a la familia, un movimiento. Las terapeutas comenzaron a poner más atención respecto a lo que ocurría adentro de la sesión, a monitorear sus emociones y cuestionar de dónde venían nuestras preguntas, que cosas de nosotros nos conectaban con la familia.

Respecto a la familia les permitió nuevas formas de solucionar (sin Marina presente), y en consonancia con otros elementos propios de los recursos de la familia, observamos una gran cantidad de cambios.

Este proceso me ayudó a mirar que uno de mis prejuicios favoritos es el relacionado con el género, supongo que desde ese lugar tuve una gran conexión con la familia. Sus historias se conectaron con mis historias familiares de mujeres que luchan por superar sus propios límites y desde ese lugar este caso fue significativo. Además de ser el caso en el que teórica y metodológicamente observé una evolución en mi formación como terapeuta.

El caso me llevó a pensar en cuáles eran mis ideas preferidas, con que cosas me conecto más. Qué cosas estoy dejando de ver cuando elijo ciertas ideas o posturas. Algo en lo que estaré pendiente será en monitorear mi mirada respecto al género pues desear que todas las mujeres sean empoderadas puede llevarme a asumir que el mapa que yo veo es el territorio.

Reflexiones

De mi participación en esta supervisión y los temas abordados en los seminarios me llevo una muy grata experiencia, si pudiera definirla en una palabra yo hablaría de un aprendizaje sobre todo Ético.

Dar cuenta de la cibernética de segundo orden en los espacios terapéuticos fue difícil, sin embargo, reflexionar sobre mi Ética desde ese lugar es aún más complejo. Creo que la postura relacional dialógica me hizo una invitación directa a cuestionar: ¿Qué se necesita para ser un terapeuta familiar?, ¿" Aprender" teorías nos convierte en terapeutas?, ¿A qué principios obedece la Ética en terapia?, ¿Dónde podemos hallar estas respuestas?, ¿La ética es un asunto teórico o una decisión personal?, ¿Es la Ética una representación o una postura?

Mi respuesta hasta el momento es que las cuestiones éticas son como revisamos en clase, cosas indecibles, implican fijar posturas, hacer una revisión a nuestro interior para conocer cuáles son esas ideas que me hacen estar más cómoda.

La perspectiva relacional dialógica me invito a decidir si soy observadora o parte del proceso, a mirar que mis acciones son inseparables de las cosas que me son significativas. Cuando elijo estos lentes para mirar, no estoy eligiendo solo una teoría, sino una postura y una actitud a partir de la cual me voy a relacionar con el Otro; en este proceso pude vivir la diferencia entre aprender a hacer terapia y ser un terapeuta. El Ser Terapeuta implica una especie de arte donde se fusionan las premisas personales y el uso de teorías.

Otro aprendizaje que me llevo es que mi construcción de Ser Terapeuta nunca estará terminada porque siempre habrá cosas que aprender, cuestionar, dudar, incorporar. Cada vez que entro en una danza relacional con Otro será imposible no ser tocado o no dar cuenta de lo que me ocurre en esa relación. En este punto puedo decir que el hecho de conocer ciertas teorías no significa que me he convertido en Terapeuta pues esa posición va más allá de tener un saber declarativo y procedimental, el ser Terapeuta es un proceso no acabado donde la herramienta principal es la persona del terapeuta y su auto- conocimiento, es la danza constante entre los principios individuales y los principios teóricos.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas

El programa de Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar, contempla la importancia de formar a sus egresados para que sean capaces de desarrollar y aplicar competencias y habilidades propias del terapeuta sistémico- construccionista. De acuerdo con los lineamientos del código ético y el compromiso social, los terapeutas familiares se implican en ambientes que les permiten formar un perfil profesional cuyas características se describen en la Tabla 4.

Tabla 4. Habilidades y competencias del terapeuta sistémico- construccionista.

Teórico-conceptuales	investigación- Enseñanza	Prevención	Ética y compromiso social
Conceptualización de los fundamentos teóricos que caracterizan a los modelos de intervención.	Diseño, aplicación e implementación de proyectos de investigación relacionados con la problemática de los consultantes.	Elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria.	Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, basados en el compromiso personal y social.
Análisis y discusión de la viabilidad de las teorías, establecimiento de hipótesis explicativas.	Difusión de conocimiento.	Identificación de procesos que ayudan a prevenir o solucionar problemas psicosociales en la familia y en la comunidad.	Establecimiento de una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los consultantes.
identificación de la especificidad de los modelos de intervención, así como su aplicación clínica en el contexto de incidencia.	Obtención de datos que den noción del surgimiento, mantenimiento, severidad, etc., de los problemas psicosociales presentados. Formulación de hipótesis sobre los posibles factores involucrados.	Aplicación de los programas, en colaboración con los diferentes agentes que intervienen.	Manifestación de respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.
	Realización de análisis contextuales de los problemas clínicos para establecer su		Sensibilidad y respuesta profesional ante las necesidades de la población.

	conceptualización y procesos inmersos.		
	Diseño y conducción de proyectos de investigación aplicada.		Análisis honesto del trabajo terapéutico realizado, apegándose a las normas éticas profesionales.
	Establecimiento de condiciones para el trabajo inter y multidisciplinario relacionado con la investigación aplicada.		Actualización e innovación de las capacidades profesionales constantemente.
			Responsabilidad del desarrollo profesional considerando la necesidad de acudir a terapia si es pertinente.
Clínicas- Detección- Evaluación y tratamiento			
Observación de procesos terapéuticos.	Definición del motivo de consulta y de demandas terapéuticas.	Generación y aplicación de la metodología de cada modelo de intervención para el tratamiento de las demandas de los consultantes.	Reconocimiento de la interdependencia entre conocimiento científico, práctica profesional y necesidades del consultante, contextualizado para la evaluación.
Establecimiento del contacto terapéutico con las personas que solicitan el servicio.	Evaluación del tipo de problema y posibilidades de solución.	Formulación de hipótesis que promuevan el cambio.	Diseño, selección y aplicación de los diferentes métodos, procedimientos y técnicas para incidir efectivamente en la problemática presentada.
Generación de una relación de colaboración con los involucrados.	Definición de objetivos terapéuticos en colaboración con los consultantes.	Evaluación de los resultados y termino del tratamiento.	Establecimiento del curso de acción terapéutico con el consultante para dar respuesta a las necesidades y co-establecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico.
Creación del enganche y de la alianza terapéutica.	Identificación de necesidades y recursos dentro y entre los sistemas.	Creación e instrumentación de herramientas para la evaluación en el proceso de intervención y seguimiento.	Elaboración de reportes de tratamiento.

Como se observa en la Tabla 4, la residencia en terapia familiar con su visión integrativa, no solo busca formar a sus egresados para que sean capaces de abordar las problemáticas clínicas desde las distintas modalidades de intervención que contempla el plan de estudios; sino que

tiene como objetivos, además, formar especialistas de alta calidad, con habilidades y competencias diversas. El egresado de la residencia en Terapia familiar puede hacer frente a las demandas de la población, tanto a nivel de detección, evaluación y tratamiento clínico, como también a nivel preventivo de investigación y de difusión del conocimiento adquirido.

Por lo tanto, el terapeuta familiar es un especialista que desde diferentes ángulos y formas contribuye con sus servicios a mejorar el contexto social mexicano. Al hablar de mi formación como terapeuta familiar puedo dar testimonio del cumplimiento de dichos objetivos, por ello, a continuación, mencionó un panorama breve de mis principales habilidades y competencias desarrolladas.

Durante estos dos años de formación, las distintas actividades que realicé en colaboración con mis compañeros, profesores, supervisores, mi tutora y las personas que nos consultaron me permitieron desarrollar habilidades y competencias profesionales que enriquecieron mi ejercicio profesional de varias formas.

En primer lugar, la maestría me dotó de claridad epistemológica, es decir, me brindó una base contextual desde la cual puedo entender el lugar en que se ubica un terapeuta familiar (de acuerdo a cada modelo), el objeto de estudio de la terapia familiar que son los sistemas humanos y las relaciones que establecen el interior y con su entorno. El recorrido por diversos modelos de intervención me brindó un bagaje rico de herramientas, todas útiles para orientar mi trabajo clínico. Al mismo tiempo dentro de la diversidad de modelos y posturas he tenido la libertad de elegir aquellos con los que siento una mayor identificación y de esa forma comenzar a cimentar mi propia postura epistemológica que da sentido a mi ejercicio profesional. A la par puedo tener mayor claridad en torno a la responsabilidad que implica mirar al mundo desde los lentes que he elegido.

Un aspecto fundamental que he comenzado a poner en práctica es la mirada a los procesos recursivos, a concebir una pauta circular y dar cuenta de mis acciones desde la cibernética de segundo orden. Ahora bien, considero que dar cuenta de ello es un primer paso, sin embargo, eso no me exenta de mirar de manera lineal o determinista, pues la mirada sistémica no es una cuestión acabada o definitiva, sino una postura que implica constante construcción. De lo anterior concluyo que estaré constantemente cuestionando mis certezas.

Otro aspecto que puedo destacar es que la formación como terapeuta familiar hace una invitación constante a mirarse a sí mismo como parte de un sistema, a mirar la circularidad y la recursividad. Sin duda mi persona causa efectos en el otro, tanto positivos como negativos, mirarse desde esa perspectiva definitivamente no es fácil, pero siempre resulta enriquecedor. En este sentido dentro del contexto de la maestría formé parte de diferentes sistemas, con mis compañeros, con los profesores, supervisores y con las familias. Esto me permitió reconocer que mi persona del terapeuta no es un agente externo en el sistema terapéutico, sino que mi presencia por supuesto que tiene un efecto en la interacción con el resto y viceversa, yo también soy transformada al entrar en interacción con los otros. Esto también ocurre en el contexto teórico, pues en mi experiencia es imposible leer, practicar y/o reflexionar un modelo sin ser influido por este, por sus ideas, por sus posturas y vicisitudes.

Por otro lado, las diferentes experiencias de mi formación me han dejado claro que mi tarea como terapeuta familia no solo se constriñe a la práctica clínica sino incide en distintas áreas de desarrollo.

Un ejemplo, es que la práctica clínica puede ser una fuente para la investigación. Esto pude observarlo al desarrollar diferentes investigaciones; dos de corte cuantitativo: 1) *Tipificación de género y satisfacción marital*, que permitió cuantificar la relación que existe entre el tipo de tipificación que tienen las parejas y su grado de satisfacción marital y 2) la construcción de un *Inventario de Roles de Género*, es decir, la construcción de una escala que mide la concepción de los estereotipos de género en la población mexicana; y una de corte cualitativo: *Una mirada a la construcción de los roles de género en la vida en pareja: Estudio con una pareja heterosexual y una homosexual*, con la cual pude conocer cómo es la construcción del género en los miembros de una pareja homosexual y una pareja heterosexual y cómo este constructo, influye en la manera en que se relacionan con su pareja. Estas investigaciones aportaron a mi formación el compromiso por mantener una práctica orientada hacia la promoción de la equidad entre los géneros.

Respecto a las habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, tuve la oportunidad de impartir el *Taller de inducción a la residencia en terapia familiar* para los estudiantes de nuevo ingreso, de esa experiencia rescato que el terapeuta familiar también es fuente de

conocimiento útil para aquellos que comienzan el camino, y que el compartir experiencias es una manera de apoyar o aminorar las posibles dificultades que puedan presentar los alumnos de nuevo ingreso.

El terapeuta familiar entiende que la optimización de recursos es crucial, por ello al interior de la residencia los terapeutas en formación contribuyen al mejoramiento de los materiales que son utilizados en los diferentes espacios académicos. Mi contribución en el área fue la traducción de cinco capítulos de “*The mirege of marriage*” material que forma parte de la bibliografía utilizada en la materia de Entrevista y Evaluación Sistémica.

Además de la difusión de conocimiento, una función del terapeuta familiar es acercarse a las comunidades y colaborar con ellas en la prevención y tratamiento de los problemas que las aquejen. Siguiendo este propósito desarrollé un taller titulado “*Mejorando la relación con mi hijo(a) Adolescente*” dirigido a padres de adolescentes que buscan mejorar las relaciones y tener un mayor entendimiento con sus hijos. Esto permite incidir a nivel preventivo teniendo como panorama que los adolescentes atraviesan por distintas crisis y el apoyo de sus padres es un recurso importante para hacer frente a estas.

Una tarea igualmente importante es que como terapeutas familiares tengamos contacto con otros profesionales del área y de la Psicología en general con la finalidad de intercambiar y difundir el conocimiento. Para el cumplimiento de este objetivo asistí al XI Congreso Panamericano en Terapia Sistémica organizado por la Asociación de Terapia Sistémica de Buenos Aires (ASIBA). Este congreso participé como ponente dentro del simposio “Los desafíos del cambio” con el trabajo titulado “*Tipificación de Género y Satisfacción Marital*”. Igualmente asistí a distintos foros académicos, todos ellos importantes para mi formación como terapeuta. La reflexión que me llevó de dichas experiencias es que para nosotros los terapeutas es necesario salir del consultorio hacia otros espacios donde podamos enriquecernos de diferentes perspectivas profesionales de la salud mental. La labor terapéutica es una actividad multifacética, multidisciplinaria y que demanda la búsqueda de conocimiento constante.

Al término de esta etapa de mi formación profesional puedo concluir que no me he convertido en una terapeuta familiar, considerando que el “ser terapeuta” no es una entidad finita, más

bien, requiere de una postura colaborativa, horizontal y transparente en constante desarrollo durante el cual los principios éticos serán compañeros.

A mi entender una postura ética no solo tiene que ver con seguir los lineamientos del Código Ético del Terapeuta Familiar (Tabla 5), además es necesaria una reflexión sobre su aplicación en el ejercicio cotidiano de la profesión, sobre la congruencia entre las prácticas que llevamos a cabo y las competencias desarrolladas a lo largo de la formación.

Tabla 5. Código ético de la asociación mexicana de terapia familiar AMTF.

Responsabilidad con los pacientes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No discriminar o negar el servicio profesional a nadie debido a motivos étnicos, religiosos, de género, nacionalidad, clase o preferencia sexual ▪ Evitar abusar de la confianza, dependencia o relación íntima, de negocios, sexual con el paciente durante y dos años posteriores a la terapia. ▪ No utilizar la relación profesional con pacientes para beneficio propio. ▪ Respetar el derecho del paciente a la toma de decisiones informada y ayudándolo a entender las consecuencias de estas, advirtiéndole que es responsable de cada decisión. ▪ La terapia se prolongará mientras sea razonablemente claro que el paciente se está beneficiando. ▪ Ayudar a los pacientes a obtener otro servicio terapéutico, si por un motivo personal consideran que no está dentro de su competencia tal ayuda profesional. ▪ No abandonar ni negar el tratamiento a los pacientes sin antes hacer los arreglos para la continuación ▪ Obtener previamente el consentimiento por escrito de los pacientes, para uso de grabaciones, videos o presencia de terceras personas.
Confidencialidad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hacer declaraciones sobre las confidencias de los pacientes, excepto en los siguientes casos: ▪ Si lo determina la ley, prevenir daño a una o varias personas, si el terapeuta es acusado de acciones civiles, criminales o disciplinas que surjan a partir de la terapia, si existe una dispensa por escrito obtenida con anterioridad. ▪ Utilizar el material obtenido por el paciente para enseñanza, escritura o presentación al público siempre y cuando el paciente lo haya autorizado y se hayan respetado los principios de confidencialidad. ▪ Conserva los registros del paciente manteniendo la confidencialidad.
Capacidad e integridad profesional
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los terapeutas quedan excluidos de su función cuando, comenten cualquier delio, realizan conductas ilícitas relacionadas con su capacidad o función, tienen licencias o certificados temporalmente suspendidos, han sufrido deterioro físico o mental que los incapacita y no cooperan con la asociación en cualquier punto. ▪ Buscar ayuda profesional para solucionar conflictos que pudieran influir e su juicio clínico. ▪ Como maestros, supervisores o investigadores, deberán aplicar un alto nivel de conocimiento e información precisa. ▪ Mantenerse actualizados en investigación, conocimiento, práctica y actividades de educación continua. ▪ No involucrarse en situaciones sexuales, de acoso o abuso de pacientes, estudiantes, supervisados, empleados, sujetos de investigación e investigadores. ▪ No diagnosticar, dar tratamiento, o aconsejar si el problema no es de su competencia. ▪ Evitar la alteración o mal uso de hallazgos clínicos o de investigación. ▪ Debido a su influencia, poner especial cuidado en sus recomendaciones, opiniones o afirmaciones públicas o privadas.
Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros supervisados

-
- Evitar el abuso de confianza o dependencia de subordinados evitando relaciones duales.
 - No permitir que estudiantes y supervisados ejerzan o se presenten como competentes más allá de su nivel de entrenamiento, experiencia y competencia.
 - Preservar la confidencialidad del material presentado por los supervisados, excepto:
 - Cuando haya un mandato legal, prevenir el daño a una o varias personas, cuando tenga que defenderse de una demanda derivada de la supervisión, para comprobar la responsabilidad del entrenamiento a un supervisado, dispensa previa por escrito.
-

Responsabilidad con los participantes de investigaciones

- En una investigación se tomarán las medidas necesarias para proteger los derechos del participante
 - Informar los participantes sobre todos los aspectos de la investigación.
 - Respetar la libertad de los participantes para declinar de la información.
 - La información que se tenga del participante durante la investigación es confidencial a menos que exista una dispensa previa por escrito.
-

Responsabilidad a la profesión

- Ser responsables profesionalmente cuando actúen como miembros o empleados en organizaciones
 - Otorgar crédito de publicación a aquellos que hayan contribuido con la publicación.
 - Los terapeutas que son autores de libros u otros materiales publicados o distribuidos deberán de citar en este, de quien fue la idea original.
 - Asimismo, deberán tomar precauciones para garantizar que la organización promueva y de publicidad al material con precisión y objetividad.
 - Participar en actividades que contribuyan a mejorar la sociedad y comunidades, incluyendo una parte de su actividad profesional para servicios por los cuales reciba poca o nula retribución.
 - Preocuparse por desarrollar leyes o regulaciones relacionadas a la terapia que estén al servicio del interés público alternando con los que no lo sean.
-

Arreglos financieros

- Informar a los clientes, a quienes cubran los honorarios, y/o supervisados información correcta relativa al encuadre de los servicios prestados.
-

Publicidad

- Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger sus servicios profesionales. La propaganda que se haga deberá corresponder perfectamente con las licencias y títulos académicos obtenidos.
-

Desde la terapia sistémica- construccinista, la ética nos invita a reconocernos como una parte de la danza relacional que crea realidades y posibilidades, danzar requiere una posición de acompañamiento con los consultantes, en la conversación, en la conexión, en el uso de palabras, en la paridad, es una danza donde podemos transparentar y relacionarnos honestamente con el Otro, identificarnos con sus dolencias, con sus emociones y con sus historias al mismo tiempo que nos permitimos ser tocados y transformados.

De ello es que resulta Ético tener disponibilidad al cambio, cuestionar nuestros prejuicios, reconocer aquello con lo que nos identificamos y aceptarlo. Además de reconocer que como terapeutas no estamos “obligados” a seguir una postura si no estamos cómodos con ello, pues tener reflexividad y observar lo que nos ocurre cuando actuamos en determinada forma es parte de posicionarnos en el segundo orden.

En el actuar Ético se ponen en marcha las operaciones de segundo orden que implican la capacidad de construir una realidad compartida al interior de un contexto colaborativo; la Ética demanda conocer nuestras ignorancias y puntos ciegos, saber que nuestras verdades no son universales y que ello da cabida a que emerjan nuevas posibilidades. También nos invita a cuestionar el “mito del control” permitiéndonos entrar en resonancia con los consultantes y saber que “cometer errores” es una posibilidad que puede aprovecharse como un espacio para el aprendizaje y el desarrollo. Esta posición ética no elude al terapeuta de saberse responsable, como persona y en primera persona, de lo que va ocurriendo en el proceso terapéutico.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

Podría describir mi experiencia de formación como terapeuta sistémica, utilizando conceptos como: retos, compromisos, privilegios y cambios.

Un reto, porque ser partícipe de un programa de excelencia en muchas ocasiones implicó renuncias, desvelos, ayunos, luchas internas y constantes dudas acerca de mis capacidades y competencias ante las demandas. Recuerdo mis rituales al inicio de cada semestre sobre nombrar las razones que me llevaron a luchar por un lugar dentro de la Residencia, las convicciones sobre la importancia social de profesionales en el área de la salud, y sobre cada motivación que alimentó mi permanencia durante dos años a pesar de las adversidades geográficas, de salud personal, de inseguridad, desplazamiento, de agotamiento, de saturación, etc. Un ritual más era la celebración al final de semestre pues siempre lo viví como un logro, ya que pude dimensionar que cada esfuerzo traía enormes recompensas.

Un compromiso, en primer lugar, conmigo misma por aprender todo lo posible, aplicar el conocimiento dando lo mejor, dejando atrás mis miedos, inseguridades, certezas, y dando pasos cada vez con mayor firmeza. El compromiso igual de importante con las familias y cada usuario del servicio, pues algo que siempre se enfatizó fue que como terapeutas era nuestra responsabilidad ser lo más útil posible a las familias en cada encuentro, cosa que siempre me hizo mucho sentido, pues a pesar de mis debilidades teóricas y prácticas, las personas que nos consultan se sentaban frente a nosotros con la esperanza de que ese día

encontrasen cosas diferentes que les permitan una mejora respecto a sus problemáticas. Considero que ese esfuerzo estuvo presente en mí y en el resto de mis compañeros, cada uno luchando con sus miedos, con el nerviosismo de ser observados y de dar lo mejor de sí y perfeccionarse en cada nueva oportunidad. Otro compromiso más fue cumplir con el Programa, con la Universidad y con la sociedad en general, pues además de financiar el proceso de formación, en conjunto, se buscó que cada experiencia fuera un espacio para estimular el desarrollo profesional de cada alumno. El contexto de demanda y exigencia fue arduo y riguroso, sin embargo, también representó espacios únicos de aprendizaje que pocas universidades a nivel mundial ofrecen. Concluyo también que el nivel de exigencia está en un proceso de retroalimentación con las capacidades del alumnado, como un sistema se va adecuando y cambiando rumbo a la mejora.

Representó un privilegio, como lo ha sido siempre cada experiencia de conocimiento que he vivido. En primer lugar, por la oportunidad que tuve de representar a ese pequeño porcentaje de la población mexicana con acceso a estudios de posgrado. No solo eso, por haberlo cursado en la UNAM, máxima casa de estudios en México, por la experiencia de cada uno de los profesores que integró el cuerpo docente. Haré una mención fundamental para expresar el agradecimiento a las asesorías brindadas por mi tutora la Dra. Noemí Díaz Marroquín, quien se dio el tiempo para diferentes encuentros con el objetivo de revisar mis avances, desempeño académico, resolución de dudas y dificultades relacionadas con la maestría, pero también con mi bienestar personal, siempre en un ambiente de respeto, orientación y comprensión.

Por otro lado, entre los mayores tesoros obtenidos fue el despertar personal de saber que no puedo embarcarme en un proceso de búsqueda del cambio, sin arriesgarme a ser cambiada en el trayecto. Porque permanecer ajena a la presencia, a las construcciones, significados y realidades de otros es equivalente a no estar presente, a anularse, a dejar colgada sobre la puerta mi persona de terapeuta. Lo que significa dejar de actuar con ética y borrar mi responsabilidad en los procesos. El Ser terapeuta implica estar involucrada en el cambio, lo que conlleva, como en pocas profesiones quizá, la disposición de ser transformada constantemente.

Los cambios múltiples confrontaron mi visión de la vida, de las experiencias, de mis relaciones, y de la forma en cómo hoy día me percibo. El proceso sin duda, fue todo, menos fácil, y el resultado me ha llevado a entender que todo cuanto soy cada día tiene y tendrá un impacto por siempre en mi actuar profesional.

A la residencia entre con un “perfil profesional” y salgo de ella como una terapeuta familiar con más sentido de lo humano, más consiente del impacto de mis pasos y más sensible ante mi actuar en la terapia, en mi vida personal y en mi posición dentro del mundo.

4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional

Como consecuencia, este proceso, ha dejado en mí una transformación personal y profesional. Respecto a las implicaciones en el campo profesional considero que me ha llevado al desarrollo de habilidades que me permiten ofrecer un servicio terapéutico eficaz, breve, ético, que promueva la equidad de género, social, económica, etc.; convirtiéndome así en un agente de cambio ante las dificultades humanas y que tienen que ver con las relaciones que establecemos con los demás, con nosotros mismos y con el resto del mundo.

Haré énfasis en señalar que la inclusión del abordaje terapéutico desde la terapia familiar feminista en la maestría es un gran acierto, pues los enfoques sistémicos pueden llegar a ignorar la mirada de género, especialmente en el trabajo con parejas. Por lo que resulta fundamental para nosotros, los terapeutas, evitar caer en ejercicios que no salvaguarden la integridad individual y los derechos humanos antes que las técnicas, los modelos, o la preservación de estructuras familiares normativas; especialmente en situaciones de violencia.

Otra cuestión importante a considerar es que los servicios de salud son, por lo general, costosos, en el contexto mexicano esta situación se vuelve más crítica pues existe la demanda social pero no los medios, económicos principalmente, para que las personas puedan tener fácil acceso a estos servicios. En ese sentido los modelos sistémicos y posmodernos de terapia resultan de gran utilidad al formarnos como terapeutas que pueden hacer uso de sus conocimientos para hacer eficiente a la terapia en términos de tiempo.

La experiencia también significó para mí la apertura de nuevos espacios de desarrollo profesional, pues el terapeuta no está supeditado a ejercer exclusivamente dentro de un consultorio, también es un compromiso participar en espacios de difusión de conocimiento relativos al área, así como generar encuentros para compartir el aprendizaje.

Considero que la labor de terapeuta implica lidiar con episodios de incertidumbre y tolerancia a la frustración, pues a pesar de tener un plan previo a la sesión, lo que ocurrirá en ella siempre saldrá de una posible predicción y entonces pondremos a prueba esa capacidad de actuar sin necesidad de haber trazado mapas previos. Esto va de la mano con entender que el objetivo de la terapia no radica en descubrir una verdad, una causa, razón o diagnóstico, sino crear sentidos y comprensiones diferentes. Concebir de tal forma a la terapia implica posicionarnos desde otro lugar, el cual exige estar presente y sumergirse en la conversación con la responsabilidad de saber que somos partícipes de las construcciones que se generen durante ese intercambio dialógico.

Algo muy importante que me llevo es la idea de que el cambio no es únicamente responsabilidad del terapeuta, sino que resulta una co- responsabilidad entre terapeuta y consultante para crear mayores posibilidades. Esto me permitió aceptar que como terapeuta no entro al sistema terapéutico con una especie de “mente vacía”, sino por el contrario, asumo que mis valores, creencias, premisas y experiencias invariablemente se cruzaran en la conversación.

Todos estos aprendizajes me han llevado a realizar ejercicios de autorreflexión que me invitan a dudar de lo que creía saber, de mis valores más profundos y de ir transformando- más no desechando- las formas en que entiendo mi realidad. Sin duda salir de la posición de “experta” me genera sentimientos de miedo e incertidumbre, pero encuentro alivio cuando sé que también me invita a escuchar otras voces con empatía y respeto. Voces que invitan a la reflexión, a mirar diferentes posibilidades y a tener una postura de mayor curiosidad.

El proceso al que invita la Maestría es como un espiral, una vez vivido, no se detiene, me invito a mirar mis vulnerabilidades y mis aciertos, a mirar mi historia, mis relaciones, a verme más de cerca y contemplar la vida y el mundo desde un lugar distinto. Agradezco la experiencia de vida que me llevo y a agradezco a todos quienes formaron parte de este camino.

REFERENCIAS

- Alarcón, J. P. (2011). Posibilitar otras familias. La apertura hacia otras construcciones en la noción de familia. *Tramas* 35, 103-121
- Andolfi, M. (2007): *Segreti e menzogne nella famiglia*. [Secretos y mentiras en la familia] Roma. Manuscrito no publicado.
- Asociación Mexicana en Terapia Familiar (1999). Código Ético. México: Autor
- Bateson, G. (1972). *Una ecología de la mente*. Gedisa: Barcelona.
- Bertrando, B. y Arcelloni, T. (2008). Las hipótesis son diálogos: compartiendo las hipótesis con los clientes. Traducción de Celery, I. Universidad de Chile: Italia.
- Bertrando, P. (2011). *El dialogo que conmueve y transforma*. México: Pax México.
- Boscolo L., Cecchin G., Bertrando P. y Bianciardi M. (2003). Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin en entrevista con Paolo Bertrando y Marco Bianciardi. *Postfacio de Clínica Sistémica* (edición italiana de Terapia Familiar Sistémica de Milán). Italia: Bollati Boringheri
- Boscolo, L. y Bertrando P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. España: Paidós.
- Boscolo, L. y P. Bertrando. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*. (31) 119-130.
- Boscolo, L. Y P. Bertrando. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*. (31) 119-130.
- Boscolo, L., G. Cecchin, D. Campbell y R. Draper. (1985). Twenty more questions: selections from a discussion between the Milan associates : Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin with the editors: David Campbell and Rosalin Draper. En

- Campbell, D. y R. Draper (1985). *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. E.U.: Grune and Stratton.
- Burin, M. Velásquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paídos.
- Cannova, R. (2005). El misterio del respeto. *Connessioni*. (16), Febrero.
- Castro, I. (1987). Psicoterapia de mujeres: algunos aspectos relevantes. En: Mabel Buriin (comp.). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: GEL., PP. 375- 401.
- Cecchin, G. ,G. Lane y W. Ray (1998). De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y Familia*. 6 (2) 7-15.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*. 4 (9)17.
- Cecchin, G., Lane, G. y Wendel, R. (1997). *Verità e pregiudizi* (trad. verdad y prejuicios). Italia. Raffaello Cortina.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1998). De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y Familia*. 6 (2) 7-15.
- CONAPO (2015). *Consulta interactiva de Jóvenes*. México: autor.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto nacional Juan Ramón de la Fuente, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México: Autor.
- Dio Bleichmar, E. (1985). *El feminismo espontaneo de la historia*. Madrid: Adotraf.
- Encuesta Nacional de Adicciones ENA 2015 recuperado de www.conadic.salud.gob.mx
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. (2016). México.

ENDIREH (2011) Recuperado de www.inmujeres.gob.mx/index

Escudero, V., Friedlander, M.L., Varela, N. y Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214.

Esteinou, R. (2008). *La familia nuclear en México: Lecturas de su modernidad. Siglos XVI al XX*. México: Porrúa- CIESAS.

Fruggeri, L. (1992). Del contexto como objeto a la contextualización como principio de método. *Conessionni*. (3)75-85.

Giberti, E. (2005). *La familia a pesar de todo. Argentina: Novedades Educativas NOVEDUC*.

Goodrich, T. Rampage, C. Ellman, B. Halstead, K. (1989). *Terapia Familiar Feminista*. Barcelona: Paidós.

Haley, J. (2008). *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hoffman, L. (2004). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Imber Black, E. (1998). *The secret life of families. Making decisions about secrets: When keeping secrets can harm you, when keeping secrets can heal you, and how to know the difference*. New York: Bantam Book.

INEGI (2015). *Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia 2015*. Base de datos México, INEGI.

INEGI (2015). *Resultados definitivos de la encuesta intercensal 2015*. Recuperado de www.inegi.gob.mx

- INEGI (2016). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2016*. Base de datos México, INEGI.
- INEGI (2016). *Encuesta Nacional de los Hogares, 2016*. Base de datos México, INEGI.
- INEGI (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los Hogares 2016*. Base de datos México, INEGI.
- INEGI (2016). *Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo. Cifras durante el segundo trimestre de 2016*. Recuperado de www.inegi.gob.mx
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas.
- Lagarde, M. (2003). La cultura feminista hace la diferencia: claves de género para una gran alternativa. En: Bustos, O. y Blazquez, N. (coords). *Qué dicen las académicas acerca de la UNAM*. México: Colegio de Académicas Universitarias. UNAM.
- Lamas, M. (1986). *La antropología feminista y la categoría "género"*. Nueva Antropología, VIII(30), 173-198.
- Macias, R. (2012). *Entendiendo y tratando el corazón de la familia*. México: El saber Instituto.
- Meler, I. (1998). La familia, antecedentes históricos y perspectivas futuras. En: Mabel Burin e Irene Meler. *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. México: Paidós.
- Meler, I. (1998). La familia, antecedentes históricos y perspectivas futuras. En: Mabel Burin e Irene Meler. *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. México: Paidós.
- Pincus, L. y Dare, C. (1982): *Secretos en la familia*. Instituto Tavistock. Londres: Cuatro Vientos.

- Ramos, L. L. (2002). Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por la pareja íntima. *La ventana*. 16. Pp. 130- 181.
- Ravazzola, M. C. (2003). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. México: Paidós.
- Remer, P. y Worell, J. (1992). *Feminist perspectives in therapy. An empowerment model for woman*. New York: Wiley.
- Remer, P. y Worell, J. (1992). *Feminist perspectives in therapy. An empowerment model for woman*. New York: Wiley.
- Reséndiz G. (2014). Familias: Procesos y sistemas de significado. *Psicoterapia y familia*. 27 (2) 20-28.
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán 1969-2009. *Psicoterapia y Familia*. 23 (1) 20-28.
- Rocha. S. T. y Díaz. L. R. (2005). Cultura de género: La brecha ideología entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21, 42-49.
- Selvini, M., L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata (1980). Hipótesis, Neutralidad y Circularidad. *Family Process* (19) 1.
- Selvini, M., L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata (1980). *Paradoja y Contraparadoja*. España: Paidós.
- Telfener, U. (2016). *La lección clínica entre indecibles e indeterminables*. Traducción de Daniela Labarca B.
- Tomm, K. (1987) La entrevista interventiva I. Formar estrategias como una cuarta guía para el terapeuta. *Family Process*. (26) 3-13.
- Tomm, K. (1987). La entrevista interventiva II. Las preguntas reflexivas como medio para activar la autocuración. *Family Process*. (26) 167-183.

- Tomm, K. (1988) La entrevista interventiva III. Formulando preguntas lineares, circulares, estratégicas o reflexivas. *Family Process*. (27) 1-15.
- Ugazio, V. (1985). Hypothesis Making: The Milan Approach Revisited. En Campbell D. y Draper R. *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. E.U.: Grune and Stratton.
- Ugazio, V. (2016). *Polaridades semánticas y psicopatologías en la familia. Historias permitidas y prohibidas. El modelo teórico*. Capítulo 3.
- Walters, M., Carter., Papp, P., y Silverstein, O., (1991). *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.