



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

INTERVENCIONES TERAPEÚTICAS SISTÉMICAS EN EL NOVIAZGO
DESDE UNA PERSPECTIVA POSTMODERNA

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
PAOLA ANAID CARREÑO FERNÁNDEZ

Tutor:

Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez
Facultad de Psicología

Miembros del Comité Tutor:

Mtra. Nora Claudia Rentería Cobos
Dr. Francisco Juárez García
Mtra. Silvia Guadalupe Vite San Pedro
Dra. Dolores Mercado Corona
Facultad de Psicología

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., junio de 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO Y AL CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y
TECNOLOGÍA POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE
SEGUIRME PREPARANDO PROFESIONALMENTE.

A MI TUTOR EL MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ,
A MI REVISORA LA MTRA. NORA C. RENTERÍA COBOS
Y A LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ, EL DR. FRANCISCO
JUÁREZ GARCÍA, LA MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
Y LA DRA. DOLORES MERCADO CORONA,
GRACIAS POR SUS RECOMENDACIONES
Y ENSEÑANZAS EN ESTE PROCESO.

DE IGUAL MANERA, AGRADEZCO A LOS
PROFESORES Y SUPERVISORES DE LA MAESTRÍA
QUE COMPARTIERON SUS CONOCIMIENTOS,
ME GUIARON Y ME ACOMPAÑARON EN EL CAMINO
PARA CONVERTIRME EN TERAPEUTA.

TAMBIÉN DOY LAS GRACIAS A MIS COMPAÑEROS
QUE DÍA A DÍA ME AYUDABAN A MOTIVARME PARA
APRENDER MÁS, SER MEJOR PROFESIONALMENTE
Y COMO PERSONA, SON EL MEJOR EQUIPO QUE HE TENIDO.
ESPECIALMENTE A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS DE VIDA
NANCY, ELIZABETH Y CECILIA GRACIAS POR TANTO,
LAS LLEVO SIEMPRE EN MÍ CORAZÓN.

A MI FAMILIA, QUE SIEMPRE ESTÁ PRESENTE
ACOMPAÑÁNDOME EN TODOS MIS PROCESOS DE VIDA

Y QUE AMO MUCHO. GRACIAS INFINITAS POR TODO
JORGE, YOLA, BERE, ITZEL, ARACELI, VIRIS, VITA,
SILVIA Y HÉCTOR HAN SIDO UN GRAN APOYO PARA MÍ.

A MIS AMIGOS QUE HAN AGUANTADO ESTE
TIEMPO DE APRENDIZAJES JUNTOS
KIKE, DENY, MONTSE, ERANDI, ANGY, Y YEILI,
LOS QUIERO MUCHO.

PAOLA ANAID CARREÑO FERNÁNDEZ

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
CAPÍTULO I	7
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	
EL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA TERAPIA FAMILIAR	
1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE LA TERAPIA FAMILIAR	7
1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	7
1.2. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LAS PAREJAS EN MÉXICO Y EN EL MUNDO	17
1.3. LA TERAPIA SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA FAMILIAR	21
2. CARACTERÍSTICAS DE LAS SEDES CLÍNICAS DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO	25
2.1. CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”	25
2.2. CENTRO COMUNITARIO “SAN LORENZO”	26
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	28
1. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN LA TERAPIA SISTÉMICA Y POSMODERNA QUE SUSTENTAN LOS CASOS PRESENTADOS	28
1.1. MODELO DE TERAPIA CENTRADO EN SOLUCIONES	32
1.2. MODELO DE TERAPIA NARRATIVA	44
1.3. LAS PRÁCTICAS REFLEXIVAS EN TERAPIA	54
1.4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS TEMAS QUE SUSTENTAN LOS CASOS PRESENTADOS	59
1.4.1. EL NOVIAZGO: RETOS EN LAS RELACIONES DE PAREJA DESDE LA POSMODERNIDAD Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	60
CAPÍTULO III	
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	70
1. HABILIDADES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS	70
1.1. CASOS ATENDIDOS	70
1.2. CASO A. PAREJA E Y J.	73
1.3. CASO B.M.	92
2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN	114
2.1.1. REPORTES DE INVESTIGACIÓN	114
2.1.2. METODOLOGÍA CUANTITATIVA	114
FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL EN JÓVENES DE BACHILLERATO	
2.1.3. METODOLOGÍA CUALITATIVA	145
FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN LAS RELACIONES DE PAREJA	

3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA	165
3.1. PRODUCTOS TECNOLÓGICOS	166
3.1.1. SIMPOSIO “SIMPOSIO DE ADICCIONES DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS”	166
3.1.2. TALLER “EL TERAPEUTA Y LA CO-TERAPIA”	167
3.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	168
YO ME CUIDO: CÓMO SER CONSCIENTE ANTE LOS RIESGOS DE LA SEXUALIDAD, ADICCIONES Y VIOLENCIA EN PAREJA	169
3.3. PRESENTACIÓN EN FOROS ACADÉMICOS	
GRANADA, ESPAÑA	170
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA	170
4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL	170
4.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS QUE EMERGEN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	170
CAPÍTULO IV	
CONSIDERACIONES FINALES	173
1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIA PROFESIONALES ADQUIRIDAS	173
2. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	174
3. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO.	176
REFERENCIAS	178

RESUMEN

Los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales ocurridos durante las últimas décadas han influido en la evolución, composición y a las nuevas formas de ser pareja, trayendo diferentes problemáticas con las cuales surge la necesidad fomentar intervenciones y programas para resolver estas problemáticas.

En este trabajo se presentan las bases teóricas de la Terapia Sistémica Posmoderna, dando mayor énfasis en la Terapia Centrada en las Soluciones, la Terapia narrativa y la Terapia con Equipos Reflexivos, ya que, en estas intervenciones están basados los dos casos que se presentarán, cuya temática coincide con el trabajo en las relaciones de pareja.

El primer caso Ernesto y Janet, manifiestan querer trabajar en su relación en pareja y la forma que tienen de comunicarse, el trabajo terapéutico fue encaminado a las excepciones al problema, al reforzamiento de recursos que ya contaban los consultantes para lograr establecer una relación de pareja que les diera mayor bienestar.

En el segundo caso Mariela busca orientación para ser más determinante en su situación de pareja, las intervenciones se basaron en las ideas de Michel White que le permitieron a la consultante construir nuevos significados y hacer cambios de acuerdo con sus intereses.

También se incluyen dos investigaciones realizadas durante la formación como terapeuta, una con una metodología cuantitativa "Factores que intervienen en el desarrollo de la conducta antisocial en jóvenes de bachillerato" y la otra cualitativa "Factores protectores y de riesgo en las relaciones de pareja".

Palabras clave: Parejas, intervención, psicología, terapeuta.

ABSTRACT

The demographic, economic, social and cultural changes that have occurred during the last decades have influenced the evolution, composition and new ways of being a couple, bringing different problems with which the need arises to promote interventions and programs to solve these problems.

In this paper we present the theoretical basis of Postmodern Systemic Therapy, giving greater emphasis to Solution-Centered Therapy, Narrative Therapy and Reflexive Therapy, since these two cases are based on these interventions, whose theme coincides with work in relationships.

The first case Ernesto and Janet, manifest wanting to work on their relationship as a couple and the way they have to communicate, the therapeutic work was directed to the exceptions to the problem, to the reinforcement of resources that already counted the consultants to achieve establish a relationship of couple that gave them greater welfare.

In the second case, Mariela seeks guidance to be more decisive in her relationship situation, the interventions were based on the ideas of Michel White that allowed the client to construct new meanings and make changes according to their interests.

Also included are two investigations carried out during training as a therapist, one with a quantitative methodology "Factors involved in the development of antisocial behavior in high school youth" and the other qualitative "Protective factors and risk in relationships".

Keywords: Couples, intervention, psychology, therapist.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

EL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA TERAPIA FAMILIAR

1. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide la terapia familiar

1.1. Características de la población

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015), la población en México es de 119.9 millones de personas, 51.3% son mujeres y 48.7% son hombres. De los cuales se ha observado una distribución con referente a la edad de personas con menos de 15 años del año (27.5%), jóvenes de 15 a 29 años (24.9%). Adultos entre 30 y 59 años (36.6%) y personas de 60 años y más (10.9%). El 50% de la población de México tiene 27 años de edad o menos. La esperanza de vida al nacer es de 77.5 años para las mujeres y 72.7 años para los hombres.

En cuanto al estado civil en el año 2014, en el país el 42.3% de la población de 15 años y más estaba casada, 16.4% vivía en unión libre y seis de cada diez en ese mismo grupo de edad se encuentran unidas (58%). El 29% de la población es soltera, siendo el 12.3% separada, divorciada o viuda (INEGI,2015).

La mayoría de los hombres entre 15 y 29 años son solteros 70.7% y 27.4% se encuentran casados o en unión libre. Entre los 30 y 59 años de edad la proporción de solteros disminuye y predomina la casada o en unión libre. De 60 años y más la proporción es de 79.9% y 76.4%; respectivamente. Las mujeres se unen a más temprana edad, siendo la proporción de mujeres de 15 a 29 años menor para aquellas que se mantienen solteras (56.2%). Se advierte un aumento en la población que vive en unión libre y por lo tanto una disminución en la población casada (INEGI,2015).

En 2014 se registraron 577 713 matrimonios, 1687 del mismo sexo y la diferente de distinto sexo. En 66.3% de los matrimonios el hombre tiene una edad

mayor respecto a su cónyuge, en 21.7% el hombre es menor que su pareja y en 11.4% ambos tienen la misma edad.

Tipo de familia

La configuración cambiante de la sociedad y la economía ha influido en la vida y relaciones familiares, dando como resultado el surgimiento de formas diversas de organización y convivencia hogareña y de arreglos residenciales variados. El acelerado proceso de urbanización e industrialización, la expansión del trabajo asalariado y del mercado de consumo, así como la creciente presencia de la mujer en la actividad económica extra doméstica y los avances registrados en la educación y la salud, son algunos de los procesos que han condicionado en gran medida las transformaciones de la estructura y las relaciones familiares en el México contemporáneo (INEGI, 2016).

La clasificación que se hace en cuanto a los tipos de familia se divide en nucleares (que se componen usualmente de: el jefe, su cónyuge y/o sus hijos, un jefe con sus hijos o pareja sin hijos) que representan 67.6%; y los extensos (que se integran por un hogar nuclear al que se han agregado otros parientes o no parientes) concentran 21.5 %. Los primeros agrupan a 68.6% de la población y los segundos a 31.3% (INEGI,2016).

Predomina la mayor proporción de la jefatura masculina en los hogares (73.6%). La proporción de hogares encabezados por una mujer ha incrementado de 17.3% para el año 1990 a 26.4% en el 2014. Esto se puede explicar por el aumento en el número de separaciones y divorcios, el incremento total de madres solteras y los contingentes migratorios mayoritariamente masculinos (INEGI,2016).

Del total de hogares familiares en nuestro país, sobresalen aquellos conformados por la/el jefa/e, su cónyuge y los hijos (62.8%) a continuación, se encuentran los hogares constituidos por uno de los padres y sus hijos (20.1%), de los cuales 85.7% se tratan de madres con hijos y el 14.3% de padre con hijos. Otros

hogares corresponden a las parejas sin hijos (13.9%) Finalmente los hogares de jefa/e sin núcleo familiar representan tres de cada cien (INEGI,2016).

Salud pública

En México 43.4% de la población total carece de seguridad social, 65.8% de la población económicamente activa y 47.6% de los asalariados. Se observa una tendencia preferencia a utilizar los servicios privados, seguidos por los de la Secretaría de Salud para finalizar con las instituciones nacionales de seguridad social (INEGI, 2016).

Los incrementos globales en 2010 se calcularon de casi 16.5 millones de personas hipertensas, 4.5 millones de diabéticos, cerca de 700 mil casos de infartos de miocardio y más de 13 millones de obesos. En relación con la conducta adictiva, 3 millones de personas son adictos al alcohol, 13 millones son fumadores y 400 millones son adictos a los psicotrópicos. A esto se suman, 500 mil personas que sufren esquizofrenia, 1 millón padece epilepsia y 5 de cada mil niños sufren retraso mental (Souza & Cruz, 2010).

De las 602 mil muertes registradas en el año 2012, 61.9% corresponden a personas de 60 años y más a causa de enfermedades crónicas-degenerativas como son la diabetes mellitus (16.9%), enfermedades isquémicas del corazón (16.5%), enfermedades cerebrovasculares (7%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.9%), enfermedades del hígado (4.5%) y enfermedades hipertensivas (4.3%) que juntas concentran 55.1% de los fallecimientos ocurridos en ese grupo poblacional (INEGI, 2016).

- Consumo de sustancias

En la Encuesta Nacional de Adicciones (2011) se encontró que el 1.8% de la población total ha consumido cualquier droga médica o ilegal y 0.7% presenta dependencia, de estas 18.4% han asistido a tratamiento, la edad de inicio del consumo de drogas entre población de 12 a 65 años es de 18.8 años (18.5 en hombres y 20.1 en mujeres), 1.2% consume marihuana y 0.5% cocaína.

La prevalencia de consumo de sustancias más elevada se observa en el Noroccidente (2.8% para los estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) y más baja en la región sur (0.6% para los estados de Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco. En la población de 18 a 65 años se encuentra la mayor prevalencia global de consumo. Los datos demuestran que es necesario reforzar las acciones que se llevan a cabo para reducir la demanda de drogas, generar más campañas de prevención, tratamiento y dirigir más acciones hacia la población adulta joven (ENA, 2011).

En relación al consumo de tabaco se encontró que el 21.7% de la población son fumadores activos (31.4% son hombres y 12.6% son mujeres), la edad de inicio es de 20.4 años (en hombres 20 años y en mujeres 21.7 años), el consumo al día es de 6.5 cigarros para los fumadores en general, el 11.4% de los fumadores activos tienen niveles altos de adicción y 58.4% ha intentado dejar de fumar (ENA, 2011).

Es el alcohol el que tiene la prevalencia más alta de consumo en la población de 12 a 65 años (51.4%, 62.7% hombres y 40.8% mujeres). El consumo diario es poco frecuente, sin embargo, el consumo alto si lo es (32.8%), donde la dependencia es del 6.2% (10,8% de los hombres y 1.8% de las mujeres). La bebida con la más alta prevalencia es la cerveza (41.1%) seguido de los destilados (23.6%) y las bebidas preparadas (4.4%) (ENA, 2011).

El consumo de alcohol es el principal problema de adicción en el país y afecta principalmente a los adolescentes, son los hombres los que consumen más, pero se observa un índice alto en las mujeres y que se ha ido incrementando con los años. Son necesarias tener medidas preventivas y de intervención para promover el consumo responsable, dar a conocer información de los efectos causados por el consumo en el cuerpo, laboral, familiar y socialmente.

- Embarazo adolescente

Las mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años representan el 19.1% de las mujeres en edad reproductiva, la edad media de la primera relación sexual de

mujeres entre 15 a 49 años es de 18 años. La mayoría de las adolescentes tienen conocimientos sobre métodos anticonceptivos (97%), incluso en el medio rural, sin embargo, menos de la mitad de las mujeres entre 15 y 19 años que están unidas utilizan métodos anticonceptivos (44.7%) este porcentaje disminuye (4.5%) entre las adolescentes solteras (INMUJERES, 2017).

El 38.2% ha utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. En las localidades de menos de 15 mil habitantes, 13.5% de las adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada alguna vez, el porcentaje disminuye a 12.4% a las localidades mayores a 15 mil habitantes. De las adolescentes alguna vez embarazadas, 80.8% lo había estado una vez, 16.8% había tenido dos embarazos y 2.3% había estado embarazada tres veces. El porcentaje de embarazos de adolescentes que terminaron en aborto es de 12.2%. Se observa una relación directa entre la fecundidad de adolescentes y el nivel de escolaridad (INMUJERES, 2017).

- Suicidio

En el año 2013 se registraron 5923 muertes por violencia autoinfligida de los cuales 4,470 eran hombres y 10077 mujeres, representan en total el 1.0% de defunciones registradas en ese año y el 8.5% de las defunciones accidentales y violentas. Este tipo de muerte ocurre principalmente entre jóvenes de 10 a 29 años (41.3%) y sobre todo entre las mujeres que en más de la mitad (54.8%) pertenecían a ese grupo de edad (INEGI, 2018).

Las tasas más elevadas de suicidios entre las mujeres se observan en las entidades como Campeche, Aguascalientes, Quintana Roo, Baja California Sur, Tabasco, Querétaro y Yucatán. En el caso de suicidios de hombres, las tasas más elevadas se ubican en Quintana Roo, Sonora, Yucatán, Aguascalientes y Chihuahua (INEGI, 2018).

La tasa de suicidios ha ido en aumento de manera sostenida año con año en los últimos 25 años. El principal medio o arma utilizada es el ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación (8 hombres y 7 mujeres por cada 10 que logran

suicidarse). En segundo lugar, se ubica el arma de fuego (11% de hombres y 4.3% de mujeres) (INEGI, 2018).

El lugar donde ocurren mayores decesos es dentro de la vivienda particular que, junto con factores sociales, predispone la decisión de una persona para quitarse la vida. Factores de índole laboral y económica son los que prevalecen entre los jóvenes, y de seguridad social y pobreza entre adultos mayores. Más de la mitad de los suicidios son consumados por personas que padecen trastornos depresivos y cerca de uno de cada cuatro casos se asocia al alcoholismo. La esquizofrenia y la ansiedad también están asociadas al suicidio, junto con la violencia y el abuso infantil (INEGI, 2018).

- Trastornos mentales

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2015) refiere que, del presupuesto total asignado para salud, solo el 2% es destinado a la salud mental. El 80% del monto se destina a la operación de los hospitales psiquiátricos. El eje de atención de la salud mental es el tercer nivel, evidenciado en los 76 hospitales psiquiátricos que existen frente a 13 unidades de internamiento en hospitales generales y 8 residenciales.

Existen 544 establecimientos de salud mental ambulatorios que atienden a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes en contraste con los hospitales psiquiátricos que atienden 47 por cada 100,000. La mayoría de los pacientes son adultos mientras que la población de niños y adolescentes asciende a 27% en unidades ambulatorias y 6% en hospitales psiquiátricos. La edad de inicio de la mayoría de los trastornos se encuentra en las primeras décadas de la vida, el 50% de los trastornos inician antes de los 21 años. De la población adolescente, 24.7% se encuentra afectada por uno o más problemas de salud mental. Los trastornos más recurrentes son: problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio (INCyTU, 2018).

Se ha calculado una prevalencia de trastornos mentales de 5-18% de la población en general. La depresión fue el trastorno más frecuente en hombres (4.9%) y mujeres (9.7%). En México que tiene una población mayor a 100 millones de personas, padecen trastornos mentales casi 15 millones, una sexta parte de sus habitantes. En la población urbana se observa que el 18% de las personas entre 18 y 64 años sufre un trastorno del estado del ánimo (INCyTU, 2018).

Los trastornos depresivos y por ansiedad son los más comunes. La epilepsia es prevalente en 3.7% de la población entre 18 y 64 años, 1.6% representa a niños de poblaciones urbanas y 2.1%-4.1% a poblaciones rurales.

Más del 20% de la población de 60 años y más padece alguna enfermedad mental o neural, siendo los padecimientos neuropsiquiátricos las más frecuentes la demencia y la depresión (INCyTU, 2018).

Se sabe que la depresión es una de las principales causas de discapacidad y afecta a 350 millones de personas en el mundo. Se ha estimado que 8.4% de la población ha sufrido, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. La prevalencia puntual de depresión en el mundo de los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres. En los últimos años se ha reconocido a la depresión como un trastorno que también afecta a niños y adolescentes. Sólo el 29% de las personas que han padecido un episodio de depresión alguna vez en la vida, solicitan ayuda profesional (Berenzon, Lara, Robles & Medina, 2013).

De acuerdo los datos anteriores, es importante trabajar en la promoción de la salud mental, ya que es muy alto el índice de personas que los padecen y son pocas las que cuentan con el tratamiento adecuado para su enfermedad. También se prioriza la necesidad de incluir a la familia en las campañas educativas para poder identificar cuándo es necesario buscar atención (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005; Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz, 2004).

Psicosociales

- Migración

De acuerdo con los datos recabados en el Instituto de los Mexicanos en el Exterior (2017) se estima que es 3.4% de la población de 5 años y más vive en otra entidad o país. Colima (4%), Querétaro (3.6%) Y Baja California Sur (3.1%) son las entidades que destacan con mayor ganancia de población para el 2014. La Ciudad de México presenta el saldo negativo más alto del país (-3.1%), siendo Tamaulipas la segunda entidad con mayor pérdida de población (-3%).

En el país, la primera causa de migración se debe a la reunión con la familia (43.4%). Como segunda causa figuran motivos relacionados con la búsqueda o cambio de trabajo (23.4%). Seis de cada cien migrantes que se trasladaron a vivir a otra entidad federativa lo hicieron por motivos de inseguridad pública o violencia (6.4%), porcentaje cercano a estudiar (7.5%) y superior a casarse o unirse (5.8%) (IME, 2017).

Entre los años 2009 y 2014, 719 mil personas salieron del país; tres de cada cuatro emigrantes internacionales son hombres; del total de migrantes 48% eran jóvenes, 42% eran adultos. Las causas de la emigración son distintas de acuerdo con el sexo: nueve de cada 10 mujeres lo hacen para reunirse con la familia, trabajar o estudiar y 8 de cada 10 hombres lo hacen para trabajar o buscar trabajo. Del total de emigrantes 45.7% regresaron a México y 53.6% continúan en el extranjero, siendo Yucatán, Quintana Roo y la Ciudad de México las entidades federativas que tienen las proporciones más altas de retorno, mientras que San Luis Potosí, Guerrero y Oaxaca las más bajas. Reunirse con la familia es la principal causa de retorno de los individuos a México (INEGI, 2015).

- Violencia

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) (2016) De las mujeres de 15 años y más, 66.1% han enfrentado al menos un acto de violencia de cualquier tipo, ya sea emocional, física, sexual, económica, patrimonial o discriminación laboral, misma que ha sido ejercida por

diferentes agresores, sea la pareja, el esposo o novio, algún familiar, compañero de escuela o del trabajo, alguna autoridad escolar o laboral o bien por , amigos, vecinos o personas conocidas o extrañas alguna vez en su vida.

El 43.9% de las mujeres han sufrido violencia por parte de su actual o última pareja, esposo o novio, a lo largo de su relación. La mitad de las mujeres (53.1%) sufrió violencia por parte de algún agresor distinto a la pareja, ya sea en el trabajo, la escuela, algún lugar público, ya sea por compañeros de la escuela o del trabajo, maestros, autoridades o patrones, familiares, conocidos, o extraños en diferentes espacios. En los espacios públicos o comunitarios, 34.3% de las mujeres han experimentado algún tipo de violencia sexual.

Entre 2014 y 2016, las entidades que presentan las tasas más altas en homicidios de mujeres son Baja California, Colima, Chihuahua, Guerrero, estado de México, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas. Siendo las mujeres más expuestas a la violencia de cualquier agresor son aquellas que se encuentran entre los 30 y 39 años, 68% se ha enfrentado a un episodio de violencia o abuso (INEGI, 2017).

Del total de las mujeres de 15 años y más, el 93.3% de ellas mantiene o mantuvo una relación de pareja, ya sea por unión o matrimonio (57.1% están actualmente casadas o unidas y 18.3% actualmente están separadas, divorciadas o viudas de su última relación con quien estuvieron casadas o unidas), o bien de pareja o noviazgo sin cohabitar (17.9%); y solo 6.5% no ha tenido ninguna relación de pareja (INEGI, 2017).

Las mujeres que se encuentran más expuestas a la violencia de la pareja o de cualquier otro agresor son las mujeres jóvenes y de edades medias entre 20 y 39 años, particularmente entre aquellas que tenían 20 a 34 años, ya que 70 % ha enfrentado al menos un episodio de violencia o abuso. En el caso de mujeres víctimas de violencia sexual las edades en riesgo son entre 18 y 29 años, en estos grupos, la mitad de ellas ha sido agredida sexualmente. Asimismo, las niñas de 15

a 17 años presentan niveles altos de violencia sexual, emocional y física, quienes a su corta edad ya han sido víctimas de abusos de diversa índole (INEGI, 2017).

La violencia por parte de la pareja está más extendida entre las mujeres que se casaron o unieron antes de los 18 años que entre quienes se casaron por primera vez cuando tenían 25 años o más. Cerca de la mitad de quienes se casaron antes de llegar a la mayoría de edad (48.0%) han enfrentado violencia por parte de su pareja, mientras que entre aquellas que lo hicieron a una edad más avanzada, la proporción de quienes han experimentado violencia por parte de su pareja es de 37.7% (INEGI, 2017).

En 2016 se registró el asesinato de 2,813 mujeres, mientras que en 2015 fue de 2,383, lo que implica un aumento de 430 mujeres asesinadas en 2016 a lo registrado el año anterior, esto representa un promedio de siete mujeres asesinadas diariamente durante 2015, a ocho por día durante 2016. El número de mujeres asesinadas durante 2016 es el más alto registrado en los últimos 27 años -1990 a 2016- por encima de los registrados en 2011 (2,693) y 2012 (2,764), que fueron los años donde se presentaron la mayor cantidad de muertes por homicidio en el país (27,213 en 2011 y 25,967 en 2012). Durante el periodo 1990-2016 se registraron 428 mil 574 defunciones por homicidio, 11.0% de las cuales fueron contra mujeres (INEGI, 2017).

Entre los hombres, la proporción de personas menores de 15 años asesinados es del 1.4%, mientras que los jóvenes de 15 a 24 años que murieron en una agresión fueron el 22.1%. El 57.2% de los fallecidos tenían entre 25 y 49 años. Una proporción importante de las mujeres y niñas son agredidas predominantemente en sus hogares (29.4%), en contraste con el 10% de los varones. Ellos son agredidos la mayor parte de las veces en la vía pública. Entre los años 2006 y 2013, el lugar de lesión o agresión se ha ido desplazando de la vivencia a la vía pública, esto se observó particularmente entre 2010 y 2012 durante el cual casi la mitad de las mujeres fue asesinada en los espacios públicos (INEGI, 2017).

De acuerdo con el tipo de violencia, el 64.3% la violencia física y/o sexual ejercida por la pareja, le ha dejado consecuencias emocionales, a la mayoría tristeza o depresión; a la mitad angustia o miedo y para un tercio de ellas problemas alimenticios. La violencia de la pareja tiene serias repercusiones en la integridad emocional y física de las mujeres, 8.0% de ellas ha pensado en suicidarse y el 3.4% lo ha intentado. Una cuarta parte de las mujeres que han sido sujetas a violencia sexual ha pensado en quitarse la vida y 14.1% lo ha intentado (ENDIREH, 2016).

1.2. Principales problemáticas que enfrentan las parejas en México y en el mundo

El contexto social determina no sólo la estructura familiar sino también las relaciones familiares y hasta las relaciones de parentela. De acuerdo con el INEGI (2016) los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales ocurridos en México durante las últimas décadas, han influido en la evolución y composición de las familias, lo que invita a reflexionar sobre su situación actual, es decir, sobre la nueva familia mexicana a la que cualquier campo de estudio se enfrenta.

Con la llegada de la última mitad del siglo XX se comienza a permear matices distintos del ideal de la pareja, debido al aumento en los índices de longevidad en hombres y mujeres, cambios en los hábitos y prácticas de convivencia de pareja y familiar, modificaciones importantes en las prácticas sexuales, cambio del paradigma “padres-hijos” al paradigma “pareja-individuo” la forma de relacionarse entre las parejas, entre otros (Sánchez, 2008).

Los cambios mencionados han sido influenciados por la falta de empleo en jóvenes, crisis en los sistemas jubilatorios y de salud, que directa o indirectamente afectan las formas de relación y convivencia de las parejas (Sánchez, 2008).

La sociedad posmoderna se define como hedonista, ya que, el placer y el goce en la vida están atados a los deseos; hiperindividualista, por la apatía y la indiferencia; y con identidades movedizas debido a que se caracteriza por cambiar

la identidad constantemente a partir de la volatilidad del deseo. Estos rasgos de la sociedad traen cambios en la vida amorosa (Pedroza, 2015).

Dejando notar una sensación de vacío en las relaciones amorosas, la existencia de relaciones de pareja que viven al día con menos compromisos a largo plazo y con mayor atención a sus propias necesidades, en la búsqueda de autosatisfacerse en los planos profesional, social, afectivo y amoroso (Pedroza, 2015).

Bauman (2005) aborda la fragilidad de los vínculos humanos dentro de la ambivalencia de la modernidad líquida; se tiene el anhelo de que los vínculos estén apretados y al mismo tiempo flojos, así como una sensación de inseguridad y fugacidad ante el amor líquido. Los hombres y las mujeres en la actualidad están ansiosos y desesperados por relacionarse, para sentirse seguros porque saben que son fácilmente descartables, pero también desconfían de vincularse y en particular de vincularse para siempre, ya que esto les genera tensión.

El vínculo amoroso es conectable en la pareja, lo romántico se expande a voluntad, es posible apretar la tecla de borrar si el romanticismo o deseo no se satisface al instante de su consumo, evitando la carga y el deber agotador de la relación tradicional; sin embargo, la desconexión y el descompromiso que facilitan la ruptura a voluntad, no evitan el riesgo, sino que caen en otras problemáticas tales como la angustia, producto de la ambivalencia de la modernidad líquida (Bauman, 2005).

En las estadísticas predomina información de familias en un concepto más tradicional, por lo cual es importante incluir nuevas dinámicas, que responden a las transformaciones en los valores y necesidades, que desafían los paradigmas tradicionales, las nuevas formas de ser pareja como son las parejas homosexuales que ponen en duda la heteronormalidad de la relación conyugal (Sánchez, 2008), las transnacionales que transforman la idea de noviazgo y tiempo, las parejas "Living Apart Together" LAT que innovan el ideal de convivencia y las parejas

virtuales permeadas por las nuevas tecnologías (Mora, Recalde, Montoya, González, Paternina & Bedoya, 2017).

El incremento en este tipo de relaciones busca un lugar en la sociedad, que demanda transformación social, cultural y familiar, para poder legitimar diversas formas afectivas de relacionarse y de pareja, en este rubro también se hace mención de parejas poliamorosas, swingers, parejas sin hijos entre otras, que dan paso a la posmodernidad (Mora, Recalde, Montoya, González, Paternina & Bedoya, 2017).

Sánchez (2008) identifica cuatro nuevos vínculos emocionales en las parejas que se encuentran en la cultura posmoderna:

a) Cotidianidad (vivir libremente en pareja). Hace referencia a la forma en que la pareja decide vivir su cotidianidad espacio-temporal, la forma en la que lleva a efecto su convivencia y cohabitación. Aparecen las modalidades de convivencia libres y la de juntos pero separados; en el primer caso, la cohabitación sin formalización legal puede ser resultado de libres elecciones de parejas que se unen por primera vez o bien de parejas que provienen de un divorcio, en este caso la idea de concubinato es sustituida por la de viviendo juntos.

b) Proyecto vital compartido (mientras dure el amor). Hace referencia a la construcción simbólica del proyecto de vida de la pareja, derivado de la dualidad de expectativas de la pareja. Son proyectos mientras dure el amor, suelen ser de corto plazo.

c) Relaciones sexuales (entregarse total y abiertamente). Hace referencia a la apertura en la sexualidad de la pareja, una sexualidad polimorfa incluyente, la relación de esposos se diversifica en relación de amantes, relación extraconyugal, relación ocasional, relación de amigos con derecho, relación swingers, relación homosexual, relación heterosexual, relación bisexual, relaciones con penetración, relaciones sin penetración, relaciones premaritales.

d) Tendencia hacia la poligamia (dos pero no siempre los mismos dos; apertura hacia otros). Hace diferencia al acuerdo matrimonial con un solo cónyuge, asumiendo un compromiso pero que se puede redefinir. Se acepta la posibilidad de romper el vínculo y de no mantener la exclusividad monogámica, haciendo notoria la debilidad de la fidelidad y el crecimiento de la poligamia sucesiva.

Existen diversos factores a los cuales se les atribuye el cambio en las relaciones de pareja, tal es el caso de los cambios de roles tanto de la mujer como del hombre, por un lado, la mujer logra posicionarse en el área laboral y los hombres se van incorporando a la crianza, la familia y los afectos. Los mitos del hombre fuerte, proveedor y monogámico, y de la mujer débil, sumisa y dedicada a la crianza de los hijos, están sucumbiendo en la sociedad posmoderna (Pedroza, 2015).

El contexto cambia a un ritmo acelerado, pero las pautas de comportamiento van lentamente. En la pareja no todo es gratificante, se manifiesta un complejo que involucra aspectos de la posmodernidad: felicidad, pasión, goce y disfrute, que coexisten con herencias del malestar de la vida amorosa de otros momentos de la vida social, como el maltrato, la violencia y el rencor hacia la mujer (Pedroza, 2015).

Los cambios en la pareja caracterizados por un proceso de individualización ambivalente: se quiere estar solo pero acompañado. En este conflicto resalta la violencia que se presenta, donde la peor parte se la están llevando las mujeres ante el maltrato que reciben de los hombres. Hombres y mujeres entablan otra adicción: la codependencia; desean doblegar y controlar al otro a sus caprichos y necesidades, involucrándose en relaciones de dominación y violencia (Pedroza, 2015).

El reconocimiento de la violencia en las relaciones de pareja como un problema de salud pública ha representado un gran avance social, pues no sólo ha recibido atención por parte de académicos e investigadores sino de las instituciones públicas responsables de su prevención. En México últimamente se ha otorgado mayor prioridad a la violencia de pareja teniendo como principal prioridad erradicar aquella ejercida contra las mujeres. Así, hasta hace unos años la mayor parte de

las investigaciones en nuestro país se ha fundamentado en una dicotomía hombre-agresor y mujer-víctima. Un enfoque propio de edades adultas y contextos clínicos que encuentra no pocos problemas en sus explicaciones dentro un vínculo tan dinámico, fugaz e inestable como es el noviazgo (Rojas, 2013).

En diversas investigaciones coinciden en que actualmente las problemáticas de las parejas se encuentran relacionadas con: decisiones de unión, mandatos formados por creencias (sociales, religiosas, culturales), la economía, los vínculos con relaciones anteriores. Nuevas decisiones sexuales, uniones en edades disparejas y desvaloraciones, por lo que se tiene que redefinir las ideas de incondicionalidad, negatividad, control, culpas e interpretaciones no retroalimentadas (Ceberio, 2007; Biscotti, 2006; Quintero, 2006).

Para todos estos cambios y problemáticas, la terapia se ha desarrollado como educación orientada a formar a la pareja, una educación del manejo de las relaciones cognitivas, afectivas, sentimentales y emocionales en la pareja para mejorar la calidad de la relación amorosa. La tendencia posmoderna es la búsqueda del equilibrio entre lo cognitivo y lo emocional, poniendo énfasis en el autocuidado para la adquisición de habilidades para el manejo del compromiso con reciprocidad en la búsqueda del bienestar y satisfacción personal (Pedroza, 2015).

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

A principios del siglo XX, la terapia familiar surge como una alternativa a los grupos psicoanalíticos y la terapia conductual. Entre 1929 y 1932, en Alemania, la terapia familiar se independiza y se manifiesta como una disciplina con sus propios fundamentos teóricos provenientes de una nueva epistemología, propone que los individuos y sus problemas están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia, por lo que es necesario observar la comunicación y comportamientos de todos los miembros del sistema, de esta manera el comportamiento sintomático es representado por la idea de circularidad. (Sánchez & Gutiérrez, 2000; Hoffman, 1987).

Madanes (1982) menciona que los terapeutas familiares tienen dos objetivos en los que se puede basar la terapia: centrados en el problema y enfocados en crecimiento y desarrollo de la familia. Los métodos que se ocupan pueden ser distintos dependiendo el conflicto que presente cada persona, ya que, las familias presentan problemáticas diferentes. En la terapia familiar, se puede ver al paciente de forma individual, al igual que tener reuniones en las sesiones con todos los integrantes de la familia, también para esta terapia la comunicación dio origen a dos ramas de terapia: una estructural (se centra en la organización jerárquica, diferenciación de los subsistemas) y la otra, estratégica (estructura organizativa, pero poniendo más importancia en las secuencias reiteradas sobre las que están basadas las estructuras).

Las principales aportaciones de la Terapia familiar han sido brindar una mirada diferente acerca de las personas, ya que, desde esta perspectiva se considera a un miembro que interactúa con otros, por lo que su comportamiento sólo puede ser significativo en el contexto en el que se desarrolla. Las familias forman un sistema abierto, con una continua asimilación y eliminación de los elementos para mantenerse en un estado de homeostasis o equilibrio. Esta teoría se basa en el siguiente postulado “El pensamiento contextual y la organización sistémica circular, esto es, la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con la interacción de los miembros de la familia” (Sánchez & Gutiérrez, 2000).

La posmodernidad

A través del tiempo, la epistemología de la Terapia Familiar se ha complementado de distintas teorías y movimientos sociales, para fines de este trabajo nos centraremos en las premisas que aportan la epistemología de la posmodernidad.

A partir del último cuarto del siglo XX surgieron una serie de abordajes terapéuticos que dan un lugar central al lenguaje y las historias o narrativas de los consultantes, y que conceptualizan la terapia como un proceso conversacional

(Tarragona, 2013). Las palabras no reflejan la verdad como tal, sino que son más bien expresiones de determinados grupos sociales, que reflejan sus valores, posturas políticas y estilos de vida. Al considerar que no existe una única realidad, sino que ésta es construida a través de un proceso relacional (Gergen, 1997; 1996).

Estos enfoques han cuestionado muchas de las ideas en las que históricamente se ha basado la práctica clínica, y ofrecen distintas formas de conceptualizar y ejercer la terapia. Se les denomina terapias posmodernas, narrativas, discursivas, conversacionales, socio-construccionistas y postestructuralistas. Por lo cual, la falta de un nombre que las unifique refleja que no se trata de una sola escuela o modelo, sino de un grupo interconectado de teóricos y terapeutas que comparten ciertas premisas filosóficas y epistemológicas (Tarragona, 2013).

Se establece que existen realidades múltiples, entre las cuales una tiende a presentarse como la realidad dominante, constituyendo la “realidad de la vida cotidiana”. Esta realidad es presentada como un mundo intersubjetivo, de modo que es compartida y validada por los otros (Berger & Luckmann, 1966).

Una de las principales características de estas perspectivas son las narraciones. La narrativa sostiene que el proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida es lo que se convierte en base de toda identidad y cuestiona todo concepto del yo como unificado o estable. También, se trata de un proceso recursivo, donde construimos el mundo en el que vivimos y, por lo tanto, creamos nuestra propia realidad dentro del contexto de una comunidad de otros individuos. Por lo tanto, nos revelamos a nosotros mismos en cada momento de la interacción, por medio de las continuas narraciones que intercambiamos con los otros (Lax, 1996).

Se deja de trabajar bajo el supuesto de un sólo fundamento o teoría que explique la forma determinista del comportamiento humano y que guían al terapeuta a encontrar “la verdad” acerca de lo que le ocurre al consultante. Se abandona la jerarquía que posiciona al terapeuta por encima del cliente, ubicando a ambos en una estructura horizontal y de colaboración, donde cada uno juega un papel igual

de importante (Andersen & Goolishian, 1996). La postura ética del terapeuta es entendida como respeto y curiosidad, la responsabilidad compartida sobre el cambio, y la importancia del lenguaje en el contexto terapéutico. Las terapias posmodernas, con excepción de la terapia breve, enfatizan más el proceso que los resultados. De este modo, es fundamental que el consultante confíe en el terapeuta, para que acepte nuevas y distintas posibilidades y se sienta comprendido por éste (Aragón & Moreno, 2009).

Se abandona el diagnóstico tradicional como único lente, que parte de un consenso que establece qué es lo “adecuado” y qué es lo “inadecuado”, para pasar a una definición colaborativa del problema, que no se forma a partir de la observación del terapeuta, sino con el acuerdo comunicativo entre él y el cliente. Si se trabaja con familias o con grupos, las definiciones de los problemas deben de ser comprensibles y tener un significado para todos los miembros del sistema, de modo que todos puedan participar en el significado cambiante de éste (Anderson & Goolishian, 1996).

El terapeuta trabaja desde una postura de curiosidad por entender la historia del consultante, reconociendo que es el cliente el que sabe de su propia vida siendo el experto de ella y el terapeuta se une a él para poder tratar de comprender su experiencia (Andersen & Goolishian, 1996; Biever, Bobele, Gardner & Franklin, 2005; Gergen & Warhus, 2001).

El cambio que se vive constantemente en la sociedad que vivimos actualmente y el surgimiento de nuevas formas de relacionarse, con diferentes estructuras, dinámicas de familia y parejas, han traído como consecuencias diversas problemáticas de salud, políticas, culturales, sociales e individuales. En este sentido, las terapias posmodernas se integran a la psicoterapia para sumar alternativas de co-construcción de nuevas realidades a través de conversaciones de terapeuta y consultante, en las cuales se reconoce las historias que dominan la forma en la que ven el mundo y los significados que quieren modificar para lograr bienestar y satisfacción personal.

2. Características de las sedes clínicas donde se realizó el trabajo clínico

Una parte fundamental para la formación del terapeuta familiar se encuentra en tener prácticas en las cuales se desarrollan habilidades clínicas y en donde se afianzan los conocimientos teóricos para dar un servicio profesional a las personas que acuden a terapia, también incluye la supervisión en la que se realiza la revisión de los casos y la forma en la que los terapeutas están empleando los nuevos conocimientos clínicos. Para lograr este trabajo, se realizaron las prácticas en centros comunitarios que abordan distintas problemáticas con relación a la salud mental. En el siguiente apartado se hace una descripción más detallada de dichos centros de atención psicológica.

2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

El centro adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado da inicio a sus actividades en 1981 y es hasta 1983 que adquiere su autonomía. Los principales objetivos del Centro son apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de licenciatura y de posgrado, bajo la supervisión de especialistas. También proporciona servicio psicoterapéutico, con diferentes aproximaciones teóricas a niños, niñas, adolescentes y adultos; en forma individual, grupal, de pareja y familiar.

Actualmente se encuentra ubicado en el edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Cuenta con una sala de espera, una recepción, 10 cubículos para terapia individual y preconsulta, 4 cámaras de Gesell, equipadas con equipo de audio y videograbación, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, 3 cubículos para retroalimentación biológica.

El nivel de intervención que proporciona esta sede es secundario y terciario. Para ser atendidas, las personas deben llenar una solicitud para tener acceso a una primera entrevista o preconsulta. 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 de la consulta puede oscilar entre los \$50 y los \$150, dependiendo de los ingresos económicos de los solicitantes. Los servicios que ofrece son:

- Preconsulta
- Evaluación
- Referencia y canalización
- Terapia: Individual, pareja, familiar y grupal
- Prevención primaria: Talleres con diversas temáticas

Los motivos de consulta que con mayor frecuencia reportan las personas que asisten a este Centro son: ansiedad, depresión, problemas de pareja, problemas familiares, problemas de conducta en niños y adolescentes, esquizofrenia, trastornos alimenticios y atención psicológica para síntomas derivados de problemas de salud, como diabetes, colon irritable, epilepsia, gastritis y cáncer.

Los recursos humanos con los que cuenta el Centro para atender a la población que lo solicita, abarca desde los terapeutas asignados al Centro, los residentes de posgrado, prestadores de servicio social, los estudiantes en formación y voluntarios.

2.2. Centro Comunitario “San Lorenzo”

El Centro Comunitario “San Lorenzo” pertenece a la Fundación Bringas Haghenbeck, I. A.P. que se integró en 1992, como resultado de la fusión de dos fundaciones: la Fundación Luz Bringas y la Fundación Ma. De los Ángeles Haghenbeck, los cuales iniciaron sus labores en 1935 y 1951 respectivamente. El Centro Comunitario inició actividades en el 2004.

La fundación tiene como objetivo sostener, promover y apoyar la calidad de vida de niños, jóvenes y adultos. Cuenta con diversas áreas de atención:

- Educativa,
- Médica,
- Deportiva,
- Servicios A La Comunidad

- Psicológica.

El programa de residencia en terapia familiar colabora en la coordinación de psicología brindando atención a los usuarios con problemáticas de violencia familiar, abuso sexual, depresión, ansiedad, problemas en las relaciones familiares (padres e hijos) y de pareja, atención a menores con problemas de conducta, entre otros.

El proceso de admisión implica que los usuarios acudan a solicitar una consulta, se les realiza un estudio socioeconómico y quedan en lista de espera para ser asignado a un terapeuta o grupo de supervisión.

El centro comunitario se localiza en la Delegación Iztapalapa en las cercanías del Panteón Civil Municipal San Lorenzo Tezonco, una zona con fuertes problemáticas sociales y de seguridad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención en la terapia sistémica y posmoderna que sustentan los casos presentados

En esta sección 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.

El movimiento de la Terapia Familiar Sistémica se inicia en Alemania entre 1929 y 1932 con Hirschfeld y los estudios que lleva a cabo sobre familia. Entre los precursores de la terapia encontramos a: John Bell, conocido como “el padre de la terapia familiar moderna” que integró a toda la familia al espacio terapéutico, Nathan Ackerman que considera que la interacción familiar, el medio y la dinámica de la psique generan los problemas emocionales, Christian F. Midelfort quien enfatiza los factores religiosos y éticos de los procesos de la salud mental, Theodore Lidz quien exploró el rol paterno en la esquizofrenia, Lyman C. Wynne que propone que la causa de las úlceras son los problemas familiares, Murray Bowen que trabajo con toda la familia de los pacientes psiquiátricos, Carl Whitaker que desarrolló las técnicas de lo absurdo y fue el primero en convocar una reunión sobre el movimiento y finalmente los integrantes del MRI especializados en la terapia familiar de la comunicación como son Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, Virginia Satir, Paul Watzlawick, John H. Weakland, entre otros. La publicación de la revista *Family Process* unificó el campo de la terapia familiar y actualmente existen más de 30 centros de capacitación para terapeutas familiares en EUA (Sánchez & Gutiérrez, 2000).

Más adelante el Mental Research Institute (M.R.I.) contribuyó con la construcción teórica y técnica de un modelo eficaz y breve para el cambio; entre sus ventajas está la sencillez, concreción y reducción de presupuestos e inferencias por parte del terapeuta. Es una alternativa original y eficiente para múltiples problemas,

ya sea que sean considerados en una modalidad individual, diádica, triádica o grupos más extensos (Espinosa, 2004).

En México, la fundación de instituciones como el Instituto de la Familia, A.C., por el doctor Raymundo Macías; el Instituto Mexicano de Terapias Breves, S.C., por la doctora María Blanca Moctezuma; el Instituto Latinoamericano de la Familia (ILEF), comandado por el doctor Maldonado y Estela Troya; el instituto CENCALLI, dirigido por la doctora María Luisa Velazco, han contribuido a la difusión y el trabajo en terapia familiar. Así mismo, organizaciones como la Asociación Mexicana de Terapia Familiar han favorecido la difusión, unificación y revisión de los temas que conciernen a esta área disciplinar (Espinosa, 2004).

Para el enfatizar las bases de la Terapia familiar sistémica a continuación se describen conceptos epistemológicos fundamentales para el entendimiento y manejo en la práctica clínica:

Teoría General de Sistemas

La Teoría de los Sistemas Generales fue desarrollada en 1968 por Ludwig von Bertalanffy quien propone que se podía describir a cualquier sistema como un todo que se comporta de manera diferente a la de la simple suma de sus partes; es una totalidad ordenada, y el modo como se ordena tiene consecuencias sobre su forma de comportarse (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Bertalanffy (1968) describe un sistema como un complejo de elementos en interacción y los clasifica en cerrados y abiertos. Los sistemas cerrados se consideran aislados del medio circundante, donde no existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas. Por otro lado, los sistemas abiertos, son aquellos que intercambian materiales, energías e información con su medio, existiendo una tendencia hacia niveles de mayor organización mediante un equilibrio dinámico (homeostasis); es decir, los sistemas cerrados se refieren a los sistemas físicos y los abiertos a los sistemas vivos.

La familia es considerada como un sistema abierto, formado por varios elementos que se relacionan por reglas de comportamiento y por funciones

dinámicas, que están en continua interacción entre sí y con el exterior (Andolfi, 1992). Basándonos en las teorías sistémicas, un sistema familiar se pueden observar las siguientes propiedades (Ochoa del Alda, 1995):

- *Totalidad.* La conducta del sistema familiar es más que la suma de las conductas de sus miembros, implica también las relaciones existentes entre ellos.
- *Causalidad circular.* Las relaciones familiares se describen como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo que lleva a la noción de secuencia de conductas.
- *Equifinalidad.* Un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas.
- *Equicausalidad.* La misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
- *Limitación.* Cuando el sistema se habitúa a una determinada secuencia de interacción, disminuye la probabilidad de que emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo.
- *Regla de relación.* En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes y el modo en que encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
- *Ordenación jerárquica.* En toda organización existe una jerarquía, de modo que ciertos miembros poseen más poder y responsabilidad que otros.
- *Teleología.* El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Éste se da a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias:
 - 1.- Morfofostásis u homeostásis: es la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio.
 - 2.-Morfogénesis: es la tendencia del sistema a cambiar y a crecer.

La Cibernética

La Cibernética se divide en dos: Cibernética de 1º orden (de los sistemas observados): Donde el sistema observado se considera fuera del observador. De este modo, el terapeuta se mantiene fuera del sistema, como observador del fenómeno. Permanece la relación terapeuta-paciente, enfermo-sano (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Y la Cibernética de 2º orden (de los sistemas observantes): Esta segunda etapa comienza en 1963, se hace un énfasis en los procesos de amplificación de la desviación, la retroalimentación positiva, y los procesos sistémicos de cambio (morfogénesis), centrándose en la homeodinámica de los procesos sistémicos y la dialéctica estabilidad-cambio. Con estas nuevas ideas, se considera al observador parte de la realidad observada. Así, el terapeuta se involucra con las familias a través de diálogos y significados, pero, la familia es la que soluciona sus problemas a través del diálogo. (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Sluzki, 1987).

Teoría de la comunicación humana

Los axiomas de la comunicación se refieren a las explicaciones de los tipos de relaciones que se establecen entre los individuos, y que según Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) se pueden conceptualizar de la siguiente manera:

- *No es posible no comunicarse:* Toda conducta es comunicación y resulta imposible no comportarse, ya sea mediante actividad o inactividad, palabras o silencios, todo ello (cualquier comportamiento) tienen siempre valor de mensaje para el interlocutor.
- *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional:* tales que el segundo clasifica al primero y es por ende, una metacomunicación. Según las reglas descritas por Bateson, también la comunicación está definida por el contexto (en consecuencia, es la relación la que actúa como fondo). En toda comunicación hay una relación al haber un emisor y un receptor, el contenido del mensaje se refiere a la información transmitida y el aspecto relacional se centra en la relación entre comunicantes. La

metacomunicación se refiere al análisis comunicacional cuando se comunica algo sobre la comunicación.

- *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.* La puntuación organiza los hechos de la conducta por lo que resulta vital para las interacciones en marcha, se definen roles en base a la disposición de los organismos a aceptar un sistema de puntuación uno de ellos puede tomar la iniciativa y otro la dependencia.
- *Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente:* El lenguaje digital (verbal) tiene una sintaxis perfecta, pero una débil semántica relacional; el lenguaje analógico tiene la semántica relacional, pero no tiene una sintaxis que permita definir la relación de modo no ambiguo.
- *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios:* según que estén basados en la igualdad o la diferencia. El intercambio simétrico tiene lugar en la producción de mensajes de la misma naturaleza, mientras que el intercambio complementario produce un incremento de las diferencias entre los mensajes.

1.1. El Modelo de terapias centrado en soluciones

Antecedentes del Modelo

A partir del último cuarto del siglo XX han surgido nuevas formas de pensar en la psicoterapia que cuestionan muchos de los supuestos en los que se ha basado esta disciplina a través de su historia (Tarragona, 2006). Se ha observado que anteriormente la terapia tenía el objetivo de encontrar el origen de los problemas, colocando el foco de atención en el pasado de las personas, la siguiente propuesta fue centrar el interés del proceso terapéutico en el presente, en la forma en la que los problemas se generan y se mantienen en el “aquí y el ahora”. Posteriormente surgió una nueva propuesta que iba más allá de la orientación en el presente y que proponía una terapia centrada en el futuro, donde lo que interesaba era cómo se resolverán los problemas (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

La Terapia Centrada en Soluciones se sustenta de la epistemología sistémica, que conciben al terapeuta, al equipo terapéutico y a la familia como un todo (Espinosa, 2004). Apoyado en el concepto de Bateson, sobre la diferencia que hace la diferencia, el cambio sólo es posible cuando la información que recibe el paciente es suficientemente nueva para que sea captada como diferente de lo que ya existe en su marco de referencia, pero no tan diferente como para que sea imposible de asimilarse (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989; Cade & O'Hanlon, 1993). En el modelo no se muestra interés en las explicaciones, los problemas y las etiquetas diagnósticas, se enfoca en las capacidades, los recursos, las excepciones y las soluciones exitosas. Se plantea trabajar para que las personas visualicen cómo deberían estar sucediendo las cosas en su vida y de esta manera construir caminos para llegar a esa posible realidad, también se afirma que un pequeño cambio podía ser suficiente para desencadenar cambios más extensivos en la vida de las personas (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

El modelo de terapia centrada en soluciones fue desarrollado por Steve De Shazer a partir del trabajo del grupo del Mental Research Institute de Palo Alto y de Milton Erickson a fines de los años 70. De Shazer fundó el Brief Family Therapy Center (BFTC) en Milwaukee, Wisconsin (EUA). Insoo Kim Berg también ha tenido un importante papel en el desarrollo de este modelo terapéutico (Tarragona, 2006). De igual manera, William Hudson O'Hanlon radicado en Nebraska, no quiso pertenecer al BFTC, se formó con Milton Erickson y propuso su propia manera de dar terapia llamada "Terapia de Posibilidades" compartiendo ideas con De Shazer, lo cual los lleva a formar parte de los precursores de la terapia centrada en soluciones (Cade y O'Hanlon, 1993; O'Hanlon, 1999).

El Mental Research Institute (MRI) se basaba en los preceptos de Erickson y promueve una terapia breve, el modelo de terapia estaba centrado en los problemas, explicándolos de una manera interaccional. Para el MRI, los problemas se desarrollan cuando las dificultades de la vida se manejan mal, de tal manera que las soluciones terminan convirtiéndose en el problema, y el propósito de la terapia es bloquear dichas soluciones utilizadas por las personas, permitiendo de esta

manera que se rompa la pauta que mantiene presente al problema (Espinosa, 2004).

Por su parte, el Modelo Centrado en Soluciones, retoma la búsqueda de excepciones al problema utilizada por el MRI, dejando de lado la explicación del problema y de las soluciones intentadas, para centrarse en la exploración detallada de las excepciones deliberadas y espontáneas, referentes a la conducta sintomática, pero que probablemente han pasado desapercibidas por las personas. Del MRI también se retoma la utilización de la postura del cliente para evitar resistencias y permitir la colaboración, aunque en este modelo no se considera que existan resistencias al cambio, ya que, se plantea que existen diferentes formas en las que las personas colaboran con la terapia y es tarea del terapeuta, encontrar la forma de colaboración que tiene cada consultante, para ayudar a que el cambio sea posible. Declarando así “la muerte de la resistencia” (De Shazer, 1987, De Shazer, 1984).

La Terapia Centrada en Soluciones tiene sus orígenes en los trabajos de Milton Erickson, ya que utilizó por primera vez las técnicas enfocadas a las soluciones, al llevar a sus pacientes, a través de la hipnosis, hacia el pasado en donde el problema no existía o hacia un futuro donde el problema ya estuviera resuelto. Erickson incluye la técnica de adaptar el lenguaje y la conducta del terapeuta al lenguaje y la terapia del paciente y la familia. Asimismo, fue el que puso un mayor énfasis en la necesidad de trabajar con las personas desde los recursos, asumiendo que todos los individuos tienen una reserva de sabiduría, aprendida y olvidada, pero siempre disponible. El método de la utilización fue empleado por Erickson, el cual menciona que un terapeuta deberá emplear todo lo que las personas traigan, las cosas que saben, sus experiencias, sus saberes y sus recursos, al mismo tiempo que sus síntomas, sus creencias, sus resistencias, entre otras (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989, O’Hanlon, 1999).


De igual manera, la Terapia Centrada en Soluciones parte del Constructivismo según el cual la realidad sólo se conoce cuando uno se tropieza con ella, el resto son construcciones de la realidad. Concibe el sufrimiento psíquico

como algo generado por una deformada construcción de la realidad. Basta cambiar la misma, para que uno tenga una mejor percepción de sí mismo. Quien se consideraba inepto o incapaz, descubre aptitudes y habilidades y esto le hace pasar de considerarse un fracasado a un ser exitoso (Espina & Cáceres, 1999).

De Shazer propone una teoría binocular del cambio, en la que la terapia es vista como un entorno de cooperación y no de combate o de resistencia. Para esto se sirve de dos conceptos básicos. Uno de ellos es el Isomorfismo, mediante el cual el terapeuta reencuadra la pauta del problema de forma que esto pueda servir de guía para planear una intervención homóloga o que corresponda al sistema de la familia. El otro se refiere a que cada persona o familia tiene un modo particular de cooperar para el cambio. Luego de que el terapeuta descubre esa modalidad, coopera con el paciente para lograr la meta terapéutica establecida (De Shazer, 1987).

Premisas Principales

O'Hanlon (1999) propone las siguientes premisas:



1. Para resolver un síntoma no hace falta conocer sus causas ni su función
2. Es posible provocar cambios o resolver problemas con rapidez
3. Lo importante es lo que se puede modificar, por lo cual es necesario centrarse más en las soluciones y en las capacidades de las personas, que en los síntomas y la patología.
4. Es necesario conseguir que el cliente haga algo
5. Encontrar una tendencia hacia el cambio positivo y estimularla

Figura 1

La intervención desde las Soluciones

El proceso terapéutico requiere que el problema quede planteado en términos observables, de hechos y de cosas; que puedan describirse de manera clara y concreta. Esto implica negociar con el paciente un problema que sea de su interés, sin imponer expectativas del terapeuta.

Los objetivos generales de la terapia centrada en las soluciones son (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989):

- a) Cambiar la conducta del paciente en la situación que éste percibe como problemática.
- b) Cambiar la percepción del paciente sobre el problema. Apelar a los recursos, soluciones y capacidades del paciente para resolver lo que considere un problema.

Una regla fundamental para definir objetivos es empezar por cosas pequeñas. Es decir, partir de un cambio mínimo hacia la meta final. El proceso de negociación de las metas del tratamiento es esencial. Es importante recordar que en la terapia centrada en soluciones son los clientes y no los terapeutas los que identifican los objetivos o metas a conseguir en el tratamiento.

Para O'Hanlon y Wiener-Davies (1990) lo que distingue a este enfoque de los otros, es que, en la primera etapa de la terapia, la evaluación, se inicia una búsqueda incesante por las excepciones, en vez de centrarse en el problema y en los intentos fallidos de solución, la terapia se centra en las soluciones que ya están dando resultado, en las excepciones, los recursos y habilidades que ya muestran los clientes en la resolución de su problemática. El proceso mismo de la entrevista inicial se convierte entonces en una intervención, pues mediante el uso de técnicas de entrevista centrada en soluciones, los clientes pueden experimentar durante el transcurso de la sesión cambios importantes en la forma de ver su situación.

El Mapa Central De Shazer (1985) muestra en un diagrama de flujo el Desarrollo de la adaptación y la Terapia. Al comienzo se trata de discernir para qué viene la familia. Si es de Visita y no presentan un problema que quieran solucionar, basta hacer cumplidos y no entrar en terapia hasta que la demanda cambie. Si acuden como demandantes, es decir, tienen un problema, pero no es seguro que quieran hacer algo por solucionarlo, la tarea consiste en convertirlos en compradores: personas que tienen un problema y quieren hacer algo por resolverlo. Con los compradores no se pierde mucho tiempo en preguntar acerca del problema. El primer supuesto de esta terapia es que la gente, cuando pide ayuda, ya tiene una idea sobre cómo solucionar el problema. La función del Equipo es detectar esta idea, simplificarla y devolverla a la familia para que ésta siga solucionando el problema por sí misma.

Basta con que el equipo investigue sobre la existencia de Excepciones; es decir, momentos en que el problema no existe. Si son deliberadas y resuelven el problema, basta hacer más de lo mismo para que problema quede diluido. Si son espontáneas, se pueden hacer al azar o hacer lo más fácil que puede funcionar; en ambos casos nos darán un indicio de cómo reacciona la familia y servirá para hacer la prescripción de la siguiente sesión según haya sido su respuesta. Si no hay excepciones, se construye una hipotética. La descripción concreta de una vida futura sin el problema o la Pregunta del Milagro, nos dan metas objetivas para empezar a fijar los objetivos y metas de la terapia (De Shazer, 1985, 1994).

El foco se pone en algo pequeño y fácil de hacer experimentalmente. Si la descripción futura es vaga, se puede solicitar una tarea de observación, que se centre en detectar todo lo que la familia hace ahora y que le gustará seguir haciendo cuando todo se solucione. Si es el Marco Global el que dificulta la solución hipotética, se redefine el problema como una protección para la familia que implique a todos y se prescribe el síntoma (Espina & Cáceres, 1999).

Primera sesión

La primera sesión es usada estratégicamente por el terapeuta para tomar las decisiones posteriores respecto a la forma de intervenir (Ochoa de Alda, 1995):

- a) Definición operacional del problema y de lo que sucederá cuando éste haya desaparecido.
- b) Búsqueda de aquellas estrategias que le han sido de utilidad al paciente en la resolución de ese problema o en situaciones semejantes.
- c) Establecer detalladamente la diferencia entre lo que sucede cuando el problema no está presente (excepciones) y cuando sí lo está.
- d) Si no hay excepciones, se buscan excepciones potenciales pidiéndole que imagine y describa el futuro cuando el problema haya desaparecido.
- e) Si el paciente no puede identificar excepciones ni orientarse al futuro, se adopta el enfoque del MRI, junto con una actitud pesimista, si la optimista es rechazada, hasta que el paciente pueda hablar de excepciones.
- f) Se procede a consolidar el cambio mediante preguntas que esclarezcan los indicios que espera ver el paciente para saber que ha tenido éxito la terapia.
- g) Se inicia la intervención mediante el elogio de las estrategias exitosas que ya ha puesto en acción el paciente, para evitar o controlar el problema.

Tareas de fórmula (Cade & O'Hanlon, 1993; De Shazer, 1987):

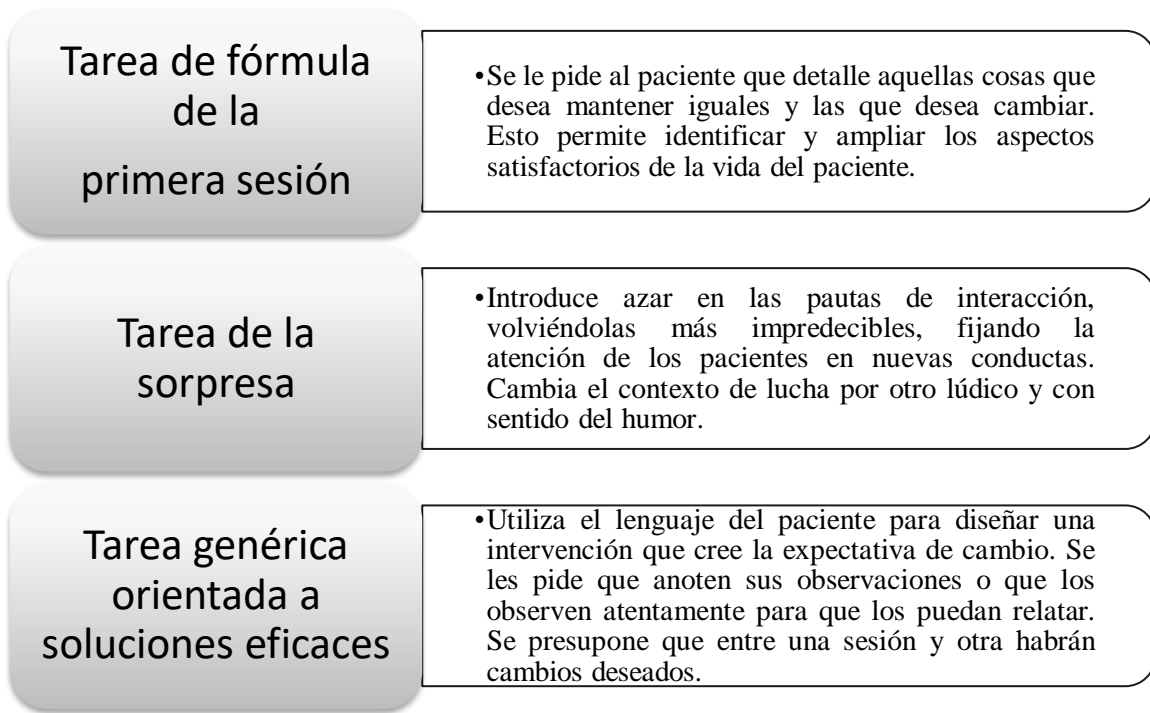


Figura 2

Intervenciones sobre el patrón de la queja

- **Cambiar la tasa de la queja:** Se pide al o los pacientes que presenten el síntoma en un lugar diferente al usual, por un tiempo determinado, por un número de veces determinada, etc., de manera que puedan sentir un mayor control sobre el problema.
- **Añadir un elemento nuevo:** Introduce un nuevo elemento en la secuencia del problema, preferentemente de naturaleza opuesta al problema, de forma que tenga la oportunidad de interrumpir el síntoma.
- **Cambiar la secuencia en los elementos de la queja:** Luego de analizar la secuencia del problema, se le pide al paciente que anteponga o posponga alguna de las conductas que suele tener cuando se presenta el problema, de forma que puedan experimentar un cambio en el problema sin atacarlo directamente.

- Descomponer el patrón de la queja en piezas más pequeñas: Intenta introducir claridad en la pauta, de forma que el paciente pueda detectar cuáles son los elementos que están resultando eficientes y cuáles de ellos pueden ser prescindibles.
- Unir la realización de la queja a la de una actividad: Permite la interrupción de la secuencia problemática, puesto que pretende que el paciente evite el problema intentando evitar la actividad asignada por el terapeuta.

Excepciones (Tabla 1)

Tabla 1

<p>Búsqueda de excepciones</p>	<p>Preguntas del terapeuta dirigidas a encontrar omisiones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones que están o puedan estar asociados con el problema, lo que llevan al cliente a buscar soluciones en el presente y en el pasado, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tuvieran (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Se busca llevar a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado. Centrándolos en aquellas ocasiones en las que el problema no está presente.</p>
<p>Amplificar las excepciones y recursos</p>	<p>Se enfatiza el cambio por pequeño que sea y se agranda lo más posible. Ante una respuesta positiva sobre cambios deseados, se amplían los cambios mediante preguntas que llevan al cliente a seguirlos poniendo, en acción o a aplicarlos en otras áreas de su vida (Cade & O'Hanlon, 1993).</p>

Elogio	Destaca una conducta que ayuda a la desaparición del problema, lo que puede facilitar que esto pueda aplicarse a otra área de la vida del paciente.
Animar a los clientes para hablar del cambio	El terapeuta hace la petición al cliente, de que hable acerca de “los milagros” que han ocurrido entre las sesiones, pidiéndole que le proporcione una imagen clara de cuáles son los cambios, cómo se han producido y qué debe ocurrir para que los cambios persistan (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Reestructuración (Tabla 2)

Tabla 2

Uso de términos de posibilidad	Pretenden poner en duda las certezas poco útiles que ha sostenido el paciente y que han permitido perpetuar el problema. A la vez se le demuestra a éste que el terapeuta tiene confianza en que logrará sus metas. El uso de palabras como “Todavía...”, tiene este efecto.
Elogio	La utilización de las etapas del Ciclo Vital que caracterizan a la mayoría de las familias, con la finalidad de que consideren su situación como algo normal y cotidiano presente en muchas familias, se espera un efecto tranquilizador.
Reestructuración	Es una retroalimentación positiva que consiste en atribuir intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas. El terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación, de modo directo o indirecto (Cade & O’Hanlon, 1993), de

	forma que cambia los marcos de referencia del cliente, dentro y fuera de la sesión, para que pueda hacer cambios en su acción, al tiempo que se estimula sus potencialidades y recursos no utilizados (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).
Encauzar el lenguaje del cliente	Intervenciones encaminadas a encauzar los significados de las palabras que utiliza el cliente en una dirección más productiva o a emplear palabras distintas. El terapeuta encauza los significados de las palabras usadas por los clientes en una dirección productiva, alejándolo del empleo de etiquetas fijas y negativas; y llevándolo a descripciones más alentadoras y hacia descripciones de acciones.
Formular Explicaciones	A través de ella se evitan explicaciones acusatorias y se ayuda a generar co-responsabilidad. Busca explicaciones que permitan encontrar nuevas soluciones.
Re-ver el pasado	Concebir las experiencias negativas como eventos que provocan efectos positivos. Resignificar las experiencias del pasado. Descubrir recursos.

Preguntas de avance rápido, encauzadas al futuro

- Pregunta del milagro: Cuando no se encuentran excepciones o soluciones pasadas, se puede recurrir a las preguntas orientadas al futuro. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema. La suposición de que en el futuro no existirá el problema, favorece que la cliente perciba con mayor probabilidad la solución del problema. Asimismo, el terapeuta recibe directrices e información concreta para ayudar al cliente a solucionar su problema.

- Preguntas orientadas al futuro: Preguntas diseñadas para construir soluciones y crear expectativas de cambio. Cuando las personas perciben un pasado malo, ven igual su futuro, por lo tanto, al visualizar un futuro esperanzador y diferente, la percepción del pasado también puede modificarse (Cade y O'Hanlon, 1993). El terapeuta invita al cliente a hacer una revisión de su futuro, para que reconozca los signos que hablan de la posibilidad del cambio, con la idea de que la esperanza que surja de esto le ayude a superar su visión actual saturada del problema.
- Preguntas presuposicionales: Tienen el objetivo de influir sobre la percepción del paciente, dirigiéndole hacia las soluciones, ayuda a considerar excepciones y ver su situación desde nuevas perspectivas.

Consideraciones Finales

Al ser una terapia que tiene principios posmodernos que se encuentra parada en el constructivismo y el constructivismo social, el cambio de paradigma suele ser complejo, el cambio de pensamiento requiere de un proceso y de la práctica (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Para O'Hanlon (1999), el enfoque de Soluciones forma parte de una nueva generación en psicoterapia que surge como un intento de modificar la visión de patología, de tal manera que este modelo llega con más posibilidades y técnicas para la resolución de problemas humanos.

El modelo de terapia centrado en las soluciones es un enfoque que revoluciona la forma de hacer el trabajo terapéutico, ya que los demás enfoques se centran mucho en el problema que de alguna manera pueden confirmar a la familia o los consultantes que no son más que el problema, sin embargo, en la terapia centrada en soluciones se cambia el foco de la familia o persona, la cual puede percibirse de una manera más integral y puede convertir en una forma de vida el centrarse en sus recursos, fortalezas y soluciones, en vez de en sus defectos y problemas.

1.2. Modelo de Terapia Narrativa

Antecedentes

La Terapia Narrativa fue creada por Michael White, trabajador social australiano, y David Epston, antropólogo de origen canadiense residente en Nueva Zelanda. Empezaron a trabajar juntos a principios de los años 80's y a partir de entonces han desarrollado un modelo terapéutico (Tarragona, 2006). Han recibido influencia del método interpretativo de Bateson, que afirma que nuestro conocimiento es producido y limitado por el contexto y por nuestras premisas, que determinan los mapas que tenemos del mundo. Otra de las ideas importantes es la diferencia que hace la diferencia, como una forma de entender la manera en la que los seres vivos pautan el mundo que habitan, entendiendo de esta manera que, todo conocimiento requiere de un acto de interpretación. De igual manera, han retomado los mecanismos de deconstrucción de Derrida y los estudios de Foucault, sobre las prácticas del poder y la relación que guarda éste con el relato (Tomm, 1989, White, 1993; 2006).

Fundamentos teóricos

De acuerdo con el construccionismo social, nuestra identidad actual es resultado sensible de un relato vital y no un acontecimiento repentino y misterioso. Una narración bien formada es aquella en la que los personajes u objetos del relato poseen una identidad continua o coherente a través del tiempo. Una vez que ha sido definido por la narración, el individuo tenderá a preservar su identidad y función dentro del relato (Gergen, 1996; 1997).

La narración es una de las formas más poderosas de discurso en la comunicación humana, debido a que la estructura narrativa está presente en cualquier interacción social, por simple que ésta sea. Por lo tanto, para que una narración sea eficaz, se necesita que contenga cuatro elementos indispensables: una acción dirigida a metas, un orden secuencial, sensibilidad para no violar los cánones de la interacción humana y un narrador. Las narraciones están compuestas

por panoramas duales, uno de acción, que describe los hechos secuenciados en una dimensión temporal, y uno de conciencia, constituido por los significados que los personajes y los lectores dan a los hechos que se desarrollan en la historia (Bruner, 1990).

La metáfora narrativa nos propone ver las personas viviendo sus vidas conforme a historias, las cuales moldean su existencia, produciendo efectos tangibles y concretos sobre su estructura. Estas historias se constituyen a través de un panorama de acción y uno de conciencia, a la vez que se rigen por los cánones permitidos por el contexto de las instituciones y estructuras sociales dentro del que fueron creadas. De esta manera, la historia o relato funge como marco de interpretación primario de la experiencia, dando forma y sentido a la vida de las personas y a lo que en ella ocurre, pero a la vez limitando, tanto los significados que las personas pueden dar a su experiencia, como los aspectos de ésta que decide expresar (White & Epston, 1989).

White (2002) adoptando una postura postestructuralista propone que en la terapia no es muy útil pensar en términos de profundo y superficial. Prefiere pensar siguiendo la metáfora de descripciones ricas, densas o gruesas y descripciones frágiles, simples o delgadas. Una historia densa o gruesa está llena de detalles, se conecta con otras y, sobre todo, proviene de las personas para quienes esa historia es relevante. Una historia “delgada” generalmente proviene de observadores de fuera, no de las personas que la están viviendo y difícilmente tiene lugar para la complejidad y las contradicciones de su experiencia. Cuanto más “densa o gruesa” sea una historia, más posibilidades se generarán para la persona que la vive (Tarragona, 2006).

White y Epston (1989) creen que las personas se enfrentan a dificultades cuando viven en función de historias dominantes que están saturadas de problemas. Estas historias dominantes son restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y las llevan a conclusiones negativas sobre su identidad. Estos autores, influidos por las ideas de Michael Foucault le ponen especial atención a los discursos dominantes y el ejercicio del poder en la sociedad.

Proponen que estos discursos tienen un impacto en las historias que las personas crean sobre sí mismas y que es importante deconstruirlos. Morgan define la deconstrucción en la Terapia Narrativa como el desarmar o revisar cuidadosamente las creencias y prácticas de la cultura que están fortaleciendo al problema y a la historia dominante (Morgan, 2000).

El proceso de la Terapia Narrativa favorece historias y prácticas preferidas y las plantea como caminos de trabajo posibles. Si bien cada pregunta hecha por la terapeuta es en sí misma una ruta a explorar, no existen desde este modelo caminos correctos, simplemente hay múltiples direcciones posibles para elegir. Desde la narrativa, el trabajo del terapeuta consiste en trabajar junto con el paciente, en la deconstrucción de la narrativa dominante. Al hacerlo, el paciente experimenta cambios a nivel cognitivo, conductual, afectivo y social. Hace uso de diversos recursos terapéuticos, orales o escritos, para buscar historias alternativas y eventos extraordinarios que cuestionen la historia dominante. Este tipo de terapia requiere una relación con el consultante más directa, igualitaria y respetuosa (White, 2002).

Intervenciones

La terapia narrativa busca un acercamiento respetuoso, no culposo de la terapia y el trabajo en conjunto terapeuta consultante, centra a la persona como expertos en su vida. Ve el problema separado de las personas y asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los asistirá a reducir la influencia del problema en sus vidas. Entre otros, hay dos principios importantes: Mantener un estado de genuina curiosidad, haciendo preguntas de las que realmente no se sabe la respuesta (Morgan, 2000)

La terapia narrativa ha desarrollado un estilo de trabajo claro que consta de diferentes prácticas o tipos de conversación entre clientes y terapeutas. Estas incluyen las conversaciones externalizantes, la identificación de acontecimientos excepcionales, el uso de preguntas del Panorama de la Acción y el Panorama de la Identidad, el trabajo con equipos de Testigos Externos y el uso de documentos terapéuticos (Tarragona, 2006).

Las *conversaciones externalizantes*. Una de las características que distinguen a la Terapia Narrativa es la manera en la que se habla de los problemas. Éstos no son vistos como síntomas o como manifestaciones de alguna deficiencia de los consultantes. Más bien, se piensa en los problemas como algo separado del consultante, algo externo a él o ella pero que está afectando su vida (Tarragona, 2006).

La forma común de ver a los problemas como síntomas sólo ha existido recientemente en términos históricos y que se puede pensar en las dificultades de muchas maneras diferentes. Cuando las personas empiezan a hablar de sus problemas como entidades separadas, como algo que está afuera, siente una diferencia casi inmediata (Tarragona, 2006).

Alice Morgan (2000) explica que las conversaciones externalizantes constan de los siguientes pasos: nombrar al problema, explorar los efectos del problema sobre la vida de la persona y desconstruir o poner en contexto el problema.

- Nombrar al problema. En la Terapia Narrativa, el terapeuta le pide al cliente que describa y nombre al problema. Es muy importante trabajar con las palabras exactas que usa el cliente y se puede invitar también a compartir imágenes o metáforas que describan al problema.

Un terapeuta narrativo escucha estas descripciones y está interesado en comprometerse en una conversación que situé el problema lejos de la persona –para externalizarlo. Dentro de las conversaciones de externalización, siempre se habla de los problemas como separados de las personas.

- Exploración de los efectos del problema. Después de escuchar la descripción del problema que al cliente le parezca más acertada y apegada su experiencia, la terapeuta indaga sobre la historia del problema. Esto no se hace para encontrar su causa, sino para entenderlo mejor y para explorar historias alternativas más adelante.

Como ejemplo frente a un problema podrían ser:

- ¿Qué efecto ha tenido que no hagas la tarea en la relación con tu maestro? ¿Cómo es que los hábitos han afectado la relación con tu maestro? ¿Te acerca o te aleja de él/ella?
- ¿Qué efectos ha tenido sobre la imagen que tienes de ti? ¿Cómo ha afectado la Depresión la imagen que tienes de ti?
- ¿Qué efecto han tenido las voces hostiles en tus niveles de energía? ¿Es más fácil o más difícil hacer las cosas cuando ellas dominan?
- ¿Qué efecto ha tenido el que este presenta la bulimia en tu ánimo y en tus sentimientos?
- ¿Qué efectos tiene la preocupación en cómo te ves como padre/madre?
- ¿Qué efectos tienen los pleitos en tu vida social? ¿Has notado algunos cambios en la relación con tu pareja cuando le expresas lo que sientes?

• En el curso de la conversación se pueden externalizar muchas cosas diferentes. Pero lo más importante es que sea lo que el consultante considere.

Sentimientos: Sentimientos como la ansiedad, la preocupación, el miedo, la culpa pueden ser el foco de conversaciones de externalización. En estas situaciones, los terapeutas podrían hacer preguntas como estas:

- ¿Qué es lo que la Culpa ha tratado de decirte acerca de ti misma?
- ¿Cómo es que el Miedo trató de convencerte de que es peligroso salir de tu casa?
- ¿Desde cuándo los Celos han intentado meterse entre tú y tus amigos?

Problemas entre las personas: Aspectos de las relaciones interpersonales también se pueden externalizar como, por ejemplo: las Peleas, las Culpas, los Conflictos, el Discutir, la Desconfianza, los Celos, las Críticas, la Desesperanza. Las preguntas en estas situaciones podrían ser:

- ¿Qué es lo que los Pleitos te han dicho acerca de cómo eres como pareja?
- ¿Qué es lo que la Culpa les tiene haciéndose uno al otro?
- ¿Qué es lo que el Conflicto les tiene diciéndose del uno a otro?
- ¿Qué tanto las Discusiones se meten en sus conversaciones?

La cultura y prácticas sociales: existen problemáticas que influyen en la vida de las personas como son las prácticas sociales y culturales, las cuales también se pueden situar fuera de las personas como culpabilizar a las madres, la culpabilidad de los padres, la dominancia heterosexual, el racismo, las mujeres, el racionalismo económico.

Otras metáforas: Algunas veces las personas hablan del problema de manera metafórica. Por ejemplo: pueden hablar de “la pared de resentimiento”, “el bloqueo”, “la ola de desesperanza”, “el sueño”. Metáforas como estas también pueden externalizarse y trabajarse terapéuticamente, construyendo y deconstruyendo a través del mismo lenguaje. Todas las metáforas que aparecen en las conversaciones vienen de discursos particulares que evocan entendimientos de vida e identidad específicos. Estos discursos influyen en las acciones que las personas emprenden para resolver sus problemas y darles una orientación general a sus vidas (White, 2006).

Las nuevas narrativas pueden ensanchar el pensamiento de los consultantes, ejercitar su imaginación y emplear sus recursos constructores de sentido (White, 2006), esto se puede construir a través de las conversaciones o al llevar a cabo ejercicio escritos como: cartas, certificados, declaraciones o autocertificados.

Conversaciones de re-autoría

Las conversaciones de re-autoría invitan a las personas a continuar desarrollando y narrando sus vidas. También las ayudan a incluir algunos de los

acontecimientos y experiencias más desatendidos, pero potencialmente más significativos. Estos acontecimientos pueden ser considerados “desenlaces extraordinarios” o “excepciones” que no han sido elementos que no se tomaron en cuenta en las tramas de vida dominantes.

En la terapia se intenta involucrar a las personas en la re-autoría de situaciones apremiantes de sus vidas de modo que despierten su curiosidad a las posibilidades humanas e invoquen el juego de la imaginación. En las conversaciones de re-autoría, los conceptos del paisaje de la acción y del paisaje de la identidad (Figura 3) ayudan a construir un contexto que permite que las personas otorguen significado a muchos acontecimientos de vida, que habían dejado de lado pero que son importantes y que el incorporarlos, los pueden llevar a nuevas conclusiones a cerca de sus propias vidas (White, 2006).

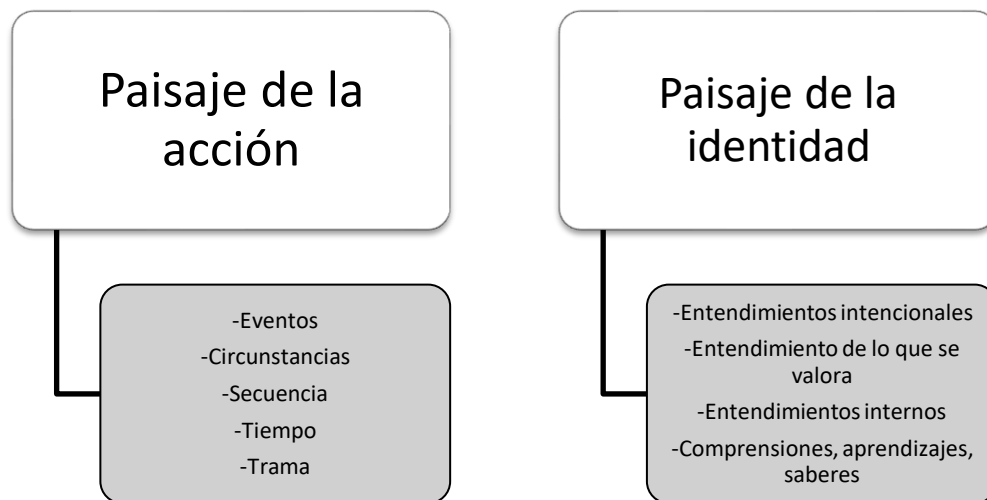


Figura 3

En las conversaciones de re-autoría se toma en cuenta la historia remota, la historia distante, la historia reciente, el presente y el futuro cercano en la construcción del contexto. Y como resultado, muchas de las conclusiones que se generan en las conversaciones contradicen las conclusiones preexistentes, que enfatizaban la carencia y que se relacionaban con las tramas dominantes y que se volvían una limitante en sus vidas. (White, 2006).

Ejemplos de preguntas:

- Este suceso que narras ¿qué dice de lo que valoras en la vida? ¿Cómo contribuyó este relato a la imagen que tienes de ti?
- ¿Qué piensas que refleja esto que me dices de tus planes para el futuro?

Conversaciones de remembranza

Las conversaciones de re-membranza se forman en la idea de que la identidad se basa en una “asociación de vida” y no en un yo nuclear. Esta asociación de vida la componen las figuras e identidades significativas del pasado, del presente y del futuro proyectado por una persona o varias personas significativas en sus vidas, cuyas voces influyen mucho en la construcción de la identidad de la persona. Las conversaciones de re-membranza brindan a las personas la oportunidad de analizar afiliaciones de sus asociaciones de vida: les permiten enaltecer y honrar algunas y atenuar o revocar otras, les permiten otorgar autoridad a algunas voces respecto a su identidad personal y descalificar otras (White, 2006).

Las conversaciones de re-membranza se centran en:

- La contribución de la figura significativa en la vida de la persona
- La identidad de la persona en los ojos de la figura
- La contribución de la persona a la vida de la figura
- Lo que implican las contribuciones para la identidad de la figura

Ejemplos:

- ¿por qué crees que esta persona contribuyó a tu vida?
- ¿Qué piensas que apreciaba de ti, que otras personas no pensaban?
- ¿Qué piensas que reconocía en ti, que para otras personas no era visible?
- ¿Sabes lo que valoró de ti y que otras personas pasaron por alto?

Conversaciones de definición

Estas conversaciones son rituales que reconocen y enaltecen las vidas de las personas, las ceremonias de definición permiten que la persona cuente o represente sus historias de vida ante un público de testigos externos que se eligen con mucho cuidado y responde a estas historias con recuentos que confirman una tradición específica de reconocimiento. Estas prácticas llevan a enriquecer los relatos y a expandir el sentido de agencia personal, sientan las bases para que las personas puedan encarar sus problemas y dificultades (White, 2006).

Las respuestas de los testigos externos no consisten en expresar opiniones, dar consejos, formular declaraciones ni introducir historias morales o sermones sino conversar acerca de las expresiones que les atrajeron de la narración, acerca de las imágenes que estas expresiones evocaron, acerca de las experiencias personales que resonaron con estas expresiones y acerca de su sentir en cuanto al modo en que estas expresiones tocaron sus vidas (White, 2006).

En los recuentos elaborados por los testigos externos se vuelve a representar lo que la persona valora en sus actos de vida de modo que resuena y brinda reconocimiento. Gracias a estos recuentos, las personas sienten además que sus vidas se unen a las de las otras alrededor de temas que comparten y atesoran. En los casos abordados más adelante en este trabajo, no se utilizan ceremonias de definición, pero es importante mencionar que también es una herramienta que se puede ocupar en casos posteriores (White, 2006).

Conversaciones que iluminan desenlaces extraordinarios

De todas las experiencias que vivimos sólo le damos sentido a una pequeña parte de esta experiencia. Los aspectos de la experiencia vivida a los que les damos importancia son aquellos que incorporamos a nuestros relatos de vida familiares y conocidos, son aspectos que escogemos con mucho detalle y la otra parte que ocurre no la registramos, ni les asignamos significado. Estos relatos que no

consideramos pueden ser desenlaces extraordinarios o excepciones que pueden brindar un punto de partida para desarrollar relatos de vida alternos (White, 2006).

Las conversaciones que iluminan desenlaces extraordinarios permiten que las personas verbalicen lo que pretenden para sus propias vidas y que se familiaricen con lo que valora de la vida. Es un trampolín para actuar y encarar sus problemas, dificultades y dilemas (White, 2006).

Conversaciones de andamiaje

En las practicas terapéuticas se contribuye a construir los andamios de la zona de desarrollo próximo. También se invita a otras personas para que sean participes de este proceso. Este andamiaje permite que las personas se distancien gradual y progresivamente de lo que conocen para alcanzar lo que podrían saber y hacer (White, 2006).

En este proceso las personas experimentan una nueva sensación de agencia personal: sienten que son capaces de ordenar su vida, de intervenir para afectar su curso según lo que pretenden, y de hacerlo en armonía con sus saberes de vida y habilidades para vivir.

Para estas conversaciones de andamiaje White (2006) plantea la siguiente ruta:

- Lo conocido y familiar
- Tareas de nivel de distanciamiento bajo: caracterización del desenlace extraordinario
- Tarea de nivel de distanciamiento medio: el desenlace extraordinario se teje en la cadena de asociación
- Tareas de nivel de distanciamiento medio alto: reflexionar en las cadenas de asociación, en los aprendizajes y en los entendimientos.
- Tareas de nivel de distanciamiento alto: abstener los aprendizajes y los entendimientos.
- Tareas de nivel de distanciamiento muy alto: planes para actuar.

- Lo que puede llegar a conocer.

Consideraciones finales

La terapia narrativa tiene la posibilidad de abrir historias para que los consultantes tengan más opciones y puedan resignificar eventos, personas y a sí mismos (Tarragona, 2006). La idea principal es que puedan reescribir sus vidas o reconstruirse a sí mismas, a los demás y a sus relaciones, de acuerdo con relatos y conocimientos alternativos y preferidos acerca de sus vidas.

Es un espacio donde la conversación se desenvuelve de forma horizontal entre terapeuta y consultante, desde el inicio de la sesión el consultante decide de que tema se va a conversar, durante las narraciones el o la terapeuta realiza preguntas reflexivas, indaga sobre los significados de la persona, se intenta conocer la historia dominante para después se puedan construir historias alternativas que puedan ayudar a tener una visión distinta del panorama que están viviendo los consultantes.

1.3 Las prácticas reflexivas en terapia

Antecedentes

Las ideas que dieron origen al Equipo Reflexivo comenzaron a gestarse el año de 1974 en Noruega. Un grupo de siete profesionales se reúne bajo la dirección de Tom Andersen, en aquel entonces profesor de psiquiatría social en la Universidad de Tromsø, Este grupo ya tenía tiempo estudiando las ideas de Jay Haley, Salvador Minuchin y Paul Watzlawick, a la vez que participaban en un programa educacional en “Terapia Familiar con Orientación Sistémica” dirigido por Philippe Caillé (Andersen, 1991).

El uso del trabajo con equipo terapéutico propuesto por el grupo de Milán y la influencia de la hermenéutica, del socioconstruccionismo, el enfoque de Goolishian, las ideas del “multiverso” y de la biología del conocimiento, de Varela y Maturana, así como los trabajos de Gergen y Shotter sobre el lenguaje en los

sistemas humanos, constituyeron la idea de los grupos reflexivos (Beltrán, 2004). En 1984, después de trabajar con el equipo terapéutico empieza a sentirse incómoda la postura de terapeuta experto y se cuestiona por qué ocultar a la familia lo que discutía el equipo y deciden permitir que los clientes escuchen y vean la forma en que trabaja el equipo, descubriendo así que las posibilidades se ampliaban, permitiendo que los clientes encontraran sus propias respuestas y con esto pudieron ampliar su comprensión con respecto a los procesos terapéuticos. Esta nueva forma de trabajo es lo que se llamó posteriormente “Equipo Reflexivo” (Andersen, 1991, 1994).

Fundamentos teóricos

De las primeras bases teóricas para los equipos de reflexión se hicieron con las ideas de Bateson quien hizo notar que no vemos las cosas como algo en sí mismas. Vemos una cosa como algo diferente de su entorno. Se dice que el hombre ve y describe su entorno en función de las diferencias que ve. Se relaciona con su entorno en términos de diferencias que puede ver, oír, oler, tocar y gustar (Andersen, 1994).

En pocas palabras hay siempre más para ver que lo que vemos, Bateson menciona “la unidad elemental de información es una diferencia que hace la diferencia” y que una diferencia a lo largo del tiempo es un cambio. De igual manera, el equipo reflexivo se basa en una postura socioconstruccionista que subraya la importancia del lenguaje en la construcción de diferentes versiones de la realidad y valora las múltiples perspectivas y la multiplicidad de voces. En esta forma de trabajo no se aspira a “reflejar” la realidad, sino a compartir lo que los miembros del equipo piensan y sienten a raíz de lo que han escuchado durante la entrevista entre clientes y terapeutas. Los integrantes del equipo reflexionan en presencia del sistema terapéutico (Andersen, 1994; Fernández, London & Tarragona, 2001).

El equipo reflexivo promueve relaciones más igualitarias entre clientes y terapeutas, al igual que todos los integrantes del equipo terapéutico. Permite considerar diferentes ideas y darle espacio a una variedad de experiencias de vida

que incluyen tanto profesionales como personales (Fernández, London & Tarragona, 2001).

En terapia familiar el equipo se encuentra detrás del espejo como un “metaobservador”, los miembros que lo conforman reflexionan acerca del discurso de los consultantes de manera que al finalizar la sesión se conversa de las experiencias narradas para que el cliente escuche cada una de ellas y sea información útil que le pueda ayudar a seguir reflexionando sobre la situación que lo lleva (Fernández, London & Tarragona, 2001).

Supuestos Básicos

El equipo reflexivo tiene como conceptos centrales al lenguaje como herramienta y la colaboración como una actitud terapéutica. Esto implica una inclusión y validación constante del saber cotidiano y de la experiencia del cliente en el proceso o conversación terapéutica. El objetivo del equipo reflexivo es escuchar diversas voces e historias que les permitan a los consultantes construir nuevos significados y hacer cambios de acuerdo con sus intereses particulares (Andersen, 1994).

Asimismo, el equipo reflexivo no le oculta nada a sus consultantes, tanto terapeuta y equipo terapéutico discuten abiertamente sus impresiones en relación con lo que se expone en la sesión. Reflexionar implica escuchar, aprender y pensar en la información recibida, antes de dar una respuesta, es el proceso de los diálogos internos y externos (Andersen, 1994), y al hacer presentes las reflexiones tanto terapeutas como consultantes participan en un proceso social de generación de significados y acciones alternativas, las cuales multiplican las posibilidades tanto del consultante como del equipo terapéutico.

Intervenciones

El equipo reflexivo es una forma de hacer y de concebir la terapia. En esta terapia, tanto terapeuta como cliente participan de las opiniones dadas por el equipo que ha observado la sesión sin interferir durante ella. Esto permite que los clientes sean participantes y observadores de la terapia Gergen, 1996).

Andersen (1991, 1992) considera los siguientes puntos para participar en un equipo:

1. Se permite a los clientes la decisión de escuchar o no la conversación del equipo.
2. Las reflexiones deben basarse en lo expresado durante la conversación, y no en algo tomado de otro contexto. Deben partir de expresiones como “cuando vi...” “cuando escuché...” “en el momento en que se dijo...”, para después partir a la expresión de dudas o reflexiones, expresadas con frases como “cuando pensé eso empecé a preguntarme...” o “cuando ella se refirió a eso, me pregunté sí.
3. Los miembros del equipo deben de tratar de no usar connotaciones negativas, expresiones que contengan información que pudiera parecer una crítica o un juicio.
4. El modo de trabajo del equipo reflexivo, cuando se encuentra en el mismo cuarto que la familia y la terapeuta, debe de enfatizar que no es una conversación con la familia, sino de los miembros del equipo entre sí, de tal manera que es importante que estos se miren entre sí mientras reflexionan y que no miren a los que escuchan.
5. Las conversaciones deben de ser de tipo especulativo, es decir, preguntando más que aseverando, utilizando metáforas, planteando dilemas, dudas, en vez de aconsejando o dictando una dirección.
6. Se busca presentar los dos lados de un dilema, moviéndose de una postura de “o” a una postura de “y”.

El equipo reflexivo comúnmente conversa durante 10 minutos o un poco más, para después regresar a la conversación terapeuta y consultante o familia, donde el entrevistador comienza con una pregunta abierta como “¿Hay algo de lo que hayan escuchado sobre lo que les gustaría conversar?” “¿hay algo que les haya llamado la atención?” “¿quisieran conversar sobre ello?” La pregunta se le hace a cada uno de los miembros de la familia. También, el terapeuta puede presentar a discusión, las ideas que a él mismo se le ocurrieron mientras escuchaba (Andersen, 1991).

Lineamientos principales para la participación de los miembros del equipo.

No hay una guía específica para llevar a cabo un equipo reflexivo, sin embargo, Tom Andersen (1991) sugiere lo siguiente:

- El equipo puede estar detrás de un espejo o bien en el mismo espacio que los consultantes y la o él terapeuta.
- Durante la entrevista, los miembros del equipo escuchan en absoluto silencio, sin hacer comentarios entre ellos.
- El equipo nunca interrumpe la entrevista para ofrecer consejos ni hacer preguntas.
- Después de un rato de entrevista, el terapeuta puede solicitar la participación del equipo, el equipo puede indicar que tiene ideas que quiere compartir.
- Si el equipo está detrás del espejo, puede intercambiar puestos con la familia y la terapeuta para ofrecer sus reflexiones.
- Al hablar, los miembros del equipo se miran entre ellos, no establecen contacto visual con los clientes
- Los miembros del equipo ofrecen sus reflexiones de manera tentativa (no sé, tal vez, podría ser, se me ocurre que,...)
- Los comentarios se basan exclusivamente en lo que se escuchó durante la entrevista
- La participación del equipo generalmente toma de 5 a 10 minutos.
- Tras escuchar al equipo, los clientes y el terapeuta comentan sobre lo que oyeron.

Andersen dice que a veces es más fácil definir al equipo reflexivo por lo que NO hace:

- No comenta sobre cosas que pertenecen a otros contextos (fuera de la entrevista)
- No da connotaciones negativas
- No interpreta
- No juzga

Es importante enfatizar hacer público el origen de las ideas de los miembros del equipo porque al contextualizar cada pregunta, los miembros del equipo hacen evidente que sus comentarios no son necesariamente correctos o útiles para el cliente, porque son producto de la propia experiencia, de las propias ideas del integrante del equipo.

Consideraciones finales

Al incluir en la terapia equipo reflexivo, las conversaciones que se desarrollen dentro del espacio terapéutico tendrán que ser diferentes de las habituales, sin que resulten ajenas a las personas. Para que estas conversaciones se desarrollen, es necesaria la colaboración de los consultantes y equipo, de tal manera que se cree el espacio para generar un proceso social de creación de significados, acciones alternativas y amplificar las posibilidades.

Considero que contar con equipo reflexivo es un gran privilegio, ya que, la existencia de multiplicidad de voces, experiencias y puntos de vista diferentes ayuda a los consultantes a tener una amplia gama de posibilidades por donde enfrentar su problemática, creada en un ambiente de respeto y flexibilidad.

1.4 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos presentados

El presente estudio muestra el trabajo realizado durante la formación como terapeuta familiar, específicamente en las intervenciones terapéuticas con temas de pareja. Por lo que en este apartado se presentan las problemáticas que pueden surgir en las relaciones

de pareja y las que se abordaron en las sesiones de los dos casos que se explicaran posteriormente

1.4.1. EL noviazgo: retos en las relaciones de pareja desde la postmodernidad y la perspectiva de género

Las condiciones culturales, políticas, económicas y religiosas han sido los ejes que transversalizan la construcción histórica de la pareja. Cada uno de ellos tiene su ideología y roles establecidos con los ideales de acuerdo con el género, al funcionamiento social y a los determinados por cada familia, estos se han transformado con el paso del tiempo, desarrollando multiplicidad de formas de amar y ser pareja, modificaciones que han logrado un avance en cuanto a las nuevas exigencias de la posmodernidad (Mora, Recalde, Montoya, González, Paternina & Bedoya, 2017). Actualmente existen diversas conceptualizaciones de pareja, por un lado, se concibe como un encuentro amoroso, con elementos como la pasión, el deseo, el placer el goce, el erotismo y relaciones sexuales placenteras que son el precedente determinante para formalizar las relaciones de pareja contemporáneas. También en las relaciones de pareja se mezclan sentimientos, emociones y conductas personales compartidas que al no coincidir generan malestar y rechazo (Mora, Recalde, Montoya, González, Paternina & Bedoya, 2017).

Para Biscotti (2006) el concepto de pareja puede definirse como una construcción relacional sostenida por ambos miembros a través de la definición que cada uno considera para sí mismo y la que le da al otro. De igual manera, considera a la pareja como un lugar primordial de la sociedad, que a su vez da sostén a la identidad y que constituye un espacio de relación que se va construyendo por la permanente interacción entre los miembros, sus respectivas expectativas, las de sus contextos de origen y las de los contextos actuales en los que se ven inmersos.

La pareja actual se desenvuelve debajo de las siguientes condiciones: un mundo cambiante donde los valores que antes se consideraban inmutables han dejado de serlo; un contexto lleno de incertidumbre que no necesariamente se enfoca en las tragedias pero produce que haya menos idealizaciones y menos

tendencia a la eternización dentro de las relaciones; y un mundo de coexistencias en donde ocurre que las ideas nuevas, no remplazan las anteriores, sino que se agregan y luego se entrelazan (Biscotti, 2006).

Por otro lado, Bauman (2005). Considera: las relaciones de parejas, como “redes” o “conexiones” en vez de “relaciones”, a diferencia de las “relaciones”, el “parentesco”, la “pareja” e ideas semejantes que resaltan el compromiso mutuo. Las relaciones contemporáneas representan más libertad para quienes disfrutan de ellas, existen más posibilidades y muchas más formas de compartir con determinada persona. Estas nuevas relaciones tienden a defenderse del dolor que causa la ruptura de los vínculos, esto genera relaciones frágiles, débiles, que tienen características delicadas y quebradizas.

Desde una visión psicológica, la construcción de la pareja se ha estudiado desde las circunstancias paradójicamente relacionadas del placer con el desencanto, más la necesidad propia de estar con alguien, también tomando en cuenta un sentido retributivo y personal de tal satisfacción (Mora, Recalde, Montoya, González, Paternina & Bedoya, 2017).

De la Espriella (2008) define a la pareja como una unidad vincular con ciertos elementos diferentes a los de la familia. Sin embargo, la relación de pareja puede llegar a ser la más cercana que los seres humanos tengan en su vida; 9 de cada 10 personas contraen matrimonio por lo menos una vez en la vida lo que indica la importancia de este tipo de relación en la sociedad.

También se dice que la connotación de pareja se refiere a las significaciones co-construidas en la experiencia interaccional conyugal. Hombre y mujer conciben de manera diferente la vida en pareja, y ahí es donde los cambios de la contemporaneidad han desafilado, promoviendo la introducción de nuevas formas de hacer pareja que no requieren presencia física, compromiso profundo, la necesidad exclusiva de ser dos o ser una relación de hombre y mujer (Mora, Recalde, Montoya, González, Paternina & Bedoya, 2017).

La influencia social y cultural del ambiente posmoderno también han favorecido la aparición de diversas transformaciones en los periodos de la adolescencia y la adultez. La etapa de la adolescencia parece haberse ampliado de los 11 a los 25 años debido, a las diversas crisis económicas que en las últimas dos décadas han dificultado cuestiones fundamentales como la independencia económica de los jóvenes teniendo una ampliación de esta etapa en una postadolescencia, adolescencia ampliada o juventud prolongada (Rojas, 2013).

La edad adulta actualmente se describe como una etapa caracterizada por inestabilidad laboral, académica y amorosa; una intensa exploración de la identidad, focalización en sí mismo y búsqueda activa de satisfacer los propios deseos; una sensación de no ser adolescente, pero tampoco adulto. El noviazgo ha experimentado metamorfosis debido a los cambios sociales, económicos y culturales que implica una sociedad posmoderna (Rojas, 2013).

Vínculos afectivos como el noviazgo también han variado en algunas características, por ejemplo, la pérdida de su carácter de preparación para el matrimonio, la inclusión de una mayor actividad sexual, que otros sentimientos menos intensos que el amor puedan fungir como base de la relación o la diversificación en su naturaleza y denominación según el grado de compromiso o fines sexuales de sus miembros, originando relaciones como los “frees” o “amigovios”. Sin embargo, las relaciones de pareja que se consideran más serias o formales aún siguen implicando características como exclusividad, continuidad, duración y estabilidad (Rojas, 2013).

Por lo que, se entiende por noviazgo una relación diádica que involucra interacción social y actividades conjuntas con la implícita o explícita intención de continuar la relación hasta que una de las partes la termine o se establezca otro tipo de relación como la cohabitación o matrimonio”.

Si bien las relaciones han sufrido transformaciones en los últimos cincuenta años es innegable que estamos inmersos en una sociedad patriarcal en donde se promueve una asignación de roles determinada (Delgado, Escurra, Atalaya,

Pequeña, Cuzcano, Álvarez & Rodríguez, 2013). Las mujeres son formadas con la expectativa de que su principal meta en la vida es cuidar de otros. Por lo que sus vidas se centran en actividades que conducen al engrandecimiento de otros y no de ellas. Son las encargadas de confrontar, pacificar, facilitar, intermedian los conflictos de los demás y se amoldan a los intereses familiares. Una gran parte de la autovaloración de las mujeres se asocia con el hecho de dar. El precio que pagan es tener que depender de otros, con respecto a su sensación de poder, status y autoridad fuera del hogar (Walters, Carter, Papp, & Silverstein, 1991).

Para los hombres, el sentido de sí mismos se basa primordialmente en el logro y no en las relaciones personales, el hecho de dar no forma parte de su autoimagen, sus roles son fuera de la familia y en posiciones de liderazgo. Se les exige reprimir sentimientos personales, aprender a dominar la pasión o la debilidad y desarrollar una conducta controlada, prevenida y calculada, inhibiendo su capacidad de responder a las necesidades de otros (Walters, Carter, Papp, & Silverstein, 1991).

La independencia de hombres y mujeres es la base esencial de las relaciones de pareja, pero cada género la enfrenta de diferente manera. Las mujeres son reticentes en cuanto a exigir lo que necesitan, pues no se sienten con el derecho a que sus necesidades sean satisfechas y temen parecer egoístas. Los hombres, son renuentes a reconocer cualquier necesidad emocional por temor a sentirse humillados o rechazados (Walters, Carter, Papp, & Silverstein, 1991).

El hombre utiliza y explota la capacidad de las mujeres de cuidado hacia otras personas. Alentadas por la cultura patriarcal, estas maniobras fuerzan disponibilidad incondicional a través de la imposición de diferentes roles de servicio: madre, esposa, asistente, secretaria, gestora, etc. Las obligan a un sobreesfuerzo físico y emocional que les resta autonomía vital. Con ellas, los varones aprovechan abusivamente los beneficios del cuidado femenino ya que la imposición de disponibilidad femenina hacia el hombre acrecienta la calidad de vida de él a expensas de la mujer, sin que éste habitualmente lo reconozca. Sin embargo, las estadísticas corroboran que los varones incrementan su salud psicofísica durante el

matrimonio, y las mujeres la empeoran. Y ellos disponen de más tiempo de ocio (Bonino, 1996).

De tal manera la socialización, determina la manera de convivir en pareja, generando así factores de riesgo que colocan a las mujeres en una posición vulnerable. Echeburúa, Amor, Loinaz y Corral (2010) indican que las diferencias de sexo condicionan el tipo de violencia experimentada, asimismo el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud señala que, aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas, la violencia es soportada en proporción abrumadora por mujeres y es ejercida por hombres, de modo que la violencia de los varones hacia las mujeres tiene consecuencias sustancialmente más graves y se considera “justificada” por la cultura, la tradición y el supuesto derecho de los varones a disciplinar o controlar a sus parejas (Boch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012).

Dentro de las problemáticas que surgen en el noviazgo se encuentra la violencia, en la literatura internacional se encuentran denominaciones como dating aggression o dating violence que se han traducido como “violencia en las relaciones de pareja adolescente” o “violencia íntima”. Como definición de violencia en el noviazgo se entiende como todo acto, omisión, actitud o expresión que genere, o tenga el potencial de generar daño emocional, físico o sexual a la pareja afectiva con la que se comparte una relación íntima sin convivencia ni vínculo marital” (Rojas, 2013).

Desde la perspectiva de género la violencia no es una dificultad de las mujeres sino un problema para ellas, ya que viven en una sociedad androcéntrica, patriarcal que las inferioriza. La misma socialización masculina tradicional legitima el ejercicio de la violencia hacia las mujeres. La violencia de género es toda acción que coacciona, limita o restringe la libertad y dignidad de las mujeres. La mayoría de los hombres ejercen formas naturalizadas de violencia, abuso y sexismo que en forma de microviolencias o micromachismos que circulan como costumbres de la cotidianeidad (Bonino, 2004).

El objetivo de los micromachismos es anular a la mujer como sujeto, forzándola a una mayor disponibilidad e imponiéndole una identidad "al servicio del varón", con modos que se alejan mucho de la violencia tradicional, pero que tienen a la larga sus mismos objetivos y efectos: perpetuar la distribución injusta para las mujeres de los derechos y oportunidades (Bonino, 1999).

Bonino (1999) los divide en tres grupos: los micromachismos coercitivos, los micromachismos encubiertos y los micromachismos de crisis. En los micromachismos coercitivos (o directos) el varón usa la fuerza (moral, psíquica, económica o de la propia personalidad), para intentar doblegar a la mujer, limitar su libertad y expoliar el pensamiento, el tiempo o el espacio, y restringir su capacidad de decisión. La hacen sentir sin la razón de su parte y ejercen su acción porque provocan un acrecentado sentimiento de derrota cuando comprueba la pérdida, ineficacia o falta de fuerza y capacidad para defender las propias decisiones o razones. Todo ello suele promover inhibición, desconfianza en sí misma y disminución de la autoestima, lo que genera más desbalance de poder.

Ejemplos: intimidación, control del dinero, no participación en lo doméstico, Uso expansivo-abusivo del espacio físico y del tiempo para sí, Insistencia abusiva, Imposición de intimidad, Apelación a la "superioridad" de la "lógica" varonil, Toma o abandono repentinos del mando de la situación.

Los encubiertos (de control oculto o indirecto) son los que atentan de modo más eficaz contra la simetría relacional y la autonomía femenina, por su índole insidiosa y sutil que los torna especialmente invisibles en cuanto a su intencionalidad. En ellos, el varón oculta (y a veces se oculta) su objetivo de dominio y forzamiento de disponibilidad de la mujer. En algunas de estas maniobras esos objetivos son tan encubiertos y su ejercicio es tan sutil que pasan especialmente desapercibidas, razón por la que son muy efectivas. No utilizan la fuerza como los coercitivos, sino el afecto y la inducción de actitudes para disminuir el pensamiento y la acción eficaz de la mujer, llevándola a hacer lo que no quiere y conduciéndola en la dirección elegida por el varón (Bonino, 1999).

Aprovechan su confiabilidad afectiva y provocan en ella sentimientos de desvalimiento o impotencia, acompañadas de confusión, zozobra, culpa, dudas de sí, (al no haber coerción evidente) que favorecen el descenso de la autoestima y la autocrédibilidad. Por no ser evidentes, no se perciben en el momento, pero se sienten sus efectos coaccionantes, por lo que conducen habitualmente a una reacción retardada (y "exagerada" dicen los varones) por parte de la mujer, con mal humor, frialdad y estallido de rabia "sin motivo". Muchos de ellos son considerados comportamientos masculinos "normales" y son muy efectivos para que el varón acreciente su poder de llevar adelante "sus" razones y sus deseos, y son especialmente devastadores con las mujeres muy dependientes de la aprobación masculina (Bonino, 1999).

Ejemplos: Abuso de la capacidad femenina de cuidado (maternalización de la mujer, delegación del trabajo de cuidado de los vínculos y las personas, requerimientos abusivos solapados), creación de falta de intimidad (silencio, aislamiento y puesta de límites, avaricia de reconocimiento y disponibilidad., Inclusión invasiva de terceros) seudointimidad (comunicación defensiva-ofensiva., engaños y mentiras), desautorización (descalificaciones, negación de lo positivo, colusión con terceros, terrorismo misógino), paternalismo, manipulación emocional (culpabilización-inocentización, dobles mensajes afectivos, enfurruñamiento), autoindulgencia y autojustificación (hacerse el tonto, impericias y olvidos selectivos, comparaciones ventajosas, pseudoimplicación doméstica, minusvaloración de los propios errores).

Los micromachismos de crisis suelen utilizarse en momentos de desequilibrio de poder en las relaciones, tales como aumento del poder personal de la mujer por cambios en su vida o pérdida del poder del varón por razones de pérdida laboral o de limitación física. Generalmente estos cambios se acompañan de reclamos por parte de la mujer de mayor igualdad en la relación. Suelen ser útiles no sólo para impedir que la mujer sea más autónoma o para no sentirse dependiente de ella, sino también para impedir los reclamos de ella respecto a la necesidad que él también cambie modificando sus hábitos de superioridad (Bonino, 1999).

El varón, al sentirse perjudicado, puede utilizar específicamente estas maniobras o utilizar las descritas anteriormente, aumentando su cantidad o su intensidad con el fin de restablecer el statu quo. Los grupos que describiré a continuación suelen utilizarse frecuentemente en una secuencia del primero al último, según la permeabilidad de la mujer para dejarse presionar (Bonino,1999). Ejemplos: Hipercontrol, pseudoapoyo, resistencia pasiva y distanciamiento, rehuir la crítica y la negociación, promesas y hacer méritos, victimismo, darse tiempo, dar lástima.

Otros ejemplos de violencia psicológica son burlas, sarcasmos, rumores, miradas e insinuaciones que pretendan agredir a alguien. Las personas que ejercen violencia psicológica buscan poder, los otros u otras se vuelven objetos. Los individuos que sufren este tipo de agresiones comienzan a perder su dinamismo y entran en confusión y desequilibrio al no entender el comportamiento del agresor (Porrúa, Rodríguez-Carballeira, Almendros, Escartín, Martín-Peña & Saldaña, 2010; Hirigoyen, 2013).

Este tipo de violencia ha recibido menos atención en las investigaciones sobre violencia en la pareja, sin embargo, puede ser precursora de otras formas de violencia, ya que causa tanto daño a la salud física y mental de la víctima, como la violencia física, (Boch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012).

La mayoría de las investigaciones están centradas en la violencia física y son pocas las que se refieren a la violencia psicológica. De las existentes, la mayoría de ellas apuntan a estudiar el perfil de los maltratadores en el ámbito de la pareja, se focalizan en evaluar las características y los discursos de aquellos definidos por diferentes autores según variadas clasificaciones que aluden especialmente a rasgos psicopatológicos y factores desencadenantes como el alcohol, drogas, etc. Se excluye no sólo a los que ejercen formas no delictivas de violencia en la pareja, sino también a los que no la ejercen, pero la consienten o la minimizan, a los que la ejercen o toleran en otros ámbitos y a los individuos que naturalizan las desigualdades de género (Bonino, 2004).

Dadas estas circunstancias, la satisfacción en las relaciones de pareja se ha transformado en un tema de preocupación para terapeutas de parejas, investigadores y profesionales del área de la salud, ya que los hallazgos que indican que las parejas que mantienen conflictos sostenidos presentan graves consecuencias en su salud física y emocional (Gottman & Levenson, 1999).

Ante las dificultades de pareja Bill O'Hanlon y Pat Hudson (1997) mencionan tres tipos de historias que entorpecen la relación de pareja y sugieren alternativas para evitar caer en ellas, en especial sugieren formas concretas de comunicación para solucionar los problemas a los que se enfrentan las parejas.

1.- Historias que dificultan las relaciones:

- Historias de culpa. En estas historias se decide culpar a la pareja, es decir, se le atribuye malas intenciones o malas cualidades. Estas historias se basan en la acusación "Tú eres el problema". Estas historias suelen provocar que la persona culpada se ponga a la defensiva y ataque a su vez a su pareja.
- Historias que invalidan. En estas historias se transmite a la pareja el mensaje de que no puede confiar en sus percepciones, sentimientos o conductas habituales, porque no los consideramos intrascendentes o inaceptables. Esto provoca que se pierda la confianza en sí mismo o en la pareja.
- Historias de imposibilidad para cambiar. Estas historias se basan en la idea de que la pareja no puede o no quiere cambiar y que no hay nada que lo pueda lograr. En muchos casos este pensamiento se basa en alguna creencia (biológica, religiosa, social, etc.) que explica porque la pareja se comporta de determinada manera. Además, mencionan como elementos que pueden causar malentendidos y conflictos el uso de generalizaciones (siempre, nunca, nadie, todos, etc.) y la lectura de la mente (creer se conoce la intención de las conductas de la pareja, creer que se sabe lo que la pareja está pensando o sintiendo o creer que la pareja debería de saber algo en específico a cerca del otro).

2.-Alternativas para construir historias de solución

- Reconocer y validar los sentimientos, percepciones e interpretaciones de la pareja. Al momento de realizar esto, es importante realizar una escucha empática, donde, a partir de lo dice la pareja, se imagine como siente y percibe las cosas desde su punto de vista. Es importante que se le exprese verbalmente lo que se ha tratado de entender y que busca comprender la situación por la que está pasando.
- Comunicarse a partir del uso de palabras de acción (videocharla): usar palabras y frases que describen en lugar de explicar, analizar y culpabilizar. Hay dos pasos principales: a) quejas de acción: describir de manera concreta lo que no le gusta de la pareja con respecto a lo que hace o dice; b) peticiones de acción: de igual manera, realizar esto con lo que le gustaría que la pareja empezara a hacer en el presente y en el futuro.
- Realizar elogios justificados: hacer saber a la pareja qué acciones concretas valora y le gustaría que siguiera haciendo en el futuro.

3.- Métodos para negociar conflictos

- Buscar otra acción en la que los dos miembros de la pareja puedan estar de acuerdo.
- Compromiso equitativo por parte de la pareja para hacer concesiones.
- Establecer turnos para experimentar las sugerencias de cada integrante de la pareja.
- Arrinconar la discrepancia, pero no renunciar a la relación

A. Normas de etiqueta coloquial 1. Sintonizar el canal de la pareja. 2. Dar señales de que se le está escuchando. 3. No interrumpir. 4. Formular preguntas hábilmente. 5. Emplear tacto y diplomacia.

B. Pautas para aclarar los motivos de queja de la pareja 1. No tratar defenderse, dar excusas o contraatacar. 2. Tratar de aclarar con precisión lo que hizo o no hizo para provocar la molestia de la pareja. 3. Hacer un resumen de las quejas de la pareja.

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

El desarrollo de habilidades y competencias durante la Residencia en Terapia Familiar son esenciales para la formación profesional de la psicología y estas se extienden al campo clínico, de investigación tanto cuantitativa como cualitativa y en la intervención comunitaria. La formación requerida se logra a través de la teoría, la práctica y la supervisión, no dejando atrás el ejercicio constante de revisión de la ética para todas las áreas mencionadas.

1. Habilidades clínicas y terapéuticas

1.1. Casos atendidos

La información de los casos atendidos durante la formación, el tipo de participación que tuvo la terapeuta en los procesos terapéuticos, la duración de estos y el tipo de problemática atendida se describen en la tabla 3. Posteriormente se presentan dos casos, los cuales el primero se realizó en co-terapia con Cecilia Fajardo utilizando el modelo de intervención centrado de las soluciones y el segundo caso fue la terapeuta en el cual se ocupó el modelo de narrativa y equipo reflexivo.

Tabla 3: Casos atendidos durante la formación como terapeuta familiar.

	MODALIDAD	CASO	TERAPEUTAS	PARTICIPACIÓN	MODELO	SUPERVISOR	NUM. DE SESIONES	MOTIVO DE CONSULTA	ESTADO DEL PROCESO	SEDE
1	Individual	M. V	Paola	Terapeuta	MRI	Martha López	12	Ansiedad	Baja	San Lorenzo
2	Individual	K. I.	Paola	Terapeuta	MRI	Martha López	8	Miedos, sociabilidad	Alta	San Lorenzo
3	Individual	K.A.	Paola	Terapeuta	Narrativa	Martha López	15	Violencia de género	En proceso	San Lorenzo
4	Familia	Fam. M. M.	Paola	Terapeuta	MRI	Martha López	1	Miedos de su hijo	Baja	San Lorenzo
5	Individual	J.J.	Paola	Terapeuta	Narrativa	Martha López	5	Violencia de género	En proceso	San Lorenzo
6	Individual	A. I.	Paola	Terapeuta	Estratégico	Martha López	4	Problemas de organización	Baja	San Lorenzo
7	Individual	S.B.	Paola	Terapeuta	Narrativa	Martha López	6	Violencia de género	Baja	San Lorenzo
8	Familiar	C. P	Paola	Terapeuta	Estratégico	Martha López	2	Duelo	Baja	San Lorenzo
9	Individual	E.A.	Paola	Terapeuta	Estratégico	Martha López	2	Duelo	Baja	San Lorenzo
10	Individual	R. O	Paola	Terapeuta	Estratégico	Martha López	3	Baja de calificaciones, agresión	Baja	San Lorenzo
11	Individual	A. A.	Paola	Terapeuta	Narrativa	Martha López	2	Violencia de género	Baja	San Lorenzo

12	Pareja	L. y A.	Paola	Terapeuta	Narrativa	Martha López	3	Violencia de género	En proceso	San Lorenzo
13	Individual	G.A.	Paola	Terapeuta	Narrativa	Nora Rentería	12	Cierre de ciclos y violencia de género	En Proceso	Dr. Guillermo

Tabla 3: Casos atendidos durante la formación como terapeuta familiar. (continuación)

14	Familia	T. y A.	Paola y Nancy	Co-terapeuta	Estratégico	Noemí	12	Agresión del hijo y falta de límites	Alta	Dr. Guillermo Dávila
15	Pareja	L. y J.	Paola y Nancy	Co-terapeuta	Estratégico	Luz Ma. Rocha	4	Problemas de comunicación y violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
15	Familiar	Fam. V.	Paola y Elizabeth	Co-terapeuta	Milán	Gerardo Reséndiz	5	Abusos sexuales	Alta	Dr. Guillermo Dávila
16	Pareja	E y J	Cecilia y Paola	Equipo terapéutico	Soluciones	Miriam Zavala	5	Dificultades para llegar a acuerdos en la relación	Alta	Dr. Guillermo Dávila
17	Pareja	F y M	Elizabeth y Nancy	Equipo terapéutico	Centrado en Soluciones	Miriam Zavala	4	Falta de comunicación y violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila
18	Individual	M.	Gabriela y Darío	Equipo terapéutico	MRl	Miriam Zavala	8	Separación de su pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
19	Familiar	L.	Gabriela y Darío	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	13	Ausencia del padre	Alta	Dr. Guillermo Dávila
20	Familiar	Fam. R.	Darío	Equipo terapéutico	Milán	Carolina Díaz-Walls	5	Violencia	En proceso	Dr. Guillermo Dávila
21	Familiar	D. y A.	Roxana y Darío	Equipo terapéutico	Estratégico	Luz María Rocha	8	Falta de apoyo por parte de ambos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
22	Pareja	M. y M.	Andrea y Darío	Equipo terapéutico	Soluciones	Miriam Zavala	8	Problemas de pareja	Baja	Dr. Guillermo Dávila
23	Individual	A.	Darío	Equipo terapéutico	Sesión única	Nora Rentería	1	Incertidumbre por la separación con su pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
24	Pareja	B. y P.	Darío	Equipo terapéutico	Narrativo	Nora Rentería	7	Problemas de educación con su hija	Alta	Dr. Guillermo Dávila
25	Pareja	E y J	Cecilia y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Luz Ma. Rocha	7	Infidelidad	Alta	Dr. Guillermo Dávila
26	Pareja	F y J	Cecilia y Gabriela	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	6	Conflictos por manejo de la ira y falta de confianza	Alta	Dr. Guillermo Dávila
27	Individual	C.	Cecilia y Nancy	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	4	Búsqueda de su propio	Alta	Dr. Guillermo Dávila

								proyecto de vida		
28	Individual	G.	Cecilia y Nancy	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	4	Búsqueda de autonomía	Alta	Dr. Guillermo Dávila
29	Individual	A.	Cecilia	Equipo terapéutico	Sesión única	Nora Rentería	1	Duelo	Alta	Dr. Guillermo Dávila
30	Individual	S.L	Nancy y Anaid	Equipo terapéutico	Centrado en soluciones	Gilberto Limón	6	Problemas de pareja y retomar proyectos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
31	Individual	F.M	Nancy	Equipo terapéutico	Sesión única	Nora Rentería	1	Problemas en el área laboral	Alta	Dr. Guillermo Dávila
32	Familia	L.S	Nancy	Equipo terapéutico	Milán II	Gerardo Reséndiz	2	Huida del hijo y problemas de comunicación	Alta	Dr. Guillermo Dávila
33	Familiar	Fam. R	Andrea y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	1	Problemas con los hijos	Baja	Dr. Guillermo Dávila

Tabla 3: Casos atendidos durante la formación como terapeuta familiar. (continuación)

34	Pareja	Fam. CL	Andrea y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	11	Violencia en la pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
35	Familiar	Fam. RF	Andrea y Victoria	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	7	Alcoholismo, problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
36	Familiar	Fam. MR	Andrea y Gerardo Reséndiz	Equipo terapéutico	Milán II	Gerardo Reséndiz	8	Duelo	En proceso	Dr. Guillermo Dávila
37	Familiar	Fam. AC	Andrea	Equipo terapéutico	Milán I	Carolina Díaz-Walls	4	Alcoholismo, problemas en los hijos	Baja	Dr. Guillermo Dávila
38	Familiar	Familia L-V	Gabriela, Anaid y Roxanna	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	7	Problemas con los hijos	Canalización a terapia adolescentes	Dr. Guillermo Dávila
39	Familiar	Familia CL	Anaid y Roxanna	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz Marroquín	10	Problemas con su hija	Alta	Dr. Guillermo Dávila
40	Individual	S. V.	Victoria	Equipo terapéutico	Estructural	Carolina Díaz-Walls	10	Problemas de pareja Crianza de hijo Violencia intra-familiar	Alta	Dr. Guillermo Dávila
41	Individual	S, V,	Victoria	Equipo terapéutico	Narrativo	Nora Rentería Cobos	7	Problemas de pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
42	Pareja	T. y M.	Elizabeth y Darío	Equipo terapéutico	Estructural	Carolina Díaz-Walls	6	Infidelidad	Baja	Dr. Guillermo Dávila
43	Familia	Fam. M.	Elizabeth y Andrea	Equipo terapéutico	Estratégico	Luz María Rocha	14	Problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
44	Individual	D. H.	Elizabeth y Andrea	Equipo terapéutico	Equipo reflexivo	Gilberto Limón	3	Problemas con los hijos	Alta	Dr. Guillermo Dávila
45	Pareja	A y L	Elizabeth y Cecilia	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	1	Violencia de género	Baja	Dr. Guillermo Dávila

46	Familia	Fam. H. P	Elizabeth y Cecilia	Equipo terapéutico	Estratégico	Noemí Díaz	7	Separación de la pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila
47	Individual	A. P.	Elizabeth	Equipo terapéutico	Narrativa	Nora Rentería	14	Revelación de preferencia sexual homosexual	Alta	Dr. Guillermo Dávila
48	Individual	S.	Elizabeth	Equipo terapéutico	Sesión única	Nora Rentería	1	Violencia en la pareja	Alta	Dr. Guillermo Dávila

1.2. Caso A: Pareja Ernesto y Janet con intervención en el modelo centrado en soluciones.

Ficha de identificación de los consultantes:

Nombres: Ernesto y Janet.

Edad: 25 y 24 años.

Estado civil: Solteros.

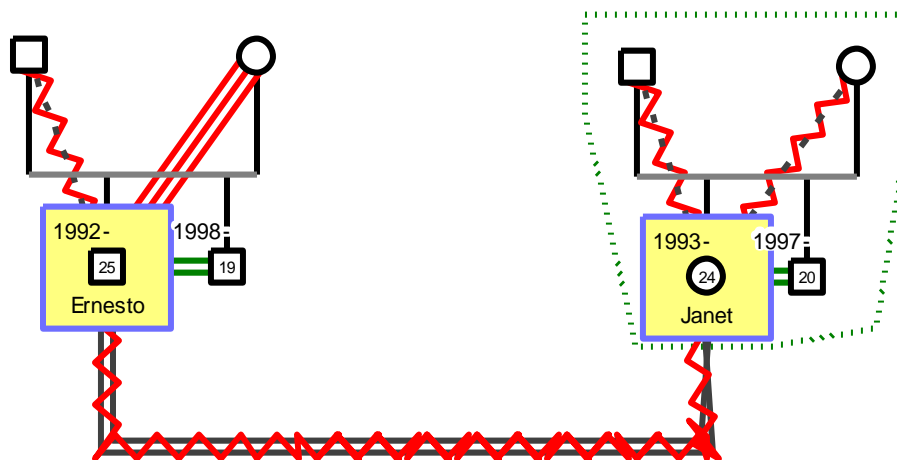
Nivel de estudios: Licenciatura.

Ocupación: Empresario y Química.

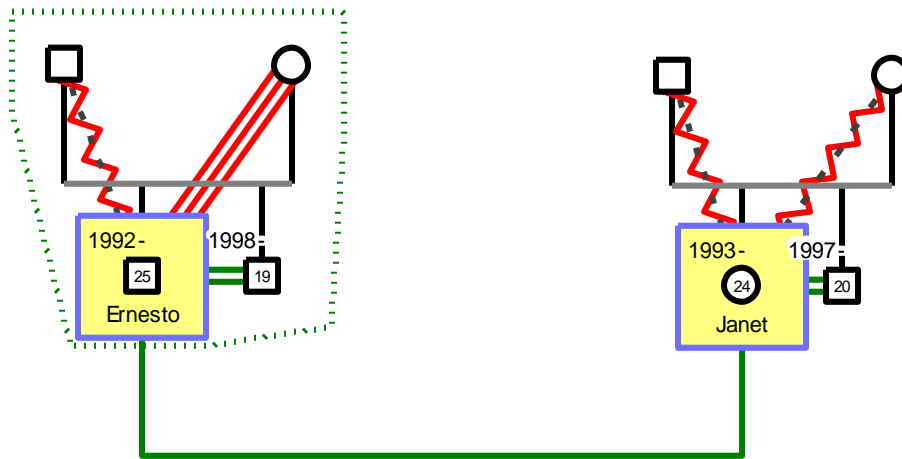
Lugar de residencia: México, Distrito Federal.

Nivel socioeconómico: Medio.

Familiograma, al momento de solicitar la terapia:



Antes del tratamiento



Después del tratamiento

Terapeutas: T.F. Paola Anaid Carreño Fernández y T.F. Elia Cecilia Fajardo Escoffié.

Equipo terapéutico: TF. Andrea Anaya Acosta, T.F. Elizabeth Alderete Rivera, T.F. Nancy Isabel Morales Aguilar y TF. Luis Darío Villela Soto.

Supervisora: T.F. Miriam Zavala Díaz.

Modelo de intervención: *Terapia Breve con Enfoque Centrado en Soluciones*

Número y fecha de sesiones:

Sesión 1: 09/02/2016 Sesión 4: 05/04/2016

Sesión 2: 23/02/2016 Sesión 5: 05/05/2016

Sesión 3: 15/03/2016

Motivo de consulta: Los consultantes refieren problemas de comunicación en la pareja; mencionan que se olvidan los acuerdos y piensan que la forma en la que se relacionan hace que se hieran. Les gustaría que un mediador pudiera ayudarlos a entenderse mejor

y a mejorar la forma en que se comunican, porque quisieran tener buenas bases en su relación de noviazgo para formalizar en un futuro próximo.

Antecedentes del problema: Janet considera que el conflicto comenzó desde hace 4 años, que fue cuando empezaron su relación; por otro lado, Ernesto percibe que los problemas tienen 8 meses. Ernesto y Janet solicitaron la terapia ya que, a fines del año pasado, la exnovia de Ernesto lo buscó, argumentando que él era el padre de su hijo. Simultáneamente, Janet tuvo una sospecha de embarazo. Esta situación fue muy fuerte debido a que, por un lado, ella no deseaba tener un bebé y por otro, comenzó a dudar de la integridad y ética de Ernesto, al negarse a reconocer al hijo de la exnovia. Todo esto hizo que Janet pensara que él no la iba a apoyar si estaba realmente embarazada.

Aunado a lo anterior, Janet considera que Ernesto es muy posesivo, celoso y que la quiere controlar, por lo que duda de seguir en la relación. Asimismo, Ernesto piensa que Janet es muy berrinchuda, muy temperamental, muy enojona, nota que ella tiene poco interés en la relación y que no tiene tacto al momento de expresar lo que ella piensa.

La pareja considera que uno de sus problemas es no hablar de los conflictos en el momento en que se generan y, posteriormente, cuando están enojados se los reclaman el uno al otro. Sus intentos de solución han sido hacer acuerdos que funcionan por un tiempo, pero después lo olvidan o surgen nuevos problemas y aumentan los conflictos.

Objetivos de la pareja al asistir a terapia:

Inicialmente, los consultantes plantean abordar las siguientes temáticas:

1. La tristeza que genera en Janet la situación que vivieron meses atrás, en relación a la exnovia y la sospecha de embarazo.
2. El hecho de que Janet sea “sobre emocional”, lo que la lleva a no controlar su enojo y “explotar”.
3. Saber cómo apoyar al otro ante conflictos familiares.
4. Hablar acerca de la aceptación de Janet para ser madrina de un sobrino de Ernesto.

5. Decisión respecto a tener o no hijos.

Posteriormente, se llega con la pareja a que el objetivo terapéutico será tener mayor bienestar en la relación: más escucha por parte de ambos, poder dialogar los problemas en lugar de pelearse, tomar en cuenta las necesidades de ambos, así como validarse mutuamente. Se establece que el lograr lo anterior, tendrá una incidencia positiva en las temáticas específicas que se plantearon previamente.

Resumen de la evolución del tratamiento:

Sesión 1:

El objetivo del primer contacto fue establecer el rapport con los consultantes, darles a conocer el modo de trabajo del Centro de Servicios Psicológicos, así como explorar a fondo el motivo de consulta y conocer los cambios que ha habido desde el momento de la solicitud de la terapia.

Inicialmente las terapeutas realizan el encuadre. La pareja refiere que solicitaron la terapia porque a fines del año pasado atravesaron una situación muy difícil que afectó la relación. Janet, afligida, cuenta que la exnovia de Ernesto lo buscó, argumentando que él era el padre de su hijo. Simultáneamente, Janet tuvo una sospecha de embarazo. Lo anterior fue muy fuerte para la consultante, debido a que ella no deseaba tener un bebé y, además, expresó que “dudó de la integridad de Ernesto y de su ética” al negarse a reconocer al hijo de la exnovia. Todo esto le hizo pensar que él no la iba a apoyar si estaba realmente embarazada. Ernesto aclara que él si hubiera reconocido al niño, pero que no es su hijo; agrega que sabe que Janet es muy sensible, pero no logra comprender por qué le afectó tanto todo eso, él si iba a apoyarla en caso de que hubiera estado embarazada.

Ambos refieren que, aunque sigue generando tristeza en Janet, las cosas han mejorado considerablemente. Se indaga qué es lo que han hecho para lograrlo. La pareja explica que han aumentado la confianza al tener más diálogos entre ellos, han intentado tener más equilibrio entre los tiempos individuales y los de la relación. Las terapeutas plantean la pregunta escala del 1 al 10 acerca del bienestar en la

pareja donde 10 significaba un mayor bienestar, los consultantes consideran que en el momento de crisis estuvieron en un 5 y ahora se ubican en un 7.

Al final de la sesión se elogiaron las mejoras donde se reconoció que se voltearon a ver durante las crisis, hay un reconocimiento de las propias conductas y lograron mostrar su vulnerabilidad ante el otro. Las terapeutas cuestionan si aún consideran necesaria la terapia dados los avances que han tenido de que se solicitó el servicio a que se dio la primera sesión, a lo que ambos responden que sí. Se les deja de tarea que reflexionen qué es lo que quisieran trabajar en el proceso terapéutico.

Sesión 2: El propósito de la sesión fue revisar la tarea, para determinar, junto con la pareja, el objetivo terapéutico.

Al inicio de la sesión la pareja comentó que realizaron una lista con los temas que consideran relevantes a trabajar; las terapeutas indagaron acerca de cada uno, mismos que se describen a continuación:

1. La tristeza que genera en Janet la situación que vivieron meses atrás, en relación a la exnovia y la sospecha de embarazo. Explican que, aunque es una situación del pasado, sigue pesando en la relación.
2. El hecho de que Janet sea “sobre emocional” (según la perspectiva de Ernesto), lo que la lleva a no controlar su enojo y “explotar”. Las terapeutas indagan al respecto y agregan que lo anterior genera que Ernesto también se enoje e insista en hablar del conflicto, lo que lleva a que Janet se aleje. Ernesto describe un conflicto que se presentó en el trabajo, en relación con sus amistades, en la que considera que Janet actuó impulsivamente, debido a la falta de control de su enojo. Ella expresa desacuerdo con Ernesto y, aunque reconoce que no fue lo más asertiva posible, defiende su postura. Se habla de la importancia de respetar la individualidad de cada uno en el ámbito laboral. Ernesto expresa que le gustaría que ella aclare la situación con sus amigos; Janet dice que estaría dispuesta a hacerlo.
3. Saber cómo apoyar al otro ante conflictos familiares. Explican que en ambas familias de origen la dinámica es complicada.

4. Hablar acerca de si Janet será o no madrina de un sobrino de Ernesto. Ella no quiere, pero él sí.
5. Tener o no tener hijos. Janet expresa que ella no quiere ser mamá y que ya lo había hablado con Ernesto, sin embargo, él puso el tema en la lista.

Se pide a la pareja que elijan el tema que consideren más importante a trabajar; por mutuo acuerdo escogen tratar el tema del pasado, en relación a la exnovia y la sospecha de embarazo, ya que ambos comentan ser un tema sensible que se les dificulta hablar.

Para finalizar, se elogia a Janet por haber expresado lo que pensaba con mayor claridad y a Ernesto por escucharla, así como a ambos por validarse el uno al otro. Se encuadra lo anterior como herramientas útiles para bajar la tensión y hablar del conflicto, sin que se desborde la situación. Se les deja de tarea implementar estas herramientas para hablar del tema que eligieron trabajar.

De igual modo, se sugiere que para terminar de tratar el conflicto que relataron respecto al ámbito laboral y a las amistades de Ernesto, que lleven a cabo una reunión para aclarar la situación. Ambos consideran que es una buena opción. Debido a que se percibió que Ernesto estaba siendo muy crítico y descalificativo con Janet en esta temática, las terapeutas expresaron la importancia de que no utilice esta situación para evaluarla, si no como un paso más llegar al punto al que quieren en la relación.

Tomando en cuenta los conceptos de De Shazer (1987), se describe la *relación entre terapeutas y consultantes como “compradores”*, ya que mostraron buena disposición ante el proceso terapéutico, así como compromiso para hacer cambios respecto al problema.

Sesión 3: El objetivo de la sesión fue conocer cómo les fue en la elaboración de la tarea, así como establecer la pauta que parece estar manteniendo las problemáticas presentadas.

La pareja cuenta que, por falta de tiempo, no tuvieron oportunidad de llevar a cabo la tarea del todo. La reunión con las amistades de Ernesto por la cuestión laboral, la dejaron en pausa. En cuanto a la plática del tema del pasado, lo hablaron rápidamente en el transporte público, pero no llegaron a ninguna conclusión. Sin embargo, cuentan que tuvieron un conflicto y lo pudieron solucionar vía telefónica.

Las terapeutas proceden a indagar qué fue lo que hicieron diferente en esa conversación, que les permitió solucionar el conflicto (*excepción*). Se hace evidente que Ernesto escuchó a Janet sin contradecirla, lo que llevó a que ella se sintiera más escuchada y se expresara con mayor claridad, pudiéndose generar un diálogo entre ambos (*soluciones*).

Se establece que en las problemáticas que ellos plantean que quieren trabajar, se repite la misma pauta de interacción (véase figura 4), lo que lleva a que los desacuerdos generen grandes discusiones. La pareja confirma lo anterior y se llega al acuerdo de trabajar sobre esto en las siguientes sesiones, en lugar de un tema específico de la lista.

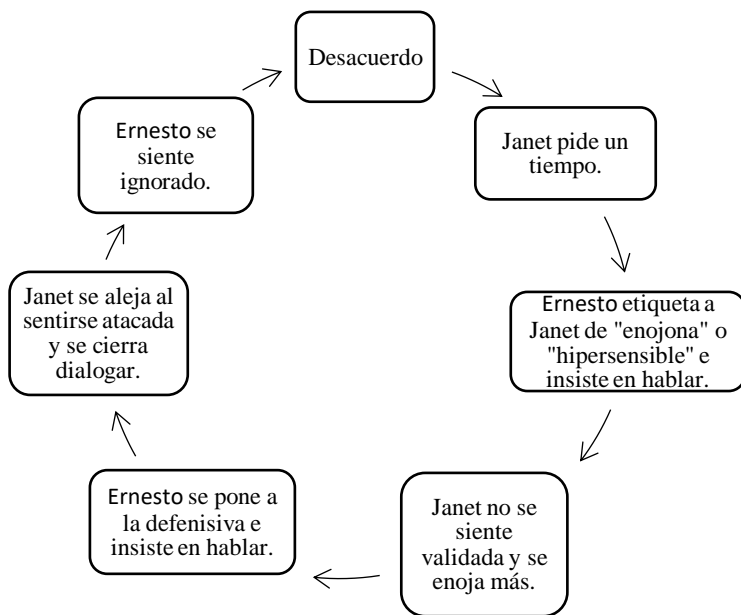


Figura 4. Pauta de interacción que mantiene la problemática.

Se hace ver a Ernesto la importancia de validar el enojo de Janet, y a ella de expresarlo de un modo asertivo, para que sea tomado en cuenta. De igual modo,

se cuestiona el efecto que tiene en Janet y en la relación, los comentarios que usa Ernesto para describirla (“hipersensible”, “berrinchuda”, “enojona”) y se propone que se quite los “lentes de Janet enojona y berrinchuda”, pues hace que la etiqueta y lo predispone a ver eso en ella, en lugar de validar sus necesidades.

Por último, se dejan dos tareas a los consultantes. La primera es una de autoobservación: Janet tendrá que poner atención en qué tan clara es al expresarle a Ernesto sus necesidades; Ernesto tendrá que evaluar qué tanto etiqueta y califica a Janet, qué tanto usa los “lentes de Janet enojona”. La otra tarea consiste en que cada uno debe de escoger una de las herramientas para aplicar en la semana, sin decirle al otro de su elección; durante ese tiempo, deberá también de intentar identificar cuál es la que el otro eligió aplicar.

Sesión 4: El objetivo de esta sesión fue revisar las dos tareas que se dejaron la sesión pasada, buscando resaltar excepciones y soluciones a la problemática. Al revisar la tarea de autoobservación, se hizo evidente que no fue comprendida por Janet. Sin embargo, al aclararla, reconoce que ha intentado ser más clara, diciendo lo que siente en el momento justo. Por su parte, Ernesto expresa que se dio cuenta que le cuesta mucho trabajo quitarse los “lentes de Janet enojona”, reconoce que tiene el prejuicio de que ella es así. A pesar de ello, relata una situación en la que logró hacerlo (*excepción*). Las terapeutas elaboran cuestionamientos guiados a que Ernesto identifique qué hizo diferente para que pudiera hacerlo. Se llega a la conclusión de que en esa situación ambos implementaron herramientas que los llevaron a tratar el conflicto de un modo distinto: Ernesto desde una posición de mayor escucha y paciencia, Janet siendo más clara y asertiva (*soluciones*). Lo cual hace pensar que rompieron la pauta problemática.

Seguidamente, para revisar la tarea de sorpresa, se pide a cada consultante que diga qué herramienta cree que implementó el otro y en qué lo notó. Janet describe que lo que identificó que Ernesto hizo fue escucharla y comprenderla. Las terapeutas cuestionan qué efecto tuvo esto en ella, a lo que responde que ahora ya no siente que es una pérdida de tiempo expresar sus necesidades. Ernesto confirma que las herramientas que implementó fueron la escucha y la paciencia. Janet agrega

que estuvo atenta a percibir los cambios de Ernesto, lo que la llevó a poder ser más empática con él, generando más apertura de diálogo por ambas partes.

Por otro lado, Ernesto refiere que la herramienta que utilizó Janet fue expresarse más y con mayor claridad. Janet explica que en parte fue esa herramienta, pero enfocada a la flexibilidad, por ejemplo, poder hablar de aspectos importantes por teléfono si es necesario. Las terapeutas preguntan a Ernesto qué generó esto en él, a lo que responde que sintió más apertura y menos necesidad de tener que interpretar lo que ella piensa o siente, pues fue más directa.

Posteriormente se habla de la importancia del uso de las herramientas (*soluciones*) que han implementado en la cotidianidad y se evalúa el impacto que esto ha tenido en las problemáticas que plantearon en la primera sesión. Janet explica que ya no se siente triste por el tema del pasado, en relación con la exnovia y la sospecha de embarazo, pues con los cambios que han implementado, siente que Ernesto toma en cuenta sus necesidades. Se habla de la importancia de que Ernesto escuche a Janet y la apoye, pero sin que intente resolverle sus problemas.

Para finalizar la sesión se reconoce a Janet la asertividad que ha implementado para expresarse y a Ernesto el reconocimiento de la dificultad de quitarse los lentes, pues es el primer paso para el cambio. Se les deja de tarea seguir usando las herramientas día a día y particularmente para hablar del tema de cómo apoyarse ante los problemas familiares de cada uno. Janet agrega que también quiere que hablen de cómo Ernesto toma las “malas noticias”.

Sesión 5:

El objetivo de esta sesión fue evaluar los avances y logros del proceso terapéutico, para saber si es momento de finalizarlo, así como abordar temas pendientes para saber si siguen siendo un problema y comparar el estado actual con la anterior.

Al revisar la tarea, se hace evidente que pudieron hablar del tema de las familias y del “recibir malas noticias” con éxito (*excepciones*), al implementar las

herramientas como asertividad, flexibilidad, escucha, comenzar a quitarse los “lentes de Janet enojona”, apoyar, pero no resolver los problemas del otro y fijarse en las necesidades del otro (*soluciones*).

Janet plantea que ahora, ante situaciones conflictivas, percibe menos enojo en ella, pero ahora hay tristeza. Ernesto muestra preocupación por ello. Se encuadra lo anterior como un efecto del nuevo modo de relacionarse, pues al haber apertura para el diálogo y posición de escucha por parte de Ernesto, Janet se permite expresar sus emociones más fácilmente. Ernesto expresa sentirse inútil cuando Janet llora por problemas que se le presentan; se llega a la conclusión de que esto tiene que ver con que él piensa que ella no es capaz de resolver, por lo que se habla de la importancia de quitarse los “lentes de Janet incapaz”.

Las terapeutas plantean la pregunta escala; Janet se ubica en un 9 y Ernesto en 9.5 en cuanto a la mejoría de la relación. Se compara como se describían el uno al otro en la primera sesión y cómo lo hacen ahora. Para finalizar, se elogian los avances que han logrado en el proceso terapéutico y se muestra confianza en que un pequeño cambio podía ser suficiente para desencadenar cambios más extensivos en la vida de las personas (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Se expresa cierta preocupación porque se identifican comentarios de Ernesto que depositan la responsabilidad de los problemas únicamente en Janet, aunque se reconoce como parte del proceso de cambio. Se acuerda tener una sesión más de seguimiento.

Sesión de seguimiento: Inicialmente, los consultantes refieren que los cambios se han mantenido, al seguir implementando las “herramientas”. Se dan ejemplos de situaciones que lograron resolver sin que el conflicto aumentara. Se habla de las estrategias individuales que cada uno implementa para cuidar de la relación. Ambos coinciden en que Ernesto ha dejado casi por completo el uso de los “lentes de Janet enojona”, para pasar a comprenderla más y escucharla, en lugar de juzgarla. Por su parte, Janet ha tenido mayor apertura a expresarse.

Intervenciones dirigidas al cambio:

A lo largo del proceso se implementaron diversas técnicas para resaltar los recursos, así como para cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática, véase tabla 1 y 2 (Cade & O’Hanlon, 1993; O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Tabla 4. Técnicas implementadas con el objetivo de evocar recursos, soluciones y capacidades.

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
Uso de analogías	El uso de analogías implica hablar de una cosa como si fuera otra, ayudando a acrecentar las posibilidades de conexión con aspiraciones y dificultades que están fuera de la percepción consciente del consultante. A lo largo de las sesiones se utilizó el término “herramientas” como una forma de hablar de los recursos que los consultantes pueden implementar para mejorar el bienestar de la relación, mismos que se convirtieron en soluciones a la problemática. De igual modo, se implementó el término “lentes de Janet enojona” y “lentes de Janet incapaz”, para transmitirle a Ernesto los prejuicios negativos que mostraba hacia su pareja, que generaban que ella se sintiera descalificada.
Pregunta escala	Tanto en la primera como en la última sesión, se pidió a los consultantes que ubiquen en un a escala, del 0 al 10, el punto en el que consideraban que se encontraban respecto a la relación que quisieran llegar a tener, sienta el 10 una pareja con el bienestar deseado. A través de esta pregunta se buscó lo siguiente: introducir la idea de que el cambio es un proceso, en el que hay que dar pasos pequeños; identificar objetivos alcanzables y medibles; así como resaltar el grado de avance respecto a los objetivos planteados para la terapia.
Búsqueda de excepciones	A lo largo del proceso terapéutico se implementaron preguntas dirigidas a encontrar omisiones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones asociados con el problema. Por ejemplo: -En la primera sesión se indagó acerca situaciones en las que Janet y Ernesto pudieron escucharse el uno al otro, sin que se generara un conflicto. -En la tercera sesión, a pesar de que no llevaron a cabo la tarea que se les dejó, se indagó si hubo alguna situación en la que hayan podido hablar de sus desacuerdos a través del dialogar. -En la cuarta sesión, se indaga si hubo alguna situación en la que Ernesto se haya podido quitar los “lentes de Janet enojona”.

	El centrarlos en aquellas ocasiones en las que el problema no se presentó, llevó a los consultantes a buscar soluciones en el presente y en el pasado.
Amplificar las excepciones y recursos	<p>A lo largo del proceso terapéutico se enfatizaron los cambios, por pequeños que fueran. Cuando Janet y Ernesto mencionaban respuestas positivas, sobre cambios deseados, éstas se ampliaron mediante preguntas que llevaran a la pareja a seguirlas poniendo en acción. Se preguntó los efectos que tenían en cada uno de ellos y se resaltaron las diferencias.</p> <p>-En la tercera sesión la pareja habló de que pudieron solucionar un conflicto por teléfono, las terapeutas indagaron las cosas que hicieron diferentes durante esa conversación y se reconoció como un nuevo recurso para solucionar sus problemas.</p> <p>-En la cuarta sesión Ernesto expresó darse cuenta que le cuesta mucho trabajo quitarse los “lentes de Janet enojona”, las terapeutas mencionaron que el reconocerlo es el primer paso para el cambio.</p>
Elogio	<p>Dentro de las sesiones con la pareja se destacaron las conductas que ayudaban a la desaparición del problema.</p> <p>Un ejemplo de esto fue cuando Ernesto lograba quitarse “los lentes de Janet enojona” y podía observar otra imagen de ella. En el caso de Janet cuando en su discurso se mostraba más flexible y clara, al decirle a Ernesto las cosas que le agradaban de implementar las herramientas. También, al finalizar las sesiones, se les elogiaba los cambios que habían realizado y las mejorías que se habían observado durante el proceso.</p>
Tarea de la sorpresa para parejas	En la tercera sesión, se solicitó a cada uno de los consultantes que elijan una de las herramientas (recursos identificados para tener mejor bienestar en la relación) para aplicar en la semana, sin decirle al otro de su elección; durante ese tiempo, deberían también de intentar identificar cuál es la herramienta que el otro decidió aplicar. Con esta tarea se buscó introducir un poco de azar en la pauta que caracteriza a la relación, de modo que Janet y Ernesto pudieran fijar su atención en nuevas conductas.

Así, con lo anterior se pretendió que la pareja reconozca sus propios recursos y que fomente las capacidades que los puedan llevar a cambios dirigidos a fomentar la relación que quieren tener (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tabla 5. Técnicas implementadas con el objetivo de cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática.

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
Reenmarcado	Las terapeutas proporcionaron y alentaron al desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo. En la quinta sesión Janet planteó

	que ahora, ante situaciones conflictivas, percibe menos enojo en ella, pero más tristeza, lo que la pareja interpreta como algo negativo. Se reenmarca lo anterior como un efecto del nuevo modo de relacionarse, pues al haber apertura para el diálogo y posición de escucha por parte de Ernesto, Janet se permite más fácilmente expresar sus emociones.
Normalizar y despatologizar	Ernesto percibía a Janet “sobre emocional, berrinchuda y enojona”; ante estas etiquetas, las terapeutas mostraron la pauta de interacción de ellos, haciendo evidente que la conducta de Ernesto repercute en el comportamiento de Janet y no que ella tenga per se estas características.
Usar lenguaje de soluciones	A lo largo de las sesiones, las terapeutas procuraron usar un lenguaje despatologizante y que los animara al cambio. Por ejemplo, cuando Ernesto refirió dificultad para quitarse los “lentes de Janet enojona”, las terapeutas expresaron que eso era parte de un proceso y que el reconocerlo era el primer paso para el cambio, asumiendo que lo iba a lograr.

Estas técnicas se implementaron para cambiar los marcos de referencia de los consultantes, buscando generar cambios en sus acciones y en el desarrollo de sus recursos no utilizados (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Preguntas circulares y reflexivas

Como parte de las intervenciones terapéuticas se utilizaron preguntas circulares y reflexivas, que, si bien no son propias del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, sino de la Entrevista Interventiva de Karl Tomm (1988), se consideraron un elemento útil para complementarlo.

- Preguntas circulares. Se emplean para explorar y para cuestionar la visión lineal del problema, mostrando la complementariedad de las interacciones disfuncionales. En las sesiones, estas preguntas estuvieron encaminadas a identificar cómo las acciones de uno repercuten en el otro y viceversa, llevando a los consultantes a verse como responsables mutuamente de la relación. Por ejemplo:

A Ernesto:

-¿Cómo crees que afecte el que Janet se sienta triste dentro de la relación?

-¿Qué efecto crees que tenga en Janet el que te quites los “lentes de Janet enojona”?

-¿Qué efecto crees que tuvo en ella lo que tú hiciste diferente?

A Janet:

-¿Qué te hizo notar que Ernesto si estaba escuchando en esa situación?

-¿Qué efecto tuvo el que Ernesto te haya escuchado más?

-¿Te sentiste distinta al hablar con él?

-¿Cómo crees que él es parte de la reacción de enojo?

- Preguntas reflexivas. Se realizan para facilitar la movilización de los recursos propios de los consultantes para resolver sus problemas. Son formuladas para que los miembros del sistema reflexionen sobre las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales, y así considerar nuevas opciones. Por ejemplo:

A Ernesto:

-Si pensáramos que el enojo de Janet está defendiendo algo que ella valora, ¿qué crees que sería eso?

-¿Qué efecto tiene que interpretes a Janet desde el ponerte los “lentes de Janet enojona”?

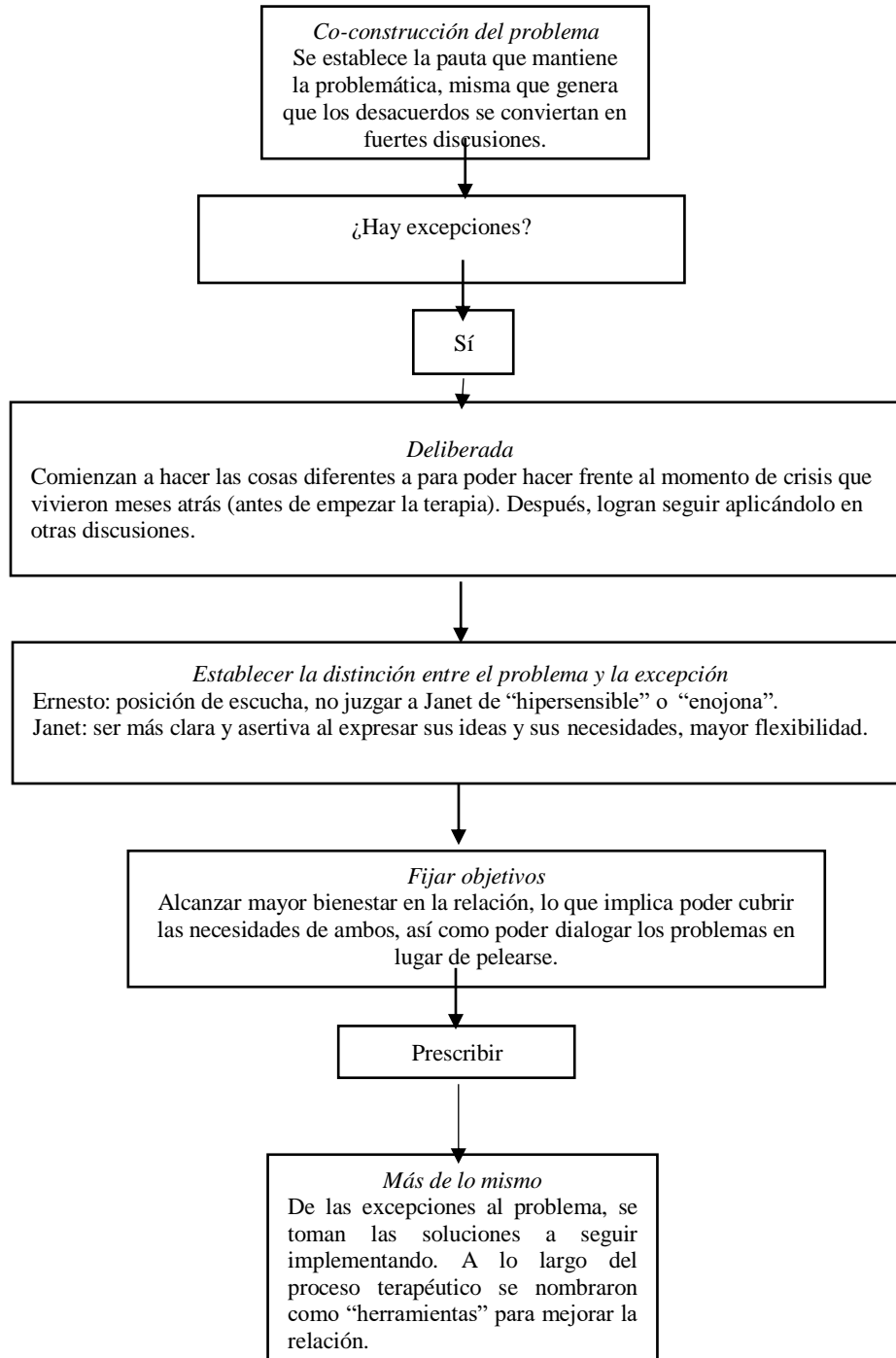
-Si pudieras ver a Janet de otra manera, ¿qué sería diferente?

-Si pudieras ver a Ernesto con otros lentes ¿Cómo crees que sería diferente la relación?

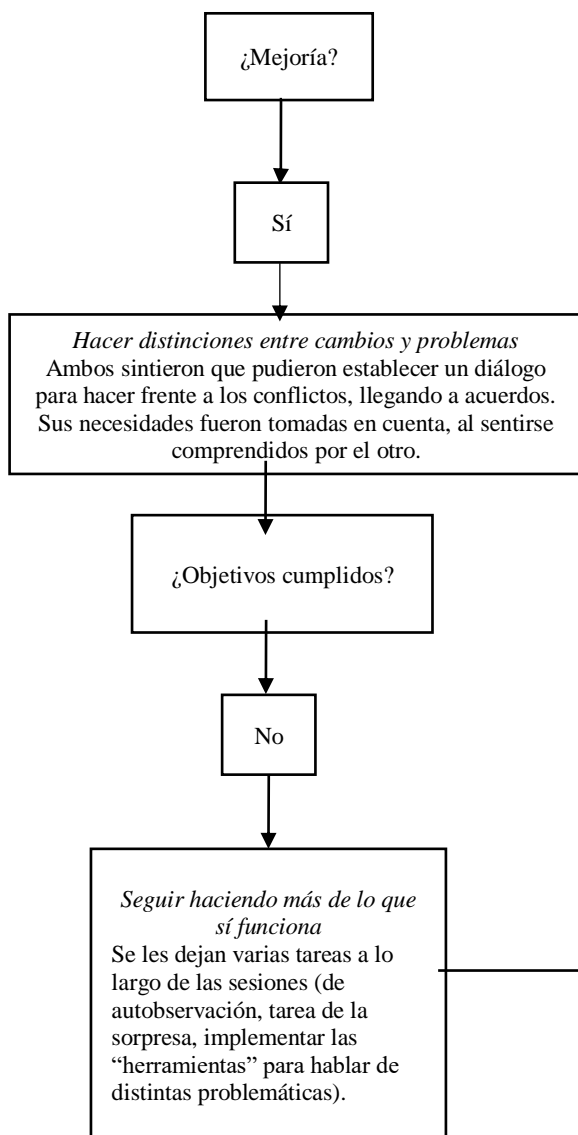
Árbol de decisiones

A continuación se presenta de manera esquemática, a través del “árbol de decisiones” propuesto por De Shazer (1988), el trabajo que se realizó con Janet y Ernesto. Es importante tomar en cuenta que para este caso se consideró como 1º sesión las dos primeras entrevistas que se tuvieron con los consultantes, pues ambas sirvieron para delimitar la meta terapéutica.

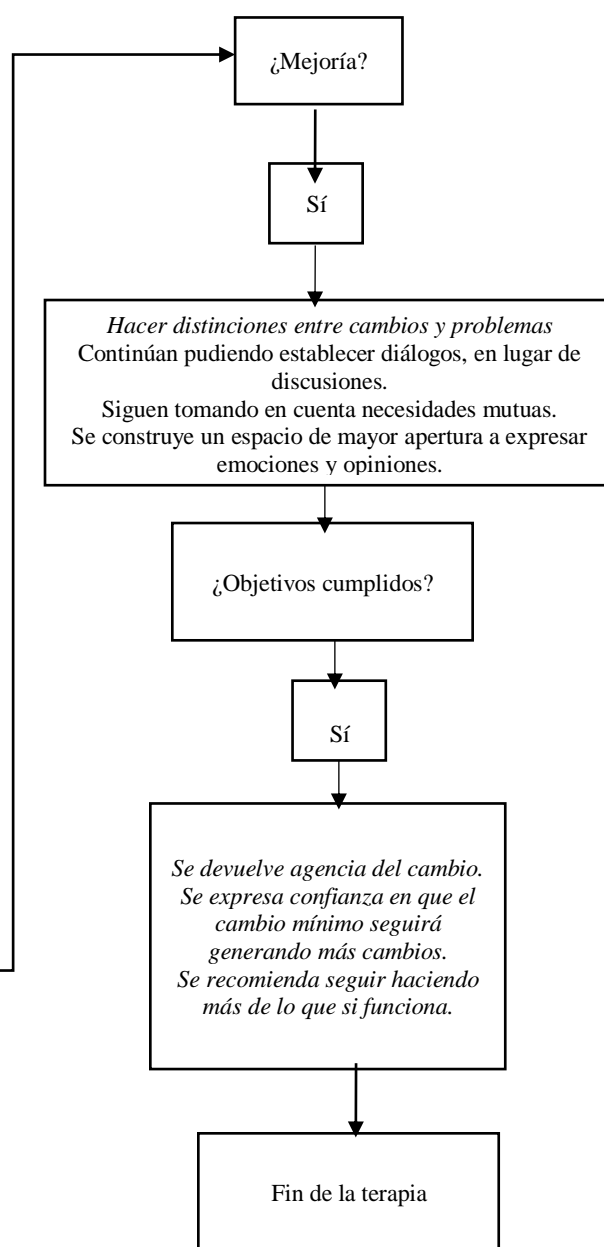
ÁRBOL DE DECISIONES PARA LA 1º SESIÓN



ÁRBOL DE DECISIONES PARA LAS
SESIONES POSTERIORES A LA 1º



ÁRBOL DE DECISIONES PARA
LA ÚLTIMA SESIÓN



Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte del equipo terapéutico

Ernesto y Janet es una pareja que se encuentran en el límite de la etapa de la adolescencia, en la cual aun no logran tener independencia económica. Ellos mantienen una relación de pareja considerada como noviazgo, debido a que ambos continúan viviendo en casa de sus papás. Ellos se ubican dentro de una construcción de pareja tradicional, seria, ya que la relación se basa en la exclusividad, continuidad, duración y estabilidad (Rojas, 2013).

Tomando en cuenta que nos encontramos inmersos en una sociedad patriarcal, en la cual se promueve la asignación de roles (Delgado, Ecurra, Atalaya, Pequeña, Cuzcano, Álvarez & Rodríguez, 2013). En Ernesto se observa una masculinidad tradicional en la cual se reprimen sentimientos personales, mantiene una conducta controlada, inhibe su capacidad de responder o reconocer las necesidades de Janet y expresa tener celos lo cual nos lleva a pensar que considera que Janet es de su propiedad (Walters, Carter, Papp, & Silverstein, 1991).

Janet por otro lado, al inicio de la terapia se mostraba reticente a exigir lo que necesitaba y se percibe en transición de los roles tradicionales de ser mujer, ya que quiere construir una vida independiente, en la que ella se valga por sí misma en todos los sentidos y no está considerando en sus planes de vida la maternidad (Walters, Carter, Papp, & Silverstein, 1991).

El Hombre y la mujer conciben de manera diferente la vida en pareja y en este caso se observó como Ernesto tenía una idea de que las mujeres eran berrinchudas, histéricas y sensibles, esto llevaba a Janet a pensar que no era importante hablar de sus necesidades porque se rechazaban al momento. También Ernesto se percibía como él racional dentro de la relación que le daba el poder de evaluarla y corregir a Janet (Mora, Recalde, Montoya, González, Paternina & Bedoya, 2017).

Bill O'Hanlon y Pat Hudson (1997) explican historias que dificultan las relaciones y en este caso coincide con las historias que invalidan, ya que Ernesto transmitía a Janet el mensaje de que no podía confiar en sus percepciones porque ella era "hipersensible" "enojona" y "berrinchuda", eso para él era inaceptable, lo cual provocaba en Janet que ya no tuviera confianza en él para hablar de sus necesidades ni las cosas que le ocurrían. También en ambos se percibían ideas de que la pareja no puede o no quiere cambiar, lo que los llevaba a basarse en historias de imposibilidad para cambiar.

Debido a lo anterior, en las sesiones se fomentó reconocer y validar los sentimientos, percepciones e interpretaciones de ambos, pero principalmente en Ernesto. Llevando a cabo una escucha empática, donde, a partir de lo dice la pareja, el otro se imagine como siente y percibe las cosas desde su punto de vista. Con Janet se trabajó más en comunicarse a partir del uso de palabras de acción, usar palabras y frases que describen en lugar de explicar, analizar y culpabilizar. Se enfocaba en describir de manera concreta lo que no le gusta de la pareja con respecto a lo que hace o dice e incluir peticiones de acción, expresando lo que le gustaría que Ernesto empezara a hacer en el presente y en el futuro. Y ambos trabajaron en los elogios, en hacer saber a la pareja qué acciones concretas valora y le gustaría que siguiera haciendo en el futuro (O'Hanlon & Hudson, 1997).

Reflexiones

El poner en práctica el Modelo de Soluciones, me abrió un panorama para integrar los aspectos teóricos vistos con las vivencias de los consultantes, aprendí a ir al ritmo de cambio que ellos necesitaban. Este caso fue muy enriquecedor para mi formación como terapeuta, logré aplicar el modelo sintiéndome cómoda, aprendí que se me facilita realizar analogías y esto ayuda a los consultantes entender desde otra perspectiva lo que se está conversando.

Al inicio la pareja se enfocó en los recursos, y esa fue la señal de regresar y validar las experiencias problemáticas que vivieron, para que posteriormente

ellos pudieran observar las cosas que funcionaban e intentar hacer más de eso para poder llegar a la relación de pareja que ellos querían tener.

Ernesto y Janet se mostraron a lo largo del proceso terapéutico muy cooperadores, aceptando las tareas que se proponían en sesión y agregando las que ellos creían pertinentes para trabajar su problemática. Considero que la relación que se creó con ambos fue favorecedora para lograr el cambio, debido a que el ambiente en las sesiones siempre fue de respeto, empatía, dándoles su lugar a ambos para que pudieran sentirse en confianza y principalmente que eran escuchadas sus necesidades.

Pienso que se logró un buen trabajo de acompañamiento logrando integrar nuevas posibilidades de soluciones, de igual manera a detectar lo que necesitaban en su relación de pareja y lo que requería cada uno para sentirse bien con el otro.

El trabajo en co-terapia fue de mucho aprendizaje y satisfacción, ya que, compartir el espacio terapéutico con Cecilia me agradó mucho, nos complementábamos al llevar a cabo nuestras habilidades terapéuticas, durante cada sesión nos fuimos apoyando mutuamente y si alguna se atoraba la otra clarificaba lo necesario para que los consultantes comprendieran lo que se les quería transmitir, manteníamos mucha comunicación a lo largo del proceso para estar en la misma sintonía y tener el mismo objetivo en todas las sesiones.

Pienso que unas de las cosas que ayudaron a que el proceso resultara exitoso fue enfocarnos en las necesidades que tenían Ernesto y Janet, sin dejarnos atrapar por la lista de problemas que traían, no enfocarnos en los problemas, realizar preguntas circulares y de reflexión, observar su pauta de interacción para invitarlos a la responsabilidad relacional, introducir cuestiones de género durante el proceso, que el ambiente en las sesiones fuera relajado dando cabida al humor y al mismo tiempo a la seriedad de las problemáticas.

Para próximos procesos terapéuticos, se pueden agregar más aspectos que marca el modelo como es el lenguaje promoviendo el cambio, asumiendo el cambio en el futuro, añadir un nuevo elemento para modificar la pauta, el uso de términos de posibilidad entre otros elementos.

1.3. Caso B: Mariela con intervención en Narrativa y equipos reflexivos

Ficha de identificación de los consultantes:

Nombres: Mariela.

Edad: 33 años.

Estado civil: Soltera.

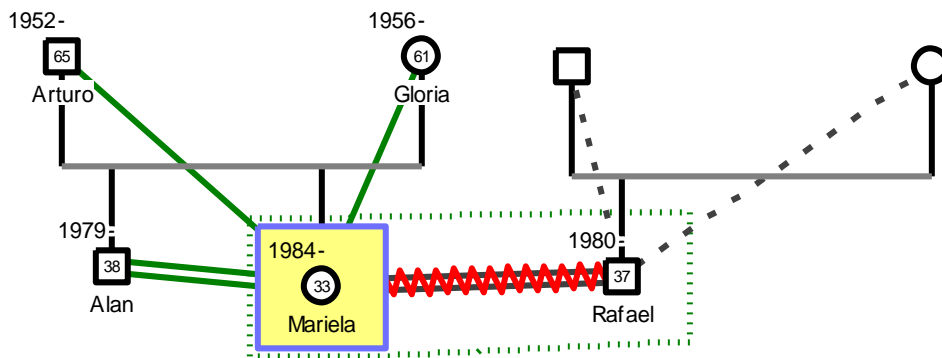
Nivel de estudios: Licenciatura.

Ocupación: Socióloga y administradora de una cafetería.

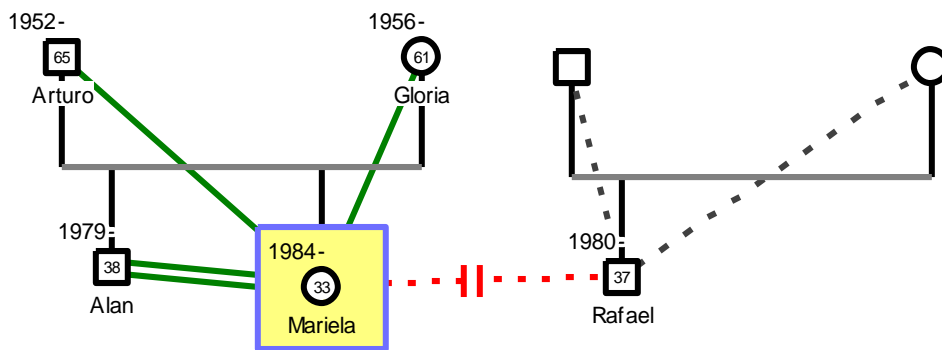
Lugar de residencia: México, Distrito Federal.

Nivel socioeconómico: Medio.

Familiograma:



Antes del tratamiento



Después del tratamiento

Terapeuta a cargo: TF. Paola Anaid Carreño Fernández

Equipo terapéutico: TF. Aldrete Rivera Elizabeth, TF. Anaya Acosta Andrea, TF, Casas López Anaid Georgina, TF. Cervantes Camacho Victoria, TF. Cervantes Galicia Gabriela, T.F. Estrada Tosca Cindy Roxanna, TF. Fajardo Escoffié Elia Cecilia, y T.F. Villela Soto Luis Darío.

Supervisora: T.F. Nora Rentería Cobos

Número y fecha de sesiones:

Sesión 1: 31/08/2015	Sesión 4: 12/10/2015	Sesión 7: 30/11/2015	Sesión 10: 07/03/2016	Sesión 13: 09/05/2016
Sesión 2: 13/09/2015	Sesión 5: 26/10/2015	Sesión 8: 8/02/2016	Sesión 11: 28/03/2016	Sesión 14: 23/05/2016
Sesión 3: 28/09/2015	Sesión 6: 9/11/2015	Sesión 9: 22/02/2016	Sesión 12: 11/04/2016	Sesión 15: 25/05/2016

Motivo de consulta: Mariela solicita ayuda para poder cerrar ciclos, siente que se dispersa y evade responsabilidades, como titularse. Asimismo, busca orientación para ser más determinante en su situación de pareja.

RESUMEN DE LAS SESIONES

Sesión 1: 31/08/2015

Se inició la sesión haciendo el encuadre y explorando el motivo de consulta, Mariela mencionó que cuando llenó el expediente era por conflictos de pareja, pero eso ya había mejorado. Habló de que quisiera “sanar muchas cosas”. Explica que hace 10 años terminó la carrera y no se ha titulado, es socióloga, no ha podido terminar su tesis y eso la frustra, tuvo problemas con su directora de tesis, debido a que no estaba de acuerdo con su tema, eso la desilusionó y ha dejado de trabajar en ella. Por otro lado, mencionó que tiene varias inconformidades en su relación de pareja. Comentó que de se ve envuelta en una relación donde pareciera que él tuviera que instruirla, describe a su pareja Rafael como muy impositivo, mujeriego y tacaño,

motivos por los cuales le gustaría finalizar la relación. Mariela comentó que al inicio de la relación sentía que él intentaba que ella fuera como su exnovia, una mujer de 42 años, con la que ya tenían una dinámica en la cual, él era el proveedor y ella administraba el dinero, generando así roles establecidos y rígidos dentro de la relación de pareja. Lleva dos años con Rafael y viven juntos desde hace un año, a partir de que viven juntos él comenzó a ser más impositivo.

Antes de Rafael tuvo una relación de casi 8 años, también era impositivo, muy indeciso, él creía que tenía “segura” a Mariela, era muy coqueto, tres veces le dijo que mejor salieran con otras personas y a la cuarta vez que le propuso lo anterior ella ya no quiso seguir con la relación. Por lo cual, ella siente que está cargando la historia de Larry (su exnovio) y las imposiciones de su novio actual.

Mariela reconoce que tiene cualidades que un hombre buscaría como: amor, cariño, es cuidadosa, inteligente y quisiera a alguien similar. Se ha preparado profesionalmente tomando cursos de programación neurolingüística, considera que la imagen es importante, pero es más importante generar una imagen congruente. Por último, Mariela refirió que quería aprender a cerrar ciclos, considera que tiene que recuperar su voz, tiene muy claro que es lo que no quiere, pero le cuesta avanzar hacia allá.

Sesión 2: 13/09/2015

Al inicio de la sesión Mariela comentó que empezó avanzar lento con su tesis, sin embargo, ya tiene un asesor que le recomendó un libro “psicología de la opresión”, el leer este libro le ha ayudado con su tesis y con su proceso de vida, siente que la tesis y ella se están “fusionando”. El libro trata de las relaciones de poder: desigualdad. Lo relaciona con su pareja, donde ella se coloca en un nivel de desventaja. Mariela narra que en abril él se interesó por otra persona y esta mujer la contactó para informarle que estaba jugando con las dos. Durante la sesión se conversa de cómo está definida su relación de pareja. Ella quería llevarlo con calma, pero a los tres meses de salir con él le preguntó si quería algo más en serio y Rafael le dijo que no le iba a contestar. Después de que él se dio cuenta de que ella comenzaba a salir con otra persona, quiso formalizar. Tiempo después ella se dio

cuenta que él estaba coqueteando con otra persona, en enero. Cuando sucede esto decide terminar la relación pero al hablar con Rafael la convence de que sigan juntos e indica no haber podido ser congruente con lo que ella quería.

Sesión 3: 28/09/2015

Se inicia la sesión con la reflexión que tiene Mariela a cerca de cuestionarse que imagen está dando, cómo es la relación con las personas que la rodean y esto la llevó a analizar la situación que tuvo que afrontar al ponerse al frente del negocio familiar, una cafetería en la que está trabajando, debido a que su mamá salió de vacaciones. Ella sintió que sin querer estaba tomando el rol con su pareja que juega dentro de su familia, que es, que todos esperan que ella resuelva las cosas, no le gustó pensar que ha estado cediendo mucho. Esta circunstancia la ayudó a poner límites y dejar de ceder para que no tuviera problemas con las personas que estaban a su cargo. Con esto ella pudo detenerse a observar sus relaciones, en especial con su pareja y su expareja. Ya que, siente que todo el tiempo ha cedido y ahora ya no quiere que eso continúe. Narró una situación que tuvo con Larry, en la cual él le pidió dinero y ella pudo negárselo, menciona que no quiere ser la proveedora, quiere un trueque justo. Le resulta irritante escuchar que él no puede resolver sus cosas y la busque para que se los resuelva. Mariela comenta que no puede esperar a que él cambie, si ella es la que se está dando cuenta de que no es lo que quiere. Mariela siente que está cargando a su exnovio. Pero al ponerle un límite cuando le expresó que ya no iba a ser su proveedora se sintió aliviada y a la vez le dio un poco de culpa, pero sabe que es lo mejor para romper con la dinámica que han tenido, quiere romper la imagen de salvadora. Se continuó hablando de su relación de pareja actual, Mariela refiere que con Rafael también ella cede, siente que él piensa que ella siempre va a estar ahí.

Sesión 4: 12/10/2015

Se inicia la sesión conversando de los altibajos que ha tenido con los avances de su tesis, debido a que no ha avanzado lo que ella ha querido. Fue con su asesor de tesis. Le hizo pocas correcciones, pensó que era sencillo, pero después no las pudo

hacer porque renunció un chico de la cafetería y ha tenido que resolver más situaciones que se presentan ahí. Mariela menciona que cuando su novio no está en la casa se concentraba más, puede organizarse mejor. A veces puede ser un obstáculo su presencia, otras no. Se habló de empezar con metas pequeñas, para no frustrarse y sentir que no avanza. Mariela da ejemplos de cómo ha logrado poner límites y solo ceder a las cosas que realmente quiere hacer y no hacerlas porque otros quieran. Con su exnovio Larry logró defender su espacio y se sintió tranquila, menciona que también lo ha podido hacer con amigos que la quieren ver, pero ahora ella decide en que momentos si los ve. Entendió que tiene que dar pasos pequeños para avanzar.

Sesión 5: 26/10/15

Se empieza la sesión hablando de la autodeterminación que ha tenido Mariela al sentarse a trabajar en su proyecto de tesis. Tuvo un conflicto con Rafael donde considera que reaccionó distinto al poderle poner límites, menciona que ya no cedió ante diversas situaciones que se siguieron presentando como la limpieza de la casa, el acomodo de cosas que son de él y salir a lugares que ella no quería. Se conversó acerca de las características que Mariela quiere en una pareja, comenta que le gustaría que sea comprometida, fiel, que le demuestre afecto, que se preocupe por los intereses de ella, que se pueda sentir libre de tomar decisiones sin pensar que él se va a molestar porque no hace las cosas como a él le parece que es mejor, características que observa que en la relación con su novio no tiene y que ya no le están gustando. Por último, Mariela menciona que ya va a ser su cumpleaños y es un nuevo comienzo para ella, es como iniciar un nuevo viaje. Se habla de la metáfora de la maleta, donde ella va a ir viendo que cosas quiere seguir cargando en su viaje de vida, que cosas nuevas ha introducido y que cosas ya no le funcionan y quisiera dejar.

Sesión 6: 9/11/2015

Mariela inicio la sesión narrando los avances que ha realizado de su tesis, comenta que ya la registró, eso la hace estar muy contenta y sentir que va avanzando.

También, menciona que ha hecho más cosas para ella, empezó a hacer ejercicio, fue a revisión con el médico y le dijo que se encuentra muy sana. Se conversa de la imagen que quisiera dar a las personas, ella quiere que la vean inteligente, físicamente atractiva y saludable. Quiere celebrar su vida, sentirse orgullosa de todo lo que ha logrado y saber que lo que hace es congruente con lo que a ella le gusta. En cuanto al nuevo viaje que está realizando lleva en su maleta conocimientos, escritura, amistades cercanas, familia, determinación y temple. Menciona que quiere sacar el auto-sabotaje, el ceder y el ser salvadora. Mariela cree que en su proceso Rafael la regresa, no quiere que ella se mueva. Ya no lo ve a él en su nuevo viaje, habla de que ya no quiere estar en la relación como la que tiene con él. No es cómodo para ella estar ahí, porque no es recíproco, estando con él se siente como un mueble más en la casa “No quiere estar como Mariela en la vitrina”. Quisiera encontrar a alguien que esté en un proceso de autodescubrimiento, caminar juntos, alguien que sea determinado. Mariela habla de las dificultades que siente al dejar la relación con Rafael, menciona tener miedo a estar sola. Quisiera que se diluyera la relación y así ya no existiera. Si quisiera tomar ella la decisión, pero quiere que entre los dos vayan entendiendo que no están bien juntos.

Sesión 7: 30/11/2015

Se inicia la sesión hablando de la tesis, se puntúa que los pequeños cambios la han llevado al registro de la tesis, ya que pareciera que deja de ver estos pasos pequeños al comprarlos constantemente con la meta final. Mariela cree que aún hay camino por recorrer pero que ya encontró la forma de seguir avanzando. Por otro lado, Mariela narra varias situaciones que vivió con Rafael en las cuales ella ya no se sentía a gusto y decidió terminar la relación con él, al darse cuenta de que Rafael no tiene las características que ella busca en una pareja. Rafael la sigue buscando, pero ella se siente con más claridad y autodeterminación. Siguen viviendo juntos y eso hace la situación más difícil, Rafael le pidió tiempo para poder encontrar otro lugar para vivir y Mariela aceptó, pero menciona que quedó muy ambiguo cuanto tiempo tardara en irse, así que se habla de tener otra conversación donde Mariela pueda practicar ser determinante y congruente.

Sesión 8: 8/02/2016

Mariela inicio la sesión explicando que ha sentido avances con el tema de la tesis, por lo que en esta sesión le gustaría enfocarse en la relación que tiene con Rafael, debido a que considera que es muy violenta por parte de él. Mariela menciona que se ha sentido bien, pero Rafael sigue siendo una piedra en el camino, comenta que le dijo “no puedo dejar de ser mujeriego, acéptame así”. La consultante refiere que vio un video feminista (acoso en la calle de hombres a una mujer) con Rafael. Él lo ve de un modo distinto y ella se cuestiona, porque tiene que estar en ese rol que se encuentra con Rafael y aceptarlo. Piensa que tiene un pensamiento retrograda. Le da miedo su reacción, si no le gusta su forma de pensar él es hiriente con ella y piensa que este temor ha influido para que siga con él. Mariela refiere que descubrió en su celular páginas para buscar mujeres, le dijo a Rafael que no quiere seguir con él, y le dice que está bien, ya que él no quiere a alguien que revise su celular y lo quiera controlar. Después de esto ella pensó que no era para tanto lo que había ocurrido, sin embargo, analizó ese pensamiento y considera que la relación con Rafael el 40% han sido cosas buenas y el 60% cosas malas. Hablo con sus papás, para decirles que había terminado con él, para que le recordaran que no tiene sentido volver. Se investigan las redes de apoyo con que cuenta la consultante. También se conversa sobre los temores que tiene Mariela alrededor de dejar la relación, ella refiere tener miedo de que él se ponga violento, ya que la ha amenazado con golpearla y sabe que en otra relación él ha sido violento. En estos momentos ve como un ángel y un diablito. El ángel le dice que puede seguir adelante, pero el diablito con una voz de conformidad le dice que no pasa nada, total siempre se queda con él. Ella ha retomado salir con sus amistades. Siente que la voz del ángel ha aumentado, se ha dado cuenta de que ella puede transformar su vida, asume que ella no quiere estar en una posición sumisa. El miedo a estar sola se ha deconstruido, ya que puede hacer cosas que le gustan, al estar en contacto con su familia y al retomar las salidas con sus amigos, ahora ve que no está sola. Se le recomienda leer el libro de “Acoso Moral: El maltrato psicológico en la vida cotidiana”.

Sesión 9: 22/02/2016

Se inició la sesión hablando del impacto que le generó leer el libro de “Acoso Moral” y darse cuenta de que ejemplos de parejas que venían en el libro ella las vivía con Rafael, leer el libro le aclaró muchas cosas, Mariela menciona que terminó con Rafael, le pidió las llaves de su casa. Él le dice que estaba bien, pero que le diera tiempo para ir por sus cosas porque no tiene a donde ir. Más tarde, él actúa con ella como si esa conversación no hubiera existido. Ella le dice que se mantendrá firme, le dice todas las razones por las cuales quiere terminar la relación. Para Rafael ella es la que está mal, la que no entiende, la que lo está corriendo. Mariela comenta que no hay forma que asuma su responsabilidad. Se habló de la firmeza que tuvo al tomar la decisión. Las ideas que la ayudaron a mantenerse firme fueron pensar que puede ser atractiva para otras personas como su amigo, pensando que le puede gustar a alguien más, pero por el momento no quiere involucrarse con nadie. Le viene la idea de que no puede sola, que se va a quedar sola y para callar esa voz se dice a sí misma cosas que ha hecho para tener nuevas amistades, avanzar en sus proyectos, el recordarse que ha podido crear un espacio propio. Detecta una voz muy humana de no querer dejarlo en la calle. Menciona que le falta firmeza y contundencia. Se habló de otras situaciones donde ella ha vivido violencia y ha podido salir adelante. Una experiencia del trabajo, en la cual Mariela fue capaz de poner límites con su jefa.

Sesión 10: 07/03/16

Comienza la sesión conversando sobre la separación de Rafael y Mariela. La consultante refiere que él no se ha querido salir de su casa y en ocasiones se ha sentido confundida de regresar con él o no, ya que siente que, si la quiere, pero hay acciones y actitudes que ella no quiere vivir y esto la hace querer convencerse de no estar con Rafael, el pensar estas ideas la hace sentir más tranquila e independiente. Mariela habló con él para ver si regresaban, pero Rafael le dijo que ya salía con alguien más, le dijo que era muy tarde para decirle que quería volver y mientras ocurre esta conversación él llora, porque “si quería estar con ella, pero ya no puede”. Ella siente como si él la culpaba de que ya está saliendo con alguien

más. Mariela le dice que no iba a volver a lo mismo, que el cambio tenía que venir de él, pero se da cuenta que esto no pasa, cree que él está siendo incongruente, su discurso es diferente a sus acciones. Rafael le dice que no se va del departamento porque no tiene dinero. Mariela comenta que ella le debe como 15 mil pesos y él se agarra de eso. La consultante siente que es abrumador y frustrante estar en esa situación, porque es como si él le dijera ahora te aguantas. Mariela cree que en la relación Rafael no estaba dando nada solo recibía, caso contrario al de ella donde pareciera que solo ella daba y cedía, pero al final no recibía nada.

Sesión 11: 28/03/16

Mariela llega a la sesión triste, cargada de emociones, menciona que la relación con Rafael se terminó y narra haber vivido una situación de violencia física donde tuvo que defender su vida y sacar todos sus recursos. Menciona que estaban en su casa, Rafael invito a su amigo a tomar ahí, todo iba bien hasta que ellos se emborracharon, Rafael se fue a dormir, Mariela se quedó con el amigo, conversaron un rato y se pusieron a hacer de cenar, el amigo beso a Mariela y Rafael estaba en la puerta del cuarto, en el momento no dijo nada, pero cuando se fueron a dormir ella se quedó con Rafael. Él la empezó a cuestionar del beso que vió, la insulto y trato de ahorcarla, a pesar de que gritaba al inicio el amigo no la ayudó, Rafael le puso seguro a la puerta y Mariela recordó lo que había leído de ponerse en un estado de sumisión como estrategia para salvaguardar su vida, con eso él se calmó y se quedó dormido, ella solo esperaba a que él empezara a respirar más profundo como signo de que ya estaba perdidamente dormido, sigilosamente tomo una muda de ropa y logró salirse de su casa, tuvo el apoyo de su familia y amigos. Fue a levantar un acta de hechos que constatará la violencia vivida y consiguió una orden de restricción por 24 horas. Rafael le estuvo llamando y mandando mensajes, al inicio eran de disculpas, después eran cariñosos como si no hubiera pasado nada y los últimos eran ofensivos donde le echaba la culpa de lo ocurrido. El hermano de Mariela y su mamá la acompañaron para que Rafael se saliera de su casa y le entregara las llaves.

Sesión 12: 11/04/16

Mariela llega a la sesión más tranquila, narra un encuentro que tuvo con Rafael debido a que fue a recoger unas cosas que se le habían olvidado, todo estaba tranquilo e incluso se disculpó con ella por lo ocurrido, pero después él la culpó de que la relación no funcionara, afortunadamente el encuentro se suscitó en la entrada del edificio, donde el portero tenía órdenes de no dejarlo entrar, de no haber sido así la intención de Rafael era subir al departamento y seguirle diciendo cosas que la hacían sentir mal. Mariela al inicio si sintió culpa, pero cuestionó todo lo que le decía y menciona las herramientas que le ayudaron a poder pensar distinto, entre ellas está el libro que leyó, las cosas que se han revisado a lo largo de la terapia, la autodeterminación, la congruencia, la imagen que quiere tener de ella misma, recuperar su voz, las cosas que hoy decide cargar en su maleta y las que sacó. Verlo la ayudo a confirmar que no va a cambiar. Mariela se niega a ayudarlo y en vez de eso quiere la construcción de un espacio para ella misma. Ver por una imagen de ella más positiva.

Sesión 13: 09/05/2016

Mariela llegó con varias reflexiones después de haber visto un video del “amor y el apego”, le ayudo a entender muchas cosas, desde la perspectiva del budismo. Ahora piensa en lo que tiene y no en lo que le falta, quiere compartir, pero con límites para que no haya abusos, habla de que en la relación con Rafael no podía ser ella misma. Se ha dado cuenta de cosas que no quiere, tener que cumplir con las expectativas del otro en una relación, tener que llenar un molde, es muy cansado. Ahora se siente con más libertad de muchas cosas, entre ellas de hablar de su proyecto, salir con amigos y familia, tener más atención en su trabajo. También, reflexionó sobre la violencia vivida, vio la película de “Te doy mis ojos”. Le ayudo a identificar toda la violencia que había en su relación con Rafael. Reafirmó que es imposible la posibilidad de conciliar. Piensa que la relación se mantenía por interés y costumbre, pero no había afecto. Se siente muy tranquila ahora que él no está. Se habla del discurso social de la belleza, que a veces se piensa que hay que aguantar porque es guapo, hoy no cree en eso. Mariela identifica que la parte sexual

era lo único que estaba bien y que podría ser que extrañe un poco, pero ahora piensa que puede buscarlo en otras personas. Quiere ser aceptada por quién es y no sentir que cumple un papel en un escenario. Se piensa que está en remodelación de su casa y de ella misma, considera que es un momento de consentirse, quiere viajar y conocer nuevos lugares.

Regreso a un grupo de baile, le ha ayudado mucho, piensa que es fundamental para su bienestar, habla del viaje que va a realizar a Colombia, menciona que no le gusta viajar por huir, y hoy no tiene nada de que huir. Le gusta viajar, se nutre de lo que conoce y aprende. Mariela refiere que ya sabe lo que si quiere y como avanzar para conseguirlo. Se habla de los logros que ha hecho y menciona que lo que más le ha gustado de conocerse es el cambio de ideas que ha tenido.

Sesión 14: 23/05/16

Mariela identifica las diferencias de cuando llego al proceso en comparación con el momento en el que hoy se encuentra, en estas diferencias observa que cuando llegó se sentía muy confundida, no sabía quién era, que le gustaba, que quería, se sentía insegura, con baja autoestima y con una incapacidad de saber qué hacer para salir de ahí, por el contrario en la actualidad se siente segura de sí misma, le gusta la imagen de ella misma que está proyectando, recupero actividades que la nutren, retomó proyectos que había dejado en el olvido, mantiene más comunicación con su familia y amigos, siente que recupero su voz, se siente capaz de ser determinante con lo que quiere y con lo que no, de la misma manera que su prioridad hoy es ser congruente con ella misma y lo que vive, ya no le genera culpa poner límites en las relaciones que conserva, de esta manera siente que ha recuperado su bienestar. Narró un evento en el cual Rafael se contactó con ella, pero pudo poner en práctica las herramientas que ya tiene, mencionó haber sido humanitaria, pero a la vez haberle puesto límites. Se habló con Mariela de las cosas que le funcionaron dentro de la terapia, como por ejemplo leer el libro, ponerse metas pequeñas para sentir que va avanzando en sus proyectos, atreves de las preguntas cuestionarse la imagen que quería tener de ella misma, observar la similitudes de cómo se había comportado en sus relaciones de pareja, las metáforas

del club de vida, de la maleta y de ponerle un material a la tesis más liviano, darse cuenta de la red de apoyo con la que cuenta, ver la importancia de los límites en las relaciones para no caer en relaciones abusivas y por último se hizo el cierre del proceso terapéutico.

Sesión de seguimiento: 25/05/16

La sesión se dividió en dos, en la primera parte se conversó con la consultante a cerca de los logros dentro de la terapia, ella sentía como si fuera el día de su graduación, mencionó haber tenido un cambio de perspectiva y lo nota al estar cuestionándose lo que ha pasado con Rafael, siente una mayor conexión con su tesis, en las ideas de la lucha por la vida, la autonomía, la defensa. Al inicio del proceso de sentía confundida de hacia dónde iba, fue una búsqueda de encontrar su camino y saber qué hacer. Y hoy piensa que la dirección la pone ella sin búsquedas externas de que se debe hacer, ella va a donde ella se sienta bien.

Lo que se lleva de la terapia son pensamientos distintos. Estar en contacto con sus propios pensamientos, deseos e interés, identificar que, si va con ella y que no, se lleva cambios en su forma de pensar. Tiene la capacidad de pensar múltiples opciones. Llego con una idea de saber lo que no quería y ahora ya sabe lo que quiere y siente que lleva un equilibrio, aprendizaje de darle cabida a su propia voz.

En la segunda parte de la sesión se hizo una dinámica con Mariela donde se le invitó a colaborar con el equipo terapéutico: Ella agradeció porque tenía una terapeuta, pero en realidad era como tener seis, donde cada uno aportaba su perspectiva y ella se llevaba las reflexiones de cada uno y siempre fue muy grato.

Se le invitó Mariela a dar su retroalimentación del proceso en cuanto al equipo terapéutico, la consultante menciona que en ningún momento sintió imposición, no sintió invasivo que entraran más personas, se sintió identificada al hablar de otras mujeres que vivieron un proceso similar al de ella, sintió un vínculo humano, saber que no era la única que ha pasado problemas. Mariela comenta que el material de lectura, las conversaciones en las sesiones y la participación del equipo terapéutico fueron fundamentales en el avance en su proceso. Se llevó herramientas que adquirió en terapia como la metáfora de la maleta y las reflexiones del club de vida,

que fue muy significativa para ella, la idea de red de apoyo fue fundamental para pasar el evento violento, la familia y los amigos que la apoyaban, el saber que no estaba sola en este proceso.

Intervenciones

Para este caso se trabajó desde la terapia narrativa, con las propuestas hechas por Michel White desde una aproximación respetuosa, no-patologizante y no-culpabilizadora en el trabajo con personas, que separa a las personas del problema: “la persona nunca es el problema, el problema es el problema” y, las habilita para reconocer sus habilidades, recursos y valores que la mueven en la vida, en función de ampliar y enriquecer la mirada sobre su propia historia, para reforzar el sentido de agencia personal que permite hacer frente a los problemas con los que se relaciona y, definir con libertad el sentido que quieren darle a su vida, considerando el contexto, las relaciones de poder de género, etnia, clase, preferencia sexual y capacidades que no alcanzan con las exigencias de la cultura dominante.

Conversaciones de Externalización

Se basa en la premisa de que el problema es el problema, a diferencia de que la persona sea vista como el problema. La externalización requiere de un cambio particular en el uso del lenguaje. Se concibe al problema como una “cosa o persona” que esta fuera de la consultante. Se pueden externalizar sentimientos, problemas entre personas, prácticas culturales y sociales, otras metáforas (Morgan, 2000). Ejemplos:

- ¿Qué es lo que te dice el miedo?
- ¿Estas ideas que te dice el miedo te gustan?
- ¿Por qué son ideas que no te agradan?
- ¿Qué efecto tienen en ti las ideas que te dice el miedo?
- ¿Qué argumentos te da el miedo para convencerte de que te quedes con Rafael?
- ¿Qué relación quisieras tener con el miedo?
- ¿De qué se alimenta el miedo?

- ¿De qué manera el miedo entorpece tus decisiones?

Conversaciones de re-autoría

Las conversaciones de re-autoría invitan a las personas a continuar desarrollando y narrando sus vidas, pero las ayudan a incluir algunos de los acontecimientos y experiencias más desatendidos, pero potencialmente más significativos. Estos acontecimientos y experiencias están alejados de las tramas de vida dominantes y pueden ser considerados “desenlaces extraordinarios” o “excepciones” (White, 2016).

Ejemplos:

- Cuando le pusiste límites a Rafael, ¿qué piensas que eso dice de ti?
- ¿Qué piensas que eso dice de lo que es importante para tu vida?
- ¿En qué valores tuyos se basa esa forma de actuar?
- Cuando lograste decirle a Rafael lo que querías de una relación ¿qué significó eso con respecto a lo que valoras?
- ¿Qué implicó hacer esto en este momento de tu vida?
- ¿Qué fue necesario para poder hacerlo?
- Cuando diste este paso ¿Qué era lo que querías para tu vida?
- ¿Qué dice de ti el que hicieras esto?
- Lograr terminar con Rafael, ¿qué dice eso acerca de lo que crees que es importante para ti?

Deconstrucción

Los problemas únicamente sobreviven y progresan cuando son apoyados y respaldados por ideas, creencias y principios particulares. En la deconstrucción el interés está puesto en descubrir, reconocer y desbaratar (deconstruir) las creencias, ideas y prácticas de la cultura más amplia en las que vive una persona, que están sirviendo para contribuir al problema y a la historia del problema (Morgan, 2000).

Ejemplos:

- ¿Cuáles son algunas de las creencias acerca de los roles de las mujeres en las relaciones de pareja?
- ¿cómo se desarrollaron estas ideas?
- ¿Estás cómoda con estas ideas?
- ¿Qué ideas son útiles para lo que quieres en tu vida?
- ¿Qué ideas interfieren?

Metáforas

Imagina que tienes un club de vida, en el cual tu decides que tipo de membresía le das a cada una de las personas con las que te relacionas, puedes observar que tal vez es momento de modificar las membresías de algunas personas, acorde a como sientes que han cuidado el espacio y los privilegios con los que han contado teniendo la membresía que tienen hoy. En el caso de Rafael, ¿Qué tipo de membresía tiene? ¿Cuál te gustaría que tuviera?

Conversaciones de remembranza

Las conversaciones de re-membranza se forman en la idea de que la identidad se basa en una “asociación de vida” y no en un yo nuclear. Esta asociación de vida la componen las figuras e identidades significativas del pasado, del presente y del futuro proyectado por una persona o varias personas significativas en sus vidas, cuyas voces influyen mucho en la construcción de la identidad de la persona (White, 2006).

Ejemplos:

- ¿cómo crees que tu mamá contribuyó a tu vida?
- ¿Qué piensas que tu mamá aprecia de ti?

- ¿Qué piensas que tu hermano reconoce de ti, que para otras personas no es tan visible?
- ¿Sabes lo que tu hermano valoró de ti y que otras personas pasaron por alto?

Conversaciones que iluminan desenlaces extraordinarios

De todas las experiencias que vivimos sólo le damos sentido a una pequeña parte de esta experiencia. Estos relatos que no consideramos pueden ser desenlaces extraordinarios o excepciones que pueden brindar un punto de partida para desarrollar relatos de vida alternos (White, 2006).

Ejemplo: “pensándolo bien si he hecho muchas cosas que no recordaba, como es el curso de imagen que me ayuda en este momento en la construcción de la imagen que quiero proyectar... y el haber tomado este curso dice de mí que soy una persona perseverante, que también he puesto atención a mis inquietudes para aprender más”

Conversaciones de andamiaje

En las practicas terapéuticas se contribuye a construir los andamios de la zona de desarrollo próximo. También se invita a otras personas para que sean participes de este proceso. Este andamiaje permite que las personas se distancien gradual y progresivamente de lo que conocen para alcanzar lo que podrían saber y hacer.

Ejemplo: “¿quién de los amigos que mencionas tendría una percepción diferente a la tuya? ¿este amigo que tiene una percepción más positiva que tú, cómo crees que haya llegado a esta resolución de lo que valora de ti?”

Equipos reflexivos

Este caso estuvo acompañado de un equipo reflexivo que todas las sesiones dedicaban 10 min de reflexiones acerca de lo que había conversado la terapeuta y

la consultante. Contar con estas reflexiones permitió considerar diferentes historias, ideas, acompañadas de experiencias personales y profesionales que le fueron ayudando a la consultante construir nuevos significados y hacer cambios de acuerdo con sus intereses (Fernández, London & Tarragona, 2001, Andersen, 1994).

Análisis basado en terapia narrativa y desde la perspectiva de género

De acuerdo con la terapia narrativa nuestro conocimiento es producido y limitado por el contexto y por nuestras premisas, que determinan los mapas en los que nos basamos para ver el mundo (Tomm, 1989, White, 1993; 2006). En este sentido, Mariela narraba su historia dominante adquiriendo un énfasis en su identidad como una persona que no sabía decidir, que no contaba con determinación, que cuidaba de los demás siendo su prioridad y dejaba de lado el cuidado de ella misma, de esta manera se limitaba y preservaba estas características, ya que cumplían una función en las relaciones que mantenía con su familia, amigos y especialmente en las relaciones de pareja (Gergen, 1996; 1997).

Al ya no tener sentido para su vida continuar con estas premisas, Mariela inicia la terapia, en la cual las conversaciones dan cabida a tener una multiplicidad de mapas a elegir qué incluyen, premisas, actitudes, significados que la llevarían a una identidad que esté más acorde a lo que ella quisiera vivir, poniendo de esta manera en práctica la deconstrucción de la historia dominante, para revisar las creencias y acciones que dicta la cultura que la llevaban a conclusiones negativas sobre su identidad, las decisiones que había tomado en su vida y con las que no estaba de acuerdo (Morgan, 2000, White & Epston, 1989).

Cada pregunta que se planteaba dentro de la terapia tuvo el objetivo de crear rutas a explorar, no había una evaluación correctos o incorrectos de estos caminos, sólo se abría la posibilidad de elegir diferentes direcciones (White, 2002). A través de conversaciones externalizantes, la identificación de acontecimientos excepcionales, el uso de preguntas del panorama de la acción y el panorama de la identidad, el trabajo con el equipo reflexivo, en Mariela se pudieron observar

cambios cognitivos, de conducta, forma de relacionarse, afectivo y social que fue experimentando poco a poco para reescribir su vida o reconstruirse a sí mismas, a los demás y a sus relaciones, de acuerdo con relatos y conocimientos alternativos y preferidos acerca de su vida.

A lo largo de las sesiones se trabajó junto con Mariela la reconstrucción de su agencia personal esto quiere decir la posibilidad de tomar e implementar decisiones que la acercara a lo que quería lograr en la vida, a lo que ella preferiría hacer con respecto al área laboral, lo que implicaba terminar su tesis, en el área de la pareja y principalmente cómo le gustaría ser (White, 1993; 2006).

Se visibilizaron las pautas de interacción que mantenía en las relaciones de pareja y la relación con su familia en este sentido se llamaron testigos externos (ejemplo: Tu mamá qué pensaría...). Se conversó sobre los efectos que traen a la vida de Mariela olvidarse de su voz y de los intereses que ella tiene por estar al pendiente de las necesidades de sus parejas (Térragona, 2006).

Se tuvieron conversaciones sobre los acontecimientos excepcionales que contradijeran la historia dominante. Dentro de las narraciones y los cuestionamientos de las creencias que sostenían esta versión se fue construyendo una historia alternativa que contenía una visión más densa sobre ella misma, incluyendo los logros que había tenido y dándole cabida a su voz, esta historia alternativa se fue engrosando, dándole más confianza, construyendo un concepto de sí misma que puede avanzar con su tesis, que es un proceso pero que puede dar un paso a la vez y así percibir más cerca su titulación. A la par, la construcción de historia alternativa de la pareja, en la cual pueda ser ella misma, compartir sus gustos, planes a futuro, en la que no necesita de la aprobación de sus parejas y tampoco necesita ser salvadora de nadie, su prioridad es hacer lo que cree que es mejor para ella.

En cuanto a la perspectiva de género, durante el proceso terapéutico se fueron cuestionando las ideas con respecto al rol que género que impone la cultura, unas de las principales ideas que ella tenía era el cuidar de los otros y el sentirse

obligada a estar dando y cediendo todo el tiempo tanto en sus relaciones de pareja como en las laborales (Lamas, 2001;2000; Walters, Carter, Papp, & Silverstein, 1991). Mariela siendo socióloga y al estar realizando su tesis se fue encontrando con lecturas que la hacían visualizar las desigualdades de poder y con esto ella los llevaba hacia lo que ella vivía en su relación de pareja. Con esto ella se fue dando cuenta que Rafael contaba con más poder en la relación, se sentía que no podía ser ella misma porque era rechazada por parte Rafael.

Por comentarios que externó Mariela se puede colocar a Rafael en las creencias que ubica Ravazzola (1997) en las cuales él se mostraba como dueño de Mariela era el que decidía que cosas se hacían en la casa, la comida, las actividades recreativas que ella tomaba, no presentaba empatía hacia ella, Mariela menciona que con él no podía hablar de su carrera debido a que la hacía poco interesante e incluso una pérdida de tiempo, Rafael era incapaz de reconocer las necesidades que tenía Mariela dentro de la relación de pareja, no podía mostrarse cercano a ella por miedo a perder su poder en la relación, solo estaba centrado en sí mismo, su trabajo y sus logros personales.

Se identificó un abuso por parte de Rafael hacia Mariela, debido a que ella tenía que estar disponible para él sin importar que tenía que hacer su tesis, él insistía en que escuchara algunas canciones o vieran películas juntos en el momento que él lo decidía. Si bien desde el inicio de la relación Rafael no se mostró violento físicamente, pero considero que la mayor parte del tiempo dejaba notar microviolencias, manipulaba desde lo económico para que Mariela pagara todos los servicios de la casa y la despensa, teniendo el constante argumento de que estaba muy mal económicamente. Asimismo, se visibiliza la violencia psicológica que ejercía hacia Mariela, al burlarse de su trabajo, de su carrera, de las cosas que le gustaban, era sarcástico con ella haciéndola sentir como tonta y constantemente tenía insinuaciones de que podría estar con otras mujeres. (Bonino, 1996, 2008).

El efecto que tuvo Mariela al estar recibiendo constantemente estos abusos fue sentir confusión, ella mencionaba no estar segura de lo que estaba viviendo la hacía estar en un doble vinculo constantemente, no entendía el comportamiento de

Rafael, ya que a veces podía estar cercano a ella para realizar alguna actividad y en otras ocasiones la ignoraba por completo estando en la misma casa con el argumento de no estar de humor, tener cosas importantes que hacer de trabajo, constantemente responsabilizaba a Mariela de que si no funcionaba la relación era por culpa de ella, para que cediera ante lo que él quería (Porrúa, Rodríguez-Carballeira, Almendros, Escartín, Martín-Peña & Saldaña, 2010; Delgado, et. al., 2013; Hirigoyen, 2013).

Con el ejemplo que dio Mariela antes de que ocurriera el acontecimiento violento podemos observar que posiblemente ella en su intento de equilibrar el poder en la relación (Calveiro, 2003) donde era abierto que Rafael ya mantenía una relación con otra persona, Mariela empezó a platicar con el amigo de él, ella notaba que le gustaba, al querer hacer lo mismo de incluir a alguien más en la relación y con el beso pudo haber detonado el enojo de Rafael que lo llevo a ejercer violencia física para retomar su jerarquía.

Dentro de la sesión se indagó en Mariela las cosas que la hacían seguir con Rafael y así como lo menciona Ramos (2002). Ella refiere que principalmente era por razones económicas, al inicio pensaba que si se separaba de él no iba a poder sola, también tenía la idea de que hablando con él y diciéndole las cosas que no le gustaban podían llegar a acuerdos y él cambiar las actitudes con las que no se sentía cómoda Mariela, explorando más surgió el miedo que sentía hacia él, pensaba que si ella le decía que quería terminar la relación él se iba a poner muy violento.

Al finalizar el proceso la consultante externó ser capaz de ordenar su vida, tomando en cuenta lo a ella le gustaba, teniendo control sobre su propia vida y dejando atrás el construirse a través de las opiniones de sus parejas.

La relación entre terapeuta y consultante se construyó desde una postura horizontal, basada en el respeto y la curiosidad, en la que Mariela era la experta en su vida (Morgan, 2000). Se trabajó desde una perspectiva no patológica y donde se evitó culpar o clasificar a Mariela; se apreció y respetó en todo momento la realidad

y la individualidad de ella, promoviendo conversaciones que la llevaran a salir de su historia dominante para optar por la alterna en la cual el reconocimiento de sus recursos fue fundamental (White, 1993; 2006).

Reflexiones

En el trabajo terapéutico con Mariela pude observar más detenidamente como el sistema patriarcal fomenta el que las mujeres tienen que estar en una posición subordinada en las relaciones de pareja, cediendo y aguantando los malos tratos de los hombres. Poniendo las situaciones como algo “normal” y dejando a la mujer disponible en todo momento que la pareja la requiera, sufriendo así ella daños psicológicos que la van aislando y metiéndola en una confusión de no saber qué es lo que está viviendo, invisibilizando los malos tratos para tomar ella la responsabilidad de la relación.

Fue interesante participar en las conversaciones guiadas a la deconstrucción de todas estas creencias que llevaban a Mariela a sentirse atrapada y a no poder encontrar una salida para sentir bienestar en su vida si bien los cambios se fueron dando paulatinamente, pero considero un caso exitoso debido a que ella se fortaleció de tal manera que reconoce sus recursos, sabe que es lo que quiere para su vida y que cosas ya no quiere (White, 2006).

Aprendió a identificar la violencia que ejercía Rafael en la relación de pareja y en las personas de su alrededor. Considero que fue de gran ayuda que Mariela se mostrara reflexiva y comprometida con el proceso terapéutico, la ganas de aprender más la llevaron a constantemente estar en la búsqueda de material que le pudiera servir tanto con su tesis como con el proceso que estaba viviendo en su relación de pareja (Hirigoyen, 2013).

El reto que me generó este caso fue crear un ambiente de confianza, en el cual, Mariela pudiera expresarse y principalmente ir al ritmo de ella, durante el proceso tuve que trabajar en mí misma en tener paciencia y lograr que no se sintiera presionada por dejar la relación de pareja en la que vivía. Una de las dudas que me

surgieron fue si faltaron elementos dentro de la terapia que pudieran haber evitado el episodio violento, en el cual ella manifiesta haber defendido su vida.

En este caso mantuve una postura colaborativa, en la que constantemente le hacía saber a Mariela que ella era la experta en su vida (Pinto, 2000), ubicándome dentro de la cibernética de segundo orden como observador participante, facilitando la resignificación de la historia dominante, trabajando en la experiencia que se va construyendo en el presente (Tapia & Molina, 2014).

La curiosidad fue una de mis principales herramientas que utilice para entender, clarificar y abonar a la construcción de la historia alternativa el cuestionamiento de los conceptos, supuestos y creencias personales que posiblemente estaban generando una imagen negativa y limitada acerca de ella misma (Ceberio, 2007).

Ver a la consultante finalizar su proceso me dio una gran alegría, porque considero que las dos fuimos creciendo y aprendiendo durante todo el proceso. Poco a poco nos fuimos ganando confianza y seguridad ella en su vida y en mi caso como terapeuta. Considero que logramos tener una conexión relacional que se fue construyendo paso a paso pero que fue muy útil, ya que las dos nos entendíamos muy bien, yo aprendí a escucharla primero antes de querer introducir mis ideas, a entender como vivía su mundo y desde ahí saber que era lo que no le agradaba y como le podía hacer para estar en una situación donde estuviera en la vida que ella quería vivir.

Me di cuenta de que al inicio no identificaba la agenda teórica que tenía cuando intervenía con Mariela, pero al paso de las sesiones tenía más claridad en la forma que llevábamos la conversación intervenciones que realizaba, eso me permitió construir con Mariela una realidad alternativa. Me sentí muy cómoda como terapeuta, también noté cambios en mí de la primera sesión que tuve con ella, en la cual, yo mantenía una postura corporal muy rígida y las conversaciones no eran tan fluidas, ya después las sesiones se realizaban con un ambiente tranquilo y la

conversación era muy natural, no sentía que forzaba nada, fui familiarizándome cada vez más con la teoría, como con la postura colaborativa y narrativa.

En este proceso descubrí de mí, la flexibilidad que puedo tener al adaptarme al ritmo y los discursos de los consultantes, también la fortaleza de acompañamiento en situaciones complicadas como fue cuando Mariela narró el episodio de violencia que había vivido. Note que los modelos posmodernos me gustan mucho y creo que son los que más van conmigo, creo que el trabajo que realice con Mariela me enseñó mucho a nivel personal, a veces temas de los que veíamos yo ya los había trabajado anteriormente en terapia entonces eso me permitía conectarme desde mi experiencia con ella.

La presencia del equipo reflexivo para mí fue excelente, escuchar otras voces desde su experiencia, siento que hacíamos un muy buen equipo que complementaba lo que yo veía en sesión con Mariela, el equipo me ayudó a reflexionar temas que a mí no se me habían ocurrido y también resaltaban las cosas que creíamos importantes que se llevara la consultante.

2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

2.1. Reportes de investigación

En el siguiente apartado se presentan las investigaciones realizadas con dos metodologías distintas: cuantitativa y cualitativa.

2.1.1. Metodología cuantitativa

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL EN JÓVENES DE BACHILLERATO

Carreño Fernández Paola Anaid y Estrada Tosca Cindy Roxanna

Resumen

Debido a los daños que se ocasionan a personas, propiedades u objetos materiales, la conducta antisocial se engloba en un contexto de riesgo social. En diversas investigaciones, se ha encontrado que, la familia, la escuela, la comunidad y el grupo de iguales contribuyen al desarrollo de conductas antisociales o de consumo de sustancias. Así mismo, parece

existir una fuerte relación entre el abuso de sustancias y la implicación directa en causas delictivas. Por lo cual, esta investigación se enfoca en conocer cuál es la relación que existe entre la economía familiar, inseguridad en la colonia, amigos problemáticos, consumo de alcohol, involucramiento parental, problemas emocionales, establecimiento de normas familiares, antecedentes delictivos, percepción de la tolerancia familiar a la conducta antisocial, conductas disruptivas con la conducta antisocial en adolescentes de educación media superior.

La muestra fue integrada por 599 alumnos de nivel bachillerato, entre 15 y 17 años de edad. Se aplicó un cuestionario auto aplicable. Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el Programa Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales, versión 21. Resultaron las dos variables con mayor efecto sobre la conducta antisocial de los adolescentes fueron: problemas por el consumo de alcohol (0.231 $p < 0.001$) y amigos problemáticos (0.224, $p < 0.001$); también fueron predictores significativos las variables: falta de responsabilidad social (0.166, $p < 0.001$), problemas emocionales (0.162, $p < 0.001$), (0.119, $p = 0.006$) y establecimiento de normas en la familia se relacionó negativamente con la conducta antisocial (-0.081, $p = 0.021$). En conclusión el modelo explica que las variables que predicen el desarrollo de conductas antisociales son el consumo de alcohol y tener amigos problemáticos, estas a su vez relacionadas con el bajo establecimiento de normas familiares en esta población y problemas emocionales, se propone reforzar las políticas públicas que fortalezcan el sistema de salud para crear programas preventivos de tipo universal dirigidos a la crianza positiva, de tipo selectivo para reducir en los adolescentes sus problemas asociados a los actos antisociales y al consumo de alcohol y de tipo indicado para intervenir en la población que ya ha sido afectada.

Palabras clave: conducta antisocial, adolescentes, consumo de alcohol, familia.

INTRODUCCIÓN

La conducta antisocial es un patrón de comportamientos que aparece en la infancia o adolescencia, que se caracteriza por violar o transgredir las normas socialmente establecidas o los derechos de los demás. (Florenzano, Valdés, Cáceres, Santander, Aspillaga & Musalem, 2011). Incluye actividades como: conductas agresivas, robo, vandalismo, piromanía, mentira, absentismo escolar, huidas de casa,

quebrantamiento serio de las normas en el hogar y la escuela, entre otras. Debido a los daños que se ocasionan a personas, propiedades u objetos materiales, la conducta antisocial se engloba en un contexto de riesgo social (Peña & Graña, 2006).

Garaigordobil (2005) y Peña y Graña (2006) mencionan que conforme pasa el tiempo, si no hay intervenciones apropiadas, las conductas antisociales se convierten en delictivas. Tales conductas

conllevan una agresión interpersonal, que se puede definir como amenazas intencionales, el intento o la aplicación real de daño físico a otros individuos (Stoff *et al.*, 2002).

Alvarado, Rosario y García (2013) indican que el inicio del comportamiento antisocial se relaciona con la combinación de los factores de riesgo de las diferentes etapas de desarrollo, pero también con procesos psicosociales y culturales que alteran de formas distintas a los adolescentes desde la infancia temprana. Los factores que pueden contribuir a la evolución de un problema de conducta hacia un trastorno de la personalidad son: pertenecer a familias disfuncionales, estilos de crianza inadecuados, falta de establecimiento de límites, maltrato infantil (físico y psicológico), ambiente escolar inadecuado, pobreza, padres consumidores de alcohol y drogas.

También, se ha encontrado que, la familia, la escuela, la comunidad y el grupo de iguales contribuyen al desarrollo de conductas antisociales o de consumo de sustancias (López & Rodríguez-Aria, 2012).

La conducta disocial presenta una prevalencia diferencial por sexos (6-16% en varones y 2-9% en mujeres), pero también una manifestación diferenciada; en los hombres dominan la agresión,

violencia, robo, vandalismo, y violaciones graves de normas; en las mujeres aparecen formas sutiles de violencia como rechazo social y dominan las mentiras, chantajes y conductas sexuales precoces (American Psychiatry Association, 2000).

Alvarado *et al.* (2013), indican que la persona con trastorno antisocial de la personalidad, presenta un patrón de falta de remordimiento, indicada por la indiferencia de haber ofendido, maltratado o robado a alguien, derivadas de una débil internalización de normas y valores culturalmente aceptados, careciendo de un sistema de creencias racionales o valores prosociales. Moral de la Rubia y Ortiz (2012) mencionan que, en México, la presencia de conductas que violan gravemente las normas y los derechos de la sociedad es un fenómeno que altera el funcionamiento en los centros educativos y la seguridad en la calle; como es el caso de violencia organizada y el pandillerismo.

El contexto vital del adolescente (familia, escuela, amistades), representa un apoyo y un factor de protección, sin embargo, en ocasiones este contexto puede tornarse en un factor de riesgo (Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda & Bórquez, 2008). Así mismo, la familia constituye la influencia más temprana que puede tener un individuo,

perdurando a lo largo de su desarrollo; provee recursos materiales, psicológicos y emocionales a las personas, además de transmitir creencias, valores y normas que les ayudarán a convivir en la sociedad de la que forman parte, es decir, introduce al individuo en la *socialización*, a través de la cual se aprenden los códigos de conducta, favoreciendo al buen funcionamiento social (Musitu *et al.*, 2007).

Por ello, Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Duch y Fernández-Hermida (2012) y Santander, Zubaraw, Santelices, Argollo, Cerda y Bórquez (2008), mencionan que la familia desempeña un papel muy importante en la prevención e intervención de conductas riesgosas en adolescentes.

Minuchin y Fishman (1990) señalan que las familias tienen configuraciones y estructuras diferentes que influyen en su funcionamiento. La configuración cambiante de la sociedad y la economía ha influido en la vida, así como en las relaciones familiares, dando como resultado el surgimiento de formas diversas de organización, de convivencia hogareña y de arreglos residenciales variados (CONAPO, 2004). La familia genera reglas de comportamiento que dan una estructura más estable al sistema (Eguiluz *et al.*, 2003).

Se han detectado múltiples factores de riesgo familiar que tienen que ver con su composición (familias numerosas, rotas o monoparentales), el estatus socioeconómico bajo, la existencia de una historia familiar de problemas de conducta y con un funcionamiento familiar caracterizado por la baja cohesión, el conflicto, las pobres interacciones entre padres e hijos, el estilo de socialización negligente y la disciplina restrictiva (Jiménez, Musitu & Murgui, 2005).

Cuando los padres establecen reglas y las hacen cumplir, hay menor conducta antisocial en los adolescentes; no obstante, quienes carecen de supervisión parental se exponen más a la influencia de sus pares, principalmente de los que ejercen liderazgo negativo, promoviendo conductas peligrosas (Florenzano, Valdés, Cáceres, Santander, Aspillaga & Musalem, 2011).

La adolescencia también se convierte en una etapa de vulnerabilidad y facilitadora para el inicio de conductas de riesgo como es el consumo de sustancias legales e ilegales. En México, se ha observado un incremento en la ingesta de alcohol, tanto en la prevalencia como en la proporción de personas que inicia su consumo temprano; el abuso de esta sustancia se mantiene constante y

similar tanto en hombres como en mujeres (Villatoro, Gaytán, Moreno, Gutiérrez, Oliva, Bretón, López, Bustos, Medina-Mora & Blanco, 2011).

Lo que los adolescentes hacen mientras no están con sus padres ni bajo la supervisión de los adultos genera gran preocupación, sobre todo si dichas conductas se relacionan con el consumo de drogas, alcohol o con conductas antisociales. Ya que, el consumo de alcohol y otras drogas es uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad, tanto por la magnitud del fenómeno como por las consecuencias para ellos como individuos en desarrollo, pero también por las implicaciones sociales y económicas que dichas conductas implican (López & Lobo da Costa, 2008; López & Rodríguez-Arias, 2012).

El Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay (2010) argumenta que parece existir una fuerte relación entre el abuso de drogas por parte de la juventud de grupos vulnerables y la implicación directa en causas delictivas. Debemos resaltar la importancia de las drogas y el alcohol como factores predisponentes y desencadenantes para llevar a cabo

conductas antisociales (Ortiz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal & Sánchez, 2006).

Santander *et al.* (2008) señalan que en el caso concreto del alcohol, en Chile el consumo tiene una prevalencia de 10% en niños menores de 13 años, 25.8% en jóvenes de 13-16 años y de 35.7%, en adolescentes mayores a 16 años. En España, según el Plan Nacional sobre drogas (2010, citado en Carballo, Marín, Jáuregui, García, Espada, Orgilés & Piqueras, 2013), el 75% de los estudiantes de secundaria se había embriagado alguna vez en la vida y el 35.6% lo había hecho en el último mes (36.4%, hombres; 34.8%, mujeres).

De acuerdo con Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván y Tapia (2003), el entorno que rodea a los jóvenes mexicanos de 12 a 17 años estimula que los índices de consumo de sustancias incrementen, especialmente en las grandes ciudades. Estos autores señalan la importancia de detectar a los menores que tienen problemas emocionales para darles la atención preventiva que evite el consumo de sustancias como un mecanismo para enfrentar conflictos.

La alta tolerancia social y baja percepción de riesgo que hay sobre la ingesta de alcohol contribuyen

directamente en el incremento del consumo de otras sustancias y facilitan que se mantenga un consumo de alcohol por ocasión excesivo, trayendo consigo consecuencias importantes para la salud de los adolescentes y para la sociedad debido a la estrecha relación que tiene el consumo de sustancias y la presencia de conductas antisociales. Por tal motivo, esta investigación se basa en el interés de conocer los factores que favorecen que los adolescentes de educación media superior cometan actos antisociales.

MÉTODO

Objetivo general

Conocer cuál es la relación que existe entre la economía familiar, inseguridad en la colonia, amigos problemáticos, consumo de alcohol, involucramiento parental, problemas emocionales, establecimiento de normas familiares, antecedentes delictivos, percepción de la tolerancia familiar a la conducta antisocial, conductas disruptivas con la conducta antisocial en adolescentes de educación media superior.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio correlacional de campo

Población y muestra

Estudiantes de escuelas ubicadas en zonas de riesgo donde hay mayor prevalencia de actos antisociales en el Distrito Federal y en el Estado de México. Se consideró como zona de riesgo a las delegaciones y municipios con mayor procedencia de menores infractores, según estadísticas del Consejo de Menores del Distrito Federal (CM, 1997).

La selección de la muestra fue hecha en coordinación con la Dirección General de las escuelas seleccionadas y se escogió al azar a 22 grupos de primer y segundo año de nivel bachillerato de los turnos matutino y vespertino; un plantel en la delegación Gustavo A. Madero de la Ciudad de México, y otro en el municipio de Naucalpan de Juárez en el Estado de México. La muestra final se integró con 599 alumnos de entre 15 y 17 años de edad, con un promedio de edad de 15.9 años, 59.1% eran mujeres y el 40.9%, hombres. El 58.3% cursa el primer año del bachillerato, mientras que el 41.7% estudia el segundo. El 84.3% refirió haber sido estudiante de tiempo completo el año anterior. El 17.2% de la población mencionó haber tenido un trabajo remunerado el año pasado. La mayor parte de los jóvenes (90.7%) indicaron vivir en su casa.

Cuadro 1

Descripción de la edad y las familias de los adolescentes (n=599)

	Media	DE
Edad	15.90	0.737
¿Tienes papá?	F	%
Tengo papá	516	86.1
Alguien lo sustituye	38	6.3
No tengo papá	43	7.2
¿Tienes mamá?	F	%
Tengo mamá	584	97.5
Alguien la sustituye	10	1.7
No tengo mamá	6	0.8
Padres separados	115	19.2

Nota: Porcentajes obtenidos del total de la muestra

En cuanto al tipo de familia, el 56.4% de los participantes señaló pertenecer a una familia nuclear biparental; el 24.9%, a una familia extendida y, el 13.7% a una nuclear monoparental. En los referente a la escolaridad del proveedor familiar, se encontró que el 43.7% cursó la educación básica; el 32.6%, la educación media; mientras que el 21.9%, cursó la educación superior.

Instrumento

Consta de un cuestionario autoaplicable que considera diversas áreas de problemáticas en los adolescentes. Las secciones que conforman el cuestionario son:

- a) Datos sociodemográficos (Sexo, edad, año escolar, estudiante el

año anterior, trabajo remunerado el año anterior, lugar donde vive, presencia del padre, presencia de la madre, padres separados, nivel escolar del proveedor).

- b) Tolerancia social hacia la conducta antisocial:

Qué tan mal o bien aceptan la conducta antisocial, familiares y amigos cercanos. Se evalúa con la escala de tolerancia social hacia la conducta antisocial construida para la presente investigación. La calificación mínima posible es 5 y refleja la menor tolerancia social hacia la conducta antisocial, la máxima es 15 y es la mayor tolerancia.

- c) Inseguridad percibida en el entorno social:

Evalúa qué tanta desorganización social (delincuencia, violencia o inseguridad en general) percibe el adolescente en su entorno (escuela, colonia). Se utilizó para la medición la escala de Inseguridad Percibida (Villatoro, Domenech, Medina Mora, Fleiz y Fresán, 1997; Villatoro, Medina Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro, y Juárez, 2002). La calificación mínima posible es 9 relacionada con menor desorganización social, la máxima es 36, indicando mayor desorganización.

- d) Economía familiar: Se utilizó la escala de Percepción del Nivel Adquisitivo de la Familia. La calificación mínima posible es 10, asociada con dificultades económicas por parte de la familia, la máxima es 40 referida a mejor poder adquisitivo.
- e) Cuestionario de tamizaje de problemas en adolescentes (Problem oriented screenig instrument for teenagers POSIT). Abarca problemas relacionados tanto con factores microsociales e individuales. Es un instrumento que desarrolló el National Institute on Drug Abuse (1991) y fue validado en México

por Mariño et all. (1998), se evalúan problemas que pueden presentar los adolescentes en siete áreas de funcionamiento utilizando respuestas dicotómicas, para este estudio sólo se tomaron las siguientes áreas: uso/abuso de alcohol, problemas emocionales, involucramiento parental, amigos problemáticos, y conducta antisocial. Al ser un cuestionario de tamizaje, éste señala únicamente las áreas en las cuales posiblemente existe riesgo. Para calificar cada una de las áreas es necesario considerar la presencia del síntoma en cada uno de los reactivos que compone el POSIT; para esto, se suman las respuestas positivas en cada reactivo, es decir, si el adolescente contesta “sí” se tomará como un punto a sumar dentro del área a la que pertenece.

Procedimiento

Antes de aplicar el cuestionario se proporcionó un curso a los encuestadores donde se revisó detalladamente el cuestionario, resolviendo dudas y preguntas que podrían surgir y la forma en que se debían responder estas preguntas. Se les instruyó sobre la necesidad del tratamiento anónimo de la información y sobre el no hacer mal uso de la misma, se

les dio una guía sobre los aspectos éticos en general y sobre la forma de contener problemas y canalizarlos en caso de que éstos se presentaran, verificar la entrega completa de los cuestionarios y las respuestas correctas a los mismos, previas a su captura.

La Dirección de Planeación de las escuelas seleccionadas proporcionó la lista de grupos seleccionados y las facilidades de acceso a las instalaciones de los planteles, los entrevistadores acudieron a cada grupo y les pidieron a los alumnos que contestaran el cuestionario autoaplicable con su consentimiento dentro de las escuelas seleccionadas. Se enfatizó en que las respuestas son confidenciales y que no podrían ser conocidas por personas ajenas a la investigación, se aclaró que los datos serían tratados de forma anónima. Los datos se capturaron y se verificaron limpiando las inconsistencias y problemas de captura.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal, mediante el SPSS versión 21, para evaluar la relación que existe entre la economía familiar, inseguridad en la colonia, amigos problemáticos, consumo de alcohol, involucramiento parental, problemas emocionales, establecimiento de normas

familiares, antecedentes delictivos, percepción de la tolerancia familiar a la conducta antisocial, conductas disruptivas con la conducta antisocial

RESULTADOS

Análisis psicométrico de la Escala Ambiente Familiar y Conductas Problemáticas

1. Economía familiar

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax para la Escala de Capacidad Económica. El análisis arrojó un solo factor que explicó el 54.671% de la varianza total. La consistencia interna obtenida para la escala total fue de $\alpha = 0.858$. Se descartaron los reactivos B1, B2 y B3, ya que su eliminación aumentó el índice de consistencia interna y la varianza explicada. Se obtuvo una media de 3.15 y una desviación estándar de 0.545.

2. Inseguridad percibida en el entorno social

Para la Escala de Inseguridad Social, se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. El análisis mostró un factor que explicó el 47.368% de la varianza total. La consistencia interna obtenida para la

escala total fue de $\alpha = 0.711$. La eliminación de los reactivos C2, C3, C7 y C8 aumentó el índice de consistencia interna y la varianza explicada. La media obtenida fue de 2.07, con una desviación estándar de 0.57.

3. Conducta antisocial

Para la Escala de Conducta Antisocial se llevó a cabo una sumatoria de los 14 reactivos para obtener un puntaje total de la misma. Se obtuvo un α de Cronbach de 0.66. La media arrojada en esta escala fue de 3.38, con una desviación estándar de 2.35.

4. Problemas por Consumo de Alcohol

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax para la Escala de Problemas por el consumo de alcohol. El análisis arrojó cinco factores que explicaron el 55.48% de la varianza total. La consistencia interna obtenida para la escala total fue de $\alpha = 0.832$. La eliminación de los reactivos F1, F3, F7, F10, F13 y F23 incrementó la consistencia interna y la varianza explicada de la escala. En la tabla 1 se presentan las cargas factoriales por reactivo y los índices psicométricos por factor; también se incluyen la media y la desviación estándar para cada uno de ellos (Cuadro 2).

Cuadro 2

Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la Escala de Problemas por el consumo de alcohol, sus índices psicométricos, medidas descriptivas

REACTIVOS	FACTORES				
	1	2	3	4	5
F18. Gasto excesivo de dinero en bebidas alcohólicas	0.690				
F12. Daño accidental a personas por consumo de alcohol	0.667				
F21. Salir de fiestas porque no hay bebidas alcohólicas	0.601				

F5. Dañado cosas o propiedades por uso de alcohol	0.563					
F11. Desobediencia por bebidas alcohólicas	0.557					
F20. Daño accidental bajo el efecto del alcohol	0.515					
F14. Olvido por el uso de alcohol	0.468					
<hr/>						
F8. Arresto bajo los efectos del alcohol	0.759					
F16. Desobediencia de regla o ley por uso de bebidas alcohólicas	0.650					
<hr/>						
F6. Adicción al alcohol	0.784					
F17. Deseo de consumir bebidas alcohólicas	0.744					
F4. Consumo mayor de alcohol	0.505					
<hr/>						
F22. Dificultades con amigos debido al consumo de bebidas alcohólicas					0.716	
F9. Problemas escolares por consumo de bebidas alcohólicas					0.706	
<hr/>						
F2. Relaciones sexuales debido al alcohol						0.651
<hr/>						
	TOTAL					
<hr/>						
Número de reactivos	15	7	2	3	2	1
Porcentaje de varianza explicada	55.48	17.35	10.62	10.37	8.81	8.32
α de Cronbach	0.832	0.741	0.366	0.575	0.380	--
<hr/>						
Media*		0.08	0.04	0.04	0.02	0.05
Desviación estándar		0.16	0.15	0.14	0.11	0.22
<hr/>						

*Media teórica= 1.5

** $p < .001$

5. *Amigos problemáticos*

La Escala de Amigos problemáticos obtuvo un α de Cronbach de 0.680. Los

reactivos G1 y G2 fueron eliminados; se hizo una sumatoria para calcular el puntaje total de la escala. La media arrojada fue de 0.93 y una desviación estándar de 1.28.

6. *Involucramiento parental*

Se realizó una sumatoria de reactivos para obtener un puntaje total de la Escala de Involucramiento parental, la cual obtuvo un α de Cronbach de 0.747, una media de 2.15 y una desviación estándar de 2.20.

7. *Problemas emocionales*

Para la Escala de Problemas emocionales, se eliminaron los reactivos J17, J18, J19 y J24; se hizo una sumatoria de los reactivos restantes para obtener un

puntaje total. Esta escala obtuvo un α de Cronbach de 0.827, una media de 4.79 y una desviación estándar de 4.11.

8. *Conducta disruptiva*

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax para la Escala de Conducta disruptiva. Tras el análisis se obtuvieron dos factores que explicaron el 49.887% de la varianza total. La consistencia interna para la escala total fue de $\alpha = 0.826$. En el cuadro 3 se presentan las cargas factoriales por reactivo y los índices psicométricos por factor; la media y la desviación estándar para cada uno de ellos. La correlación observada entre los factores fue de 0.55.

Cuadro 3.

Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la Escala de conducta disruptiva, sus índices psicométricos, medidas descriptivas

Reactivos	Factores	
	1. Falta de responsabilidad social	2. Egoísmo
K11. Maltrato a animales	0.712	
K9. Daño a la naturaleza	0.708	
K10. Logro lo que quiero aunque lastime a las personas	0.684	

Reactivos	Factores		
	1. Falta de responsabilidad social	2. Egoísmo	
K8. Si me peleo con alguien no me importa que castiguen a otra persona por eso	0.665		
K6. Sólo ayudo cuando obtengo algo	0.580		
K2. Castigo para otros por mis errores	0.493		
K3. Si me peleo con mis papás pienso más en lo enojado que estoy en vez del cariño que les tengo		0.808	
K7. Si me peleo con mis amigos pienso más en lo enojado que estoy que en el cariño que les tengo		0.649	
K5. Mentir para lograr objetivos		0.608	
K1. Prefiero pelearme con mis papás que mostrarles mi cariño		0.577	
K4. Hago lo que quiero aunque afecte a los demás		0.532	
TOTAL			
Número de reactivos	11	6	5
Porcentaje de varianza explicada	49.887	26.285	23.602
α de Cronbach	0.826	0.770	0.725
*Media	1.45	1.33	1.60
Desviación Estándar	0.405	0.422	0.501

*Media teórica= 2.5

** $p < .001$

9. Establecimiento de normas familiares

La Escala de Establecimiento de normas familiares obtuvo un α de Cronbach de 0.741 (M= 5.40, DE 1.17). Se hizo una sumatoria de los reactivos para calcular un valor total de la escala.

10. Antecedentes delictivos

Se realizó una sumatoria de la Escala de Antecedentes delictivos para calcular un puntaje total de la escala; se obtuvo un α de Cronbach de 0.867, una media de 0.90 y una desviación estándar de 1.22.

11. Percepción de la tolerancia familiar a la conducta antisocial (PTFCA)

En la Escala de Tolerancia social a la conducta antisocial (PTFCA) se eliminaron los reactivos N3 y N4. Se llevó a cabo una sumatoria de los elementos de la escala para obtener un puntaje total de la misma. El α de Cronbach calculado fue de 0.755, con una media de 5.57 y una desviación estándar de 1.20.

A. Diferencias por variables sociodemográficas

A1. Sexo

Con el propósito de determinar las diferencias entre hombres y mujeres en las escalas de Economía familiar se efectuó pruebas *t*. Se encontró que los hombres obtuvieron puntajes significativamente más altos que las mujeres (véase cuadro 4). En la escala de Inseguridad en la colonia se efectuó una prueba *t*. Se encontró que las mujeres obtuvieron puntajes significativamente más altos que los hombres (véase cuadro 4). En la escala de Conducta antisocial se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. En

base a la pruebas *t*, se encontró que los hombres obtuvieron puntajes significativamente más altos que las mujeres (cuadro 4). Con respecto a la escala de Amigos problemáticos se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Al realizar la prueba *t*, se encontró que los hombres obtuvieron puntajes significativamente más altos que las mujeres (cuadro 4). Para la escala de Problemas Emocionales, encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Al realizar la prueba *t*, se encontró que las mujeres obtuvieron puntajes significativamente más altos que los hombres (cuadro 4). Al analizar la escala de Conducta disruptiva, encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la subescala Falta de Responsabilidad Social. Al realizar la prueba *t*, se encontró que los hombres obtuvieron puntajes significativamente más altos que las mujeres (cuadro 4). En la escala de Percepción de la Tolerancia Familiar a la Conducta Antisocial, encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Al realizar la prueba *t*, se encontró que los hombres obtuvieron puntajes significativamente más altos que las mujeres (cuadro 4).

Cuadro 4

Diferencias por sexo entre las escalas de economía familiar, inseguridad en la colonia, conducta antisocial, amigos problemáticos, problemas emocionales, conducta disruptiva y percepción de tolerancia familiar a la conducta antisocial

<i>Factores</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Economía familiar	Hombre	3.23 (0.53)	t(535)=3.073	p= 0.002
	Mujer	3.09 (0.55)		
Inseguridad en la colonia	Hombre	1.99 (0.54)	t(553)= 2.785	p= 0.006
	Mujer	2.12 (0.59)		
Conducta Antisocial	Hombre	3.66 (2.51)	t(597)= 2.483	p= 0.013
	Mujer	3.18 (2.22)		
Amigos Problemáticos	Hombre	1.09 (1.39)	t(469)= 2.570	p= 0.010
	Mujer	0.81 (1.19)		
Problemas Emocionales	Hombre	3.67 (3.79)	t(597)= 5.710	p= 0.000
	Mujer	5.58 (4.15)		
Conducta disruptiva (Falta de responsabilidad social)	Hombre	1.49 (0.55)	t(597)= 5.710	p= 0.000
	Mujer	1.29 (0.36)		
Percepción de tolerancia Familiar a la Conducta Antisocial	Hombre	5.74 (1.25)	t(493)= 2.815	p= 0.005
	Mujer	5.45 (1.16)		

A2. Edad

Se obtuvo una correlación positiva significativa ($r= 0.088$, $p= 0.031$) entre edad e inseguridad en la colonia, lo cual se refiere a que entre más sea la edad la percepción de inseguridad en la colonia también aumenta. Se encontró una

correlación negativa significativa ($r= -0.082$, $p< 0.046$) entre edad e Involucramiento de los padres, lo que indica que a mayor edad disminuye el involucramiento de los padres. También, se obtuvo una correlación negativa significativa ($r= -0.129$, $p< 0.002$) entre

edad y la subescala Egoísmo, lo cual que indica que a mayor menor edad aumenta el egoísmo.

A3. Año escolar

En la escala de Antecedentes delictivos, se encontraron diferencias entre los jóvenes que asistían al primer año y al segundo año. Al realizar la prueba *t*, se encontró que los que iban en segundo año obtuvieron puntajes significativamente más altos que los de Cuadro 5

primer año (tabla 4). En la escala de Conductas disruptivas, se encontraron diferencias entre los jóvenes que asistían al primer año y al segundo año en la subescala de falta de responsabilidad social. Al realizar la prueba *t*, se encontró que los que iban en segundo año obtuvieron puntajes significativamente más altos que los de primer año (ver cuadro 5).

Diferencias por año escolar en las escalas de antecedentes delictivos y conducta disruptiva

Factores	Categoría	Media (DE)	Prueba estadística	Significancia
Antecedentes delictivos	Primer año	0.79 (1.18)	t(595)= -2.438	p= 0.015
	Segundo año	1.04 (1.26)		
Conducta disruptiva (Falta de responsabilidad social)	Primer año	1.36 (0.44)	t(575)= -2.526	p= 0.012
	Segundo año	1.27 (0.38)		

A4. Estudios durante el año anterior

Se encontró diferencias por estudio, en cuanto a la conducta antisocial, $F(2)= 4.263$, $p=0.015$. La prueba post hoc de Tukey mostró diferencias ($p<0.05$) entre el grupo de jóvenes que no estudiaron el año anterior

($M=4.30$, $DE=2.74$), y aquellos que estudiaron tiempo completo ($M=3.25$, $DE=2.27$), de $p=0.045$; no se encontró diferencias con el grupo de adolescentes que estudiaron medio tiempo ($M=3.85$, $DE=2.65$). También se encontró diferencias en cuanto a los amigos problemáticos, $F(2)= 5.803$, $p=0.003$. La

prueba post hoc de Tukey mostró diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el grupo de jóvenes que fueron estudiantes de medio tiempo ($M=1.32$, $DE=1.36$) y los que estudiaron de tiempo completo

($M=0.84$, $DE=1.23$), de $p=0.017$; no fue así con aquellos que no estudiaron el año anterior ($M=1.37$, $DE=1.63$). No se obtuvieron diferencias para los otros factores (véase cuadro 6).

Cuadro 6

Diferencias por estudio en las escalas conducta antisocial, amigos problemáticos, problemas emocionales y problemas por el consumo de alcohol

<i>Factores</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Conducta antisocial	No fui estudiante el año anterior	4.30 (2.74)	F(2)= 4.263	p= 0.015
	Fui estudiante de medio tiempo el año anterior	3.85 (2.65)		
	Fui estudiante de tiempo completo	3.25 (2.27)		
Amigos problemáticos	No fui estudiante el año anterior	1.37 (1.63)	F(2)= 5.803	p= 0.003
	Fui estudiante de medio tiempo el año anterior	1.32 (1.36)		
	Fui estudiante de tiempo completo	0.84 (1.23)		
Problemas emocionales	No fui estudiante el año anterior	5.90 (4.77)	F(2)=3.413	p=0.034
	Fui estudiante de medio tiempo el año anterior	5.78 (4.73)		
	Fui estudiante de tiempo completo	4.60 (3.95)		
Problemas por el consumo de alcohol	No fui estudiante el año anterior	0.10 (0.13)	F(2)=3.253	p=0.039
	Fui estudiante de medio tiempo el año anterior	0.08 (0.12)		
	Fui estudiante de tiempo completo	0.06 (0.10)		

A5. Trabajo remunerado

Respecto del trabajo remunerado durante el año anterior, se encontró que existen diferencias en cuanto a la economía familiar, $F(2)=4.938$, $p=0.007$, entre el grupo de los que no trabajaron ($M=3.17$, $DE=0.54$) con los que trabajaron medio tiempo ($M=2.98$, $DE=0.56$), de $p=0.006$, y no con el de los que trabajaron tiempo completo ($M=3.21$, $DE=0.58$), de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$).

Se observó diferencias en cuanto a la conducta antisocial, $F(2)=8.628$, $p=0.000$. La prueba post hoc de Tukey mostró diferencias ($p<0.05$) entre el grupo de jóvenes que no trabajó ($M=3.18$, $DE=2.16$) y el que lo hizo medio tiempo ($M=4.10$, $DE=2.94$), de $p=0.002$, así como también las tuvo con el grupo de adolescentes que trabajó tiempo completo ($M=4.79$, $DE=3.19$), con una $p=0.030$.

También se obtuvieron diferencias en lo que se refiere a amigos problemáticos $F(2)=20.950$, $p=0.000$, entre los que no trabajaron ($M=0.78$, $DE=1.14$) y los que trabajaron medio tiempo ($M=1.42$, $DE=1.54$), de $p=0.000$, así como también las tuvo con los que trabajaron tiempo completo ($M=2.43$, $DE=1.87$), con una $p=0.000$; además, hubo diferencias entre los que

trabajaron medio tiempo con los de tiempo completo ($p=0.012$), según la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$).

En cuanto al establecimiento de normas familiares, $F(2)=3.551$, $p=0.029$, únicamente se encontró diferencias, con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), entre el grupo que no trabajó el año anterior ($M=5.44$, $DE=1.12$) con el que trabajó tiempo completo ($M=4.64$, $DE=2.17$), de $p=0.032$, y no con el que trabajó medio tiempo ($M=5.30$, $DE=1.24$). Además, se encontró diferencias en cuanto a los antecedentes delictivos, $F(2)=4.245$, $p=0.015$. La prueba post hoc de Tukey sólo mostró diferencias ($p<0.05$) entre el grupo de jóvenes que no trabajó ($M=0.84$, $DE=1.19$) y el que lo hizo tiempo completo ($M=1.64$, $DE=1.39$), con una $p=0.038$, y no con el de trabajo de medio tiempo ($M=1.08$, $DE=1.26$).

En este mismo factor, también se observó diferencias en lo que refiere al egoísmo, $F(2)=3.740$, $p=0.024$. A través de la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), se obtuvo diferentes entre quienes no trabajaron ($M=1.58$, $DE=0.49$) y los que trabajaron medio tiempo ($M=1.73$, $DE=0.53$), con una $p=0.019$, pero no con los que trabajaron tiempo completo ($M=1.56$, $DE=0.73$).

En cuanto a los problemas por el consumo de alcohol, el análisis arrojó

diferencias, $F(2)=15.440$, $p=0.000$, entre el grupo de quienes no trabajaron ($M=0.05$, $DE=0.09$) y los que trabajaron medio tiempo ($M=0.10$, $DE=0.13$), de $p=0.000$, así como también las tuvo con Cuadro 7

los que trabajaron tiempo completo ($M=0.16$, $DE=0.18$), de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$) (Ver cuadro7).

Diferencias por trabajo remunerado en las escalas economía familiar, conducta antisocial, amigos problemáticos, establecimiento de normas familiares, antecedentes delictivos, conductas disruptivas y problemas por el consumo de alcohol

<i>Factor</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Economía familiar	No trabajé	3.17 (0.54)	$F(2)=4.938$	$p=0.007$
	Trabajé medio tiempo	2.98 (0.56)		
	Trabajé tiempo completo	3.21 (0.58)		
Conducta antisocial	No trabajé	3.18 (2.16)	$F(2)=8.628$	$p=0.000$
	Trabajé medio tiempo	4.10 (2.94)		
	Trabajé tiempo completo	4.79 (3.19)		
Amigos problemáticos	No trabajé	0.78 (1.14)	$F(2)=20.950$	$p=0.000$
	Trabajé medio tiempo	1.42 (1.54)		
	Trabajé tiempo completo	2.43 (1.87)		
Establecimiento de normas familiares	No trabajé	5.44 (1.12)	$F(2)=3.551$	$p=0.029$
	Trabajé medio tiempo	5.30 (1.24)		
	Trabajé tiempo completo	4.64 (2.17)		
Antecedentes delictivos	No trabajé	0.84 (1.19)	$F(2)=4.245$	$p=0.015$
	Trabajé medio tiempo	1.08 (1.26)		
	Trabajé tiempo completo	1.64 (1.39)		
Conductas disruptivas (Egoísmo)	No trabajé	1.58 (0.49)	$F(2)=3.740$	$p=0.024$
	Trabajé medio tiempo	1.73 (0.53)		
	Trabajé tiempo completo	1.56 (0.73)		
	No trabajé	0.05 (0.09)	$F(2)=15.440$	$p=0.000$

<i>Factor</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Problemas por el consumo de alcohol	Trabajé medio tiempo	0.10 (0.13)		
	Trabajé tiempo completo	0.16 (0.18)		

A6. Lugar donde vive

Se encontró diferencias por el lugar donde viven los adolescentes, en cuanto a la conducta antisocial, $F(2)=12.103$, $p=0.000$. La prueba post hoc de Tukey mostró diferencias ($p<0.05$) entre el grupo de jóvenes que viven en casa ($M=3.23$, $DE=2.30$) con los que viven parte del tiempo en casa y parte del tiempo en la calle ($M=4.91$, $DE=2.41$), de $p=0.000$, y no con el grupo de los que viven en calle ($M=6.00$, $DE=2.83$).

Respecto de los amigos problemáticos, se encontró que existen diferencias, $F(2)=13.799$, $p=0.000$, entre el grupo que sólo vive en casa ($M=0.85$, $DE=1.23$) con el que vive parte del tiempo en casa y parte del tiempo en calle ($M=1.86$, $DE=1.52$), de $p=0.000$, y no se observaron diferencias con el que sólo vive en la calle ($M=0.00$, $DE=0.00$), de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$).

También se observaron diferencias en cuanto al establecimiento de normas familiares, $F(2)=3.724$, $p=0.024$, entre los que viven en casa

($M=5.44$, $DE=1.14$) y quienes viven una parte del tiempo en casa y otra en la calle ($M=4.95$, $DE=1.57$), de $p=0.023$, según la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$). No se observó diferencia con quienes viven en la calle ($M=6.00$, $DE=0.00$).

En cuanto a los antecedentes delictivos, de igual manera se encontraron diferencias, $F(2)=3.084$, $p=0.047$. De acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), hubo diferencias entre quienes viven en casa ($M=0.87$, $DE=1.20$) y aquellos que viven parte del tiempo en casa y parte en la calle ($M=1.32$, $DE=1.29$), de $p=0.046$. No hubo diferencia con el grupo que vive en la calle ($M=1.50$, $DE=2.12$).

Se encontró diferencias con respecto a la falta de responsabilidad social, $F(2)=9.461$, $p=0.000$, entre el grupo que vive en casa ($M=1.31$, $DE=0.39$) con el que vive en casa y en la calle ($M=1.58$, $DE=0.68$), de $p=0.000$, de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$). No hubo diferencia con quienes viven en la calle ($M=1.00$, $DE=0.00$).

Se presentó diferencias en egoísmo, $F(2)=10.416$, $p=0.000$; con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), se observó que éstas estaban entre los adolescentes que viven en casa ($M=1.58$, $DE=0.48$) y los que viven en casa-calle ($M=1.93$, $DE=0.63$), $p=0.000$. No se encontró diferencia con los que sólo viven en la calle ($M=1.40$, $DE=0.00$).

En lo referente a los problemas por el consumo de alcohol, también hubo diferencias, $F(2)= 21.059$, $p=0.000$. La prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), muestra que se hallaron entre el grupo que vive en casa ($M=0.05$, $DE=0.10$) con el que vive en casa y calle ($M=0.16$, $DE=0.16$), $p=0.000$; no hubo con respecto al grupo que vive en calle ($M=0.00$, $DE=0.00$) (cuadro 8).

Cuadro 8

Diferencias por el lugar donde vive en las escalas conducta antisocial, amigos problemáticos, establecimiento de normas familiares, actividades delictivas, falta de responsabilidad social, conductas disruptivas y problemas por el consumo de alcohol

<i>Factores</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
	En casa	3.23 (2.30)		
Conducta antisocial	Parte en casa y parte en calle	4.91 (2.41)	$F(2)=12.103$	0.000
	En calle	6.00 (2.83)		
	En casa	0.85 (1.23)		
Amigos problemáticos	Parte en casa y parte en calle	1.86 (1.52)	$F(2)=13.799$	0.000
	En calle	0.00 (0.00)		
	En casa	5.44 (1.14)		
Establecimiento de normas familiares	Parte en casa y parte en calle	4.95 (1.57)	$F(2)=3.724$	0.024
	En calle	6.00(0.00)		
	En casa	0.87 (1.20)		
Actividades delictivas	Parte en casa y parte en calle	1.32 (1.29)	$F(2)=3.084$	0.047
	En calle	1.50 (2.12)		

<i>Factores</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Falta de responsabilidad social	En casa	1.31 (0.39)	F(2)=9.461	0.000
	Parte en casa y parte en calle	1.58 (0.68)		
	En calle	1.00 (0.00)		
Conductas disruptivas (Egoísmo)	En casa	1.58 (0.48)	F(2)=10.416	0.000
	Parte en casa y parte en calle	1.93 (0.63)		
	En calle	1.40 (0.00)		
Problemas por el consumo de alcohol	En casa	0.05 (0.10)	F(2)= 21.059	0.000
	Parte en casa y parte en calle	0.16 (0.16)		
	En calle	0.0 0.00)		

A7. Presencia del padre

Con respecto a la presencia del padre únicamente se hallaron diferencias en el factor de problemas por consumo de alcohol, $F(2)=5.098$, $p=0.006$, entre el grupo que no tenía padre ($M=0.11$,

$DE=0.15$) y el que sí tiene papá ($M=0.06$, $DE=0.10$), $p=0.005$, así como también con el grupo que tiene padre sustituto ($M=0.05$, $DE=0.95$), $p=0.030$, de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<.05$) (Ver cuadro 9).

Cuadro 9

Diferencias por presencia del padre en la escala problemas por el consumo de alcohol

<i>Factor</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Problemas por el consumo de alcohol	Tiene papá	0.06 (0.10)	F(2)=5.098	0.006
	Tiene papá sustituto	0.05 (0.95)		
	No tiene papá	0.11 (0.15)		

A8. Presencia de la madre

Se encontró diferencias por presencia de la madre en cuanto a la economía familiar, $F(2)=7.808$, $p=0.000$. La prueba post hoc de Tukey mostró diferencias ($p<0.05$) entre el grupo de participantes que tienen madre ($M=3.15$, $DE=0.54$) y el que no tiene madre ($M=2.40$, $DE=0.27$), $p=0.006$, así como con el grupo que tiene madre sustituta ($M=3.57$, $DE=0.44$), $p=0.040$. También se observó diferencias entre los adolescentes que tenían madre sustituta frente a los que no tenían mamá ($p=0.000$).

También se hallaron diferencias con respecto al establecimiento de las normas familiares, $F(2)=7.670$, $p=0.001$, entre quienes no tienen mamá ($M=3.40$, $DE=2.30$) con los que tienen madre ($M=5.43$, $DE=1.14$), $p=0.000$, y también con los que tienen mamá sustituta ($M=5.20$, $DE=1.93$), $p=0.014$, según la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$).

Con respecto al egoísmo también existen diferencias, $F(2)=2.157$, $p=0.043$, que de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), están entre el grupo que tiene mamá ($M=1.59$, $DE=0.49$) con el que no tiene ($M=2.12$, $DE=0.81$), $p=0.050$ (Véase cuadro 10).

Cuadro 10

Diferencias por presencia de la madre en las escalas de economía familiar, establecimiento de normas familiares y conducta disruptiva

<i>Factor</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Economía familiar	Tiene mamá	3.15 (0.54)	$F(2)=7.808$	$p=0.000$
	Tiene madre sustituta	3.57 (0.44)		
	No tiene mamá	2.40 (0.27)		
Establecimiento de normas familiares	Tiene mamá	5.43 (1.14)	$F(2)=7.670$	$p=0.001$
	Tiene madre sustituta	5.20 (1.93)		
	No tiene mamá	3.40 (2.30)		
Conducta disruptiva (Falta de responsabilidad social)	Tiene mamá	1.32 (0.41)	$F(2)=3.121$	$p=0.045$
	Tiene madre sustituta	1.48 (0.73)		
	No tiene mamá	1.73 (0.79)		

<i>Factor</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Conducta disruptiva (Egoísmo)	Tiene mamá	1.59 (0.49)	F(2)=2.157	p=0.043
	Tiene madre sustituta	1.74 (0.72)		
	No tiene mamá	1.28 0.81)		

A9. Residencia con padres

En la residencia de los adolescentes con sus padres se observaron diferencias con referencia a la conducta antisocial, $F(2)=3.334$, $p=0.036$. En cuanto a los amigos problemáticos, se pudo ver diferencias, $F(2)=5.290$, $p=0.005$, entre el grupo que sólo vive con uno de los padres ($M=1.19$, $DE=1.47$) y el que vive con ambos ($M=0.82$, $DE=1.19$), $p=0.008$, al contrario del que no vive con ninguno de ellos ($M=4.22$, $DE=2.11$), de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$).

Las diferencias también pudieron verse en cuanto a los problemas

emocionales, $F(2)=5.130$, $p=0.006$, entre quienes viven con ambos padres ($M=4.46$, $DE=3.90$) y quienes viven sólo con uno ($M=5.66$, $DE=4.43$), $p=0.007$, pero no con los que no viven con ninguno de ellos ($M=6.11$, $DE=5.09$), según la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$).

En cuanto al establecimiento de las normas familiares, las diferencias que se encontraron, $F(2)=10.878$, $p=0.000$, de acuerdo con la prueba de Tukey ($p<0.05$), fueron entre quienes viven con un solo padre ($M=5.04$, $DE=1.55$) y con ambos ($M=5.54$, $DE=1.00$), $p=0.000$, y no con los que viven sin ellos ($M=4.78$, $DE=1.72$) (cuadro 11).

Cuadro 11

Diferencias por residencia con los padres en las escalas de conducta antisocial, amigos problemáticos, problemas emocionales y establecimiento de normas familiares

<i>Factor</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Conducta antisocial	Con ninguno	4.22 (2.11)	F(2)=3.334	0.036
	Sólo con uno de los padres	3.74 (2.55)		
	Con ambos	3.22 (2.25)		

<i>Factor</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
	Con ninguno	1.44 (1.33)		
Amigos problemáticos	Sólo con uno de los padres	1.19 (1.47)	F(2)=5.290	0.005
	Con ambos	0.82 (1.19)		
	Con ninguno	6.11 (5.09)		
Problemas emocionales	Sólo con uno de los padres	5.66 (4.43)	F(2)=5.130	0.006
	Con ambos	4.46 (3.90)		
	Con ninguno	4.78 (1.72)		
Establecimiento de normas familiares	Sólo con uno de los padres	5.04 (1.55)	F(2)=10.878	0.000
	Con ambos	5.54 1.00)		

A10. Tipo de familia

Respecto del tipo de familia, se encontró que existen diferencias en cuanto a la conducta antisocial, $F(4)=3.336$, $p=0.010$. La prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), señala que están entre quienes tienen una familia nuclear monoparental ($M=4.15$, $DE=2.67$) y los que tienen una familia nuclear biparental ($M=3.27$, $DE=2.36$), $p=0.018$, así como con quienes tienen una familia extendida ($M=3.09$, $DE=2.05$), $p=0.008$; no hubo diferencias con respecto a quienes tienen una familia compuesta ($M=3.29$, $DE=1.64$) o sin núcleo ($M=4.22$, $DE=2.11$).

En amigos problemáticos sólo surgieron diferencias, $F(4)=2.536$,

$p=0.039$, entre el grupo con familiar nuclear biparental ($M=0.83$, $DE=1.21$), con el que tiene familia nuclear monoparental ($M=1.28$, $DE=1.50$), $p=0.033$, de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), pero no hubo diferencias en el grupo con familia extendida ($M=0.89$, $DE=1.23$), compuesta ($M=0.79$, $DE=1.19$) o sin núcleo ($M=1.44$, $DE=1.33$).

Se encontró diferencias en cuanto a los problemas emocionales, $F(4)=3.786$, $p=0.005$, con base en la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), entre el grupo que tiene familia nuclear biparental ($M=4.27$, $DE=3.78$) y la que tiene familia nuclear monoparental ($M=6.02$, $DE=4.83$), $p=0.004$, pero no con el de familia

extendida (M=5.08, DE=3.88), compuesta (M=5.29, DE=5.72) ni sin núcleo (M=6.11, DE=5.09).

En cuanto al establecimiento de las normas familiares se halló diferencias, $F(4)=4.697$, $p=0.001$. La prueba post hoc de Tukey ($p<.05$), muestra que las diferencias se encuentran entre los adolescentes con familia monoparental (M=5.04, DE=1.61) con los que tienen familia nuclear biparental (M=5.53, DE=0.98), $p=0.005$, y no con quienes tienen una familia extendida (M=5.42, DE=1.09), compuesta (M=4.79, DE=2.22) o sin núcleo (M=4.78, DE=1.72).

Las diferencias en cuanto a los problemas por el consumo de alcohol, $F(4)=2.863$, $p=0.023$, se observan entre los participantes que tienen familia nuclear monoparental (M=0.10, DE=0.14) con aquellos que tienen una familia nuclear biparental (M=0.06, DE=0.11), con una $p=0.011$; también con quienes tienen una familia extendida (M=0.05, DE=0.08), de $p=0.023$; y no con quienes tienen familia compuesta (M=0.06, DE=0.13) o sin núcleo (M=0.06, DE=0.08), de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<.05$) (Ver cuadro 12).

Cuadro 12

Diferencias por tipo de familia en las escalas de conducta antisocial, amigos problemáticos, problemas emocionales, establecimiento de normas familiares y problemas por el consumo de alcohol

<i>Factores</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Conducta antisocial	Nuclear biparental	3.27 (2.36)	$F(4)=3.336$	$p=0.010$
	Nuclear monoparental	4.15 (2.67)		
	Extendida	3.09 (2.05)		
	Compuesta	3.29 (1.64)		
	Sin núcleo	4.22 (2.11)		
Amigos problemáticos	Nuclear biparental	0.83 (1.21)	$F(4)=2.536$	$p=0.039$
	Nuclear monoparental	1.28 (1.50)		
	Extendida	0.89 (1.23)		
	Compuesta	0.79 (1.19)		
	Sin núcleo	1.44 (1.33)		

<i>Factores</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Problemas emocionales	Nuclear biparental	4.27 (3.78)	F(4)=3.786	p=0.005
	Nuclear monoparental	6.02 (4.83)		
	Extendida	5.08 (3.88)		
	Compuesta	5.29 (5.72)		
	Sin núcleo	6.11 (5.09)		
Establecimiento de normas familiares	Nuclear biparental	5.53 (0.98)	F(4)=4.697	p=0.001
	Nuclear monoparental	5.04 (1.61)		
	Extendida	5.42 (1.09)		
	Compuesta	4.79 (2.22)		
	Sin núcleo	4.78 (1.72)		
Problemas por el consumo de alcohol	Nuclear biparental	0.06 (0.11)	F(4)=2.863	p=0.023
	Nuclear monoparental	0.10 (0.14)		
	Extendida	0.05 (0.08)		
	Compuesta	0.06 (0.13)		
	Sin núcleo	0.06 (0.08)		

A11. Egoísmo

Aunque con respecto a este factor no se observó diferencias, con la prueba post hoc de Tukey ($p < .05$), se halló una diferencia significativa entre el grupo de participantes que tiene una familia nuclear biparental ($M=1.57$, $DE=0.49$), y los que tienen una familia nuclear monoparental ($M=1.74$, $DE=0.58$), con una $p=0.035$.

A12. Escolaridad del proveedor

Se observó diferencias por escolaridad del proveedor en cuanto a la economía familiar, $F(3)=13.118$, $p=0.000$. La prueba post hoc de Tukey mostró diferencias ($p < .05$) entre el grupo de jóvenes cuyo proveedor no tuvo educación formal ($M=2.71$, $DE=0.77$) con los que su proveedor tuvo educación superior ($M=3.33$, $DE=0.48$), $p=0.030$; además, se presentó diferencias entre el

grupo con proveedores de educación básica ($M=3.01$, $DE=0.57$) con aquellos cuyos proveedores tienen educación media ($M=3.22$, $DE=0.50$), $p=0.000$, y también con los que tienen proveedores con educación superior ($p=0.000$).

Respecto de la inseguridad en la colonia, $F(3)=4.162$, $p=0.006$, se encontró que existen diferencias entre el grupo cuyo proveedor tiene educación básica ($M=2.15$, $DE=0.57$) con el que su proveedor tiene educación superior ($M=1.96$, $DE=0.56$), $p=0.006$, de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$). No se encontraron diferencias entre los grupos sin educación formal ($M=2.27$, $DE=0.53$), ni de educación media ($M=2.04$, $DE=0.57$).

El análisis arrojó diferencias en cuanto a problemas emocionales, $F(3)=4.727$, $p=0.003$. La prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), indicó que las diferencias se encuentran entre el grupo cuyo proveedor no tiene educación formal ($M=11.00$, $DE=6.03$) con el grupo con proveedor de educación básica ($M=4.82$, $DE=4.31$), $p=0.002$; con el que su proveedor tiene educación media ($M=4.73$, $DE=3.82$), $p=0.001$; y, con el grupo cuyo proveedor cuenta con educación superior ($M=4.60$, $DE=3.92$), $p=0.001$.

Cuadro 13

En lo que concierne a las diferencias encontradas con respecto al establecimiento de normas familiares, $F(3)=3.599$, $p=0.013$, la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$), reveló que éstas se encuentran entre los jóvenes cuyos proveedores no tienen educación formal ($M=4.00$, $DE=1.90$) y los que sus proveedores tienen educación básica ($M=5.34$, $DE=1.26$), $p=0.030$; así como con el grupo cuyos proveedores tienen educación media ($M=5.46$, $DE=1.12$), $p=0.015$; y, además, con el grupo de adolescentes con proveedores de educación superior ($M=5.50$, $DE=1.02$), $p=0.012$.

Finalmente, respecto a la falta de responsabilidad social se hallaron diferencias, $F(3)=3.123$, $p=0.026$, entre el grupo de participantes cuyos proveedores no tienen educación formal ($M=1.83$, $DE=1.11$) con aquellos que los proveedores tienen educación superior ($M=1.33$, $DE=0.46$), $p=0.021$; con los que sus proveedores tienen una educación media ($M=1.32$, $DE=0.38$), $p=0.018$; y, finalmente, con el grupo de adolescentes cuyos proveedores cuentan con una escolaridad básica ($M=1.31$, $DE=0.40$), $p=0.013$, de acuerdo con la prueba post hoc de Tukey ($p<0.05$) (Véase cuadro 13).

Diferencias por nivel de escolaridad del proveedor en las escalas economía familiar, inseguridad en la colonia, problemas emocionales, establecimiento de normas familiares y conducta disruptiva

<i>Factores</i>	<i>Categoría</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Significancia</i>
Economía familiar	Sin educación formal	2.71 (0.77)	F(3)=13.118	p=0.000
	Educación básica	3.01 (0.57)		
	Educación media	3.22 (0.50)		
	Educación superior	3.33 (0.48)		
Inseguridad en la colonia	Sin educación formal	2.27 (0.53)	F(3)=4.162	p=0.006
	Educación básica	2.15 (0.57)		
	Educación media	2.04 (0.57)		
	Educación superior	1.96 (0.56)		
Problemas emocionales	Sin educación formal	11.00 (6.03)	F(3)=4.727	p=0.003
	Educación básica	4.82 (4.31)		
	Educación media	4.73 (3.82)		
	Educación superior	4.60 (3.92)		
Establecimiento de normas familiares	Sin educación formal	4.00 (1.90)	F(3)=3.599	p=0.013
	Educación básica	5.34 (1.26)		
	Educación media	5.46 (1.12)		
	Educación superior	5.50 (1.02)		
Conducta disruptiva (Falta de responsabilidad social)	Sin educación formal	1.83 (1.11)	F(3)=3.123	p=0.026
	Educación básica	1.31 (0.40)		
	Educación media	1.32 (0.38)		
	Educación superior	1.33 (0.46)		

E. Consumo de alcohol

E1. Consumo de alcohol alguna vez con sexo

Diferencias entre grupos con chi cuadrada

No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al

consumo de alcohol alguna vez en la vida, sin embargo un dato interesante fue que los hombres obtuvieron un porcentaje de 81.6% en el consumo de alcohol alguna vez en la vida y las mujeres de 77.7%. Se encontraron diferencias significativas en hombres 91.9% y mujeres 75.9% En cuanto al consumo de cerveza. Chi 19.222 (1) significancia 0.000. Se encontraron diferencias significativas en cuanto al consumo de pulque en hombres (37.2%) y mujeres (19%) chi 18.605 (1) significancia 0.000. Existen diferencias significativas entre hombres (18.9%) y mujeres (11%) con respecto al consumo de alcohol puro y aguardiente. Chi 5.172 (1) 0.023

Correlación:

Se encontró una correlación significativamente positiva entre la edad y la edad de inicio de consumo de alcohol. Lo que quiere decir que aumenta la probabilidad de consumo conforme aumenta la edad. $r=0.253$ sig. 0.000

Se encontró una correlación inversamente proporcional entre la edad de inicio de consumo de alcohol con consumir 5 o más copas en una sola ocasión. Lo que significa que a menor edad incrementa el consumo de copas en una sola ocasión. $r=-0.175$ sig. 0.000

Así mismo, hubo una relación positiva en el consumo de 5 o más copas en una sola ocasión con embriaguez. Lo que significa que a mayor copas aumenta la embriaguez ($r= 0.902$ sig. 0.000).

La frecuencia de emborrachamiento tiene una relación negativa significativa con la edad de inicio de consumo de alcohol. Lo que significa que a menor edad mayor frecuencia de embriaguez ($r= -0.200$ sig. 0.000).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hombres obtuvieron puntajes más altos en actos antisociales, lo cual se debe a que hombres y mujeres tienen diferentes significados según su género, como se hace referencia en la teoría; de igual manera, difieren los actos que se consideran antisociales en hombres y en mujeres (American Psychiatry Association, 2000).

Asimismo, los hombres puntuaron más en tener amigos problemáticos, conductas disruptivas y más tolerancia a la conducta antisocial. Por otro lado, las mujeres obtuvieron puntajes más elevados en cuanto a tener problemas emocionales.

También, se encontró una correlación entre edad e involucramiento

del padre, lo cual indica que a mayor edad menor es el involucramiento, y esto puede deberse a la etapa de desarrollo como es la adolescencia. Es fundamental propiciar más acercamiento parental hacia sus hijos para que no se involucren en conductas de riesgo, debido a la vulnerabilidad en esta etapa del ciclo de la vida (Villatoro *et al.*, 2011).

De igual manera, los jóvenes que tenían padres separados puntuaron más alto en consumo de alcohol, al igual que en conductas disruptivas. De tal manera, que se corrobora la importancia que tiene la familia en que los adolescentes tengan conductas de riesgo (Musitu *et al.*, 2007).

Un aspecto importante a mencionar es que ante la ausencia del padre, los adolescentes parecen ser más propensos al desarrollo de problemas por el consumo de alcohol. Por otra parte, en lo referente a la ausencia de la figura materna, también fue posible observar que ello tiende a generar deficiencias en el establecimiento de las normas familiares y el aumento de conductas disruptivas (egoísmo).

También se observó que existe una mayor proporción de adolescentes que establecen amistades problemáticas, conductas antisociales y problemas emocionales, cuando viven en una familia monoparental, lo cual coincide con la

teoría en cuanto a que los adolescentes en esta circunstancia presentan más conductas problemáticas (Jiménez, Musitu & Murgui, 2005).

Para finalizar, sería fundamental realizar investigaciones a profundidad con muestras similares, con el objetivo de conocer cómo influye la familia y saber si existen otros factores que intervienen para que se cometan actos antisociales y de esta forma poder prevenirlos.

Y de la misma manera, que los padres se involucren con los jóvenes en talleres para que de esta forma las dos partes tengan herramientas para mejorar la calidad del ambiente familiar y disminuir conflictos entre ellos y con la sociedad.

Limitaciones y sugerencias

Una de las limitaciones de este estudio que es importante tomar en cuenta es que sólo estamos observando el fenómeno en adolescentes dentro de dos escuelas de bachillerato, sería importante extender este estudio otras poblaciones y comparar si existen diferencias entre las muestras al presentar las mismas variables.

Asimismo, sería interesante realizar estudios en los distintos estados del país y, de esta manera, tener más

información acerca de este fenómeno. También en próximos estudios, se considera relevante ampliar los factores que influyen en las conductas antisociales para tener un panorama más extenso y así tener el conocimiento necesario para llevar a cabo una intervención adecuada de acuerdo con las necesidades de esta población.

De igual manera, se sugiere que se realicen estudios de tipo longitudinal con adolescentes para poder observar la forma cómo evolucionan en su conducta e

identificar la manera cómo intervienen los factores aquí estudiados a través del tiempo.

Otra de las limitaciones fue que el instrumento con que se realizó el estudio estaba construido con preguntas cerradas y, en su mayoría, dicotómicas, que limitaron la información sobre los aspectos evaluados, por lo que se sugiere realizar en futuras investigaciones entrevistas a profundidad para obtener más datos acerca de qué factores influyen para cometer actos antisociales.

2.1.2. Metodología cualitativa.

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN LAS RELACIONES DE PAREJA

Paola Carreño y Nancy Morales

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Esta investigación pretende reflexionar acerca de las relaciones de pareja y sus vivencias narradas desde su propia subjetividad, aportará nuevos elementos al estudio de la violencia de género en el campo de la prevención sanitaria. Este estudio pretende visibilizar los factores protectores como comunicación efectiva, manejo de emociones, manejo de conflicto, solución de problemas y la negociación para fomentar relaciones de pareja saludables, libres de violencia. El estudio cualitativo se llevó a cabo con 6 participantes, 3 mujeres y 3 hombres que oscilaban entre los 26 y 30 años, con nivel de escolaridad medio a superior. A quienes se les realizó una entrevista a profundidad acerca de sus experiencias en la interacción con sus parejas. El análisis arrojó 3 categorías para los factores protectores (identificación y manejo de emociones, manejo del conflicto y

comunicación efectiva) y 2 para los factores de riesgo (abuso emocional y mentiras/engaños). Las conclusiones del presente trabajo nos llevan a suponer que las parejas se encuentran en una etapa transicional en donde los roles de género rígidos se están modificando, dando cabida a nuevas formas de estar en la pareja.

ANTECEDENTES

De la Espriella (2008) define a la pareja como una unidad vincular con ciertos elementos diferentes a los de la familia. Sin embargo, la relación de pareja puede llegar a ser la más cercana que los seres humanos tengan en su vida.

Si bien las relaciones han sufrido transformaciones en los últimos cincuenta años es innegable que estamos inmersos en una sociedad patriarcal en donde se promueve la asignación de roles, en donde la mujer está ligada al cuidado del hogar, las tareas domésticas, la expresión de los sentimientos, debiendo ser comprensiva, dulce y sacrificada. En oposición, al hombre se le asocia con un rol productivo, proveedor económico de la familia, es quien debe tomar las decisiones por los demás, debe ser fuerte, competitivo, agresivo, reprimiendo sentimientos de debilidad, de afecto e irradiando seguridad (Delgado, Ecurra, Atalaya, Pequeña, Cuzcano, Álvarez & Rodríguez, 2013).

De tal manera la socialización, determina la manera de convivir en pareja, generando así factores de riesgo

que colocan a las mujeres en una posición vulnerable. Echeburúa y Amor (2010) indican que las diferencias de sexo condicionan el tipo de violencia experimentada, asimismo el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud señala que, aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas, la violencia es soportada en proporción abrumadora por mujeres e inflingida por hombres, de modo que la violencia de los varones hacia las mujeres tiene consecuencias sustancialmente más graves y se considera “justificada” por la cultura, la tradición y el supuesto derecho de los varones a disciplinar o controlar a sus parejas (Boch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012).

Desde la perspectiva de género la violencia no es una dificultad de las mujeres sino un problema para ellas, ya que viven en una sociedad androcéntrica, patriarcal que las inferioriza. La misma socialización masculina tradicional legitima el ejercicio de la violencia hacia las mujeres y si bien no son tantos los hombres (Bonino. 2004) que ejercen violencias “graves” como la física, la sexual y el acoso. La mayoría de ellos ejercen formas aún naturalizadas de

violencia, abuso y sexismo que en forma de microviolencias circulan como costumbres de la cotidianidad (Bonino, 2008).

La violencia psicológica (invisible/encubierta) acoso moral o microviolencia tiene la finalidad de agredir a alguien con burlas, sarcasmos, rumores, miradas e insinuaciones. Las personas que ejercen la violencia psicológica buscan poder, los otros u otras se vuelven objetos. Los individuos que sufren este tipo de agresiones comienzan a perder su dinamismo y entran en confusión y desequilibrio al no entender el comportamiento del agresor (Porrúa, Rodríguez-Carballeira, Almendros, Escartín, Martín-Peña & Saldaña, 2010; Hirigoyen, 2013).

Este tipo de violencia ha recibido menos atención en las investigaciones sobre violencia en la pareja, sin embargo, puede ser precursora de otras formas de violencia, ya que causa tanto daño a la salud física y mental de la víctima, como la violencia física, (Boch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012).

La mayoría de las investigaciones están centradas en la violencia física y son pocas las que se refieren a la violencia psicológica. De las existentes, la mayoría de ellas apuntan a estudiar el perfil de los maltratadores en el ámbito de

la pareja, se focalizan en evaluar las características y los discursos de aquellos definidos por diferentes autores según variadas clasificaciones que aluden especialmente a rasgos psicopatológicos y factores desencadenantes como el alcohol, drogas, etc. Se excluye no sólo a los que ejercen formas no delictivas de violencia en la pareja, sino también a los que no la ejercen pero la consienten o la minimizan, a los que la ejercen o toleran en otros ámbitos y a los individuos que naturalizan las desigualdades de género (Bonino, 2008).

Es por ello por lo que se decidió analizar los factores de riesgo en la pareja, ya que el no hablar de esta problemática contribuye a su invisibilidad y permite que los agresores no sean castigados. Aunado a esto las mujeres agredidas no tienen referentes para saber cómo reaccionar, para identificar hechos agresivos en su contra y así cortar el ciclo y la escalada de violencia, pues por la tendencia cultural respecto a su género consideran a estos eventos como triviales o algo que deben vivir o, incluso, padecer (Bonino, 2008).

Dados los diferentes formatos de ejercicio de la violencia, no existen hombres violentos y hombres no violentos hacia las mujeres como categorías dicotómicas. Todos los hombres se encuentran en un algún punto del

continuum violencia/ no violencia, y por eso todos ellos son y deben ser sujetos posibles de intervención en las estrategias de prevención (Bonino, 2008).

Por lo que el campo de acción debe ser mucho más amplio, no sólo tener en cuenta a los agresores, sino especialmente a aquellos que no lo son. Es necesario dirigirse a todo el colectivo masculino, ya que los hombres, de una u otra manera, por acción, omisión, complicidad, o indiferencia, son parte del problema de la existencia de la violencia de género, y por tanto, son parte de la solución (Bonino, 2008)

Las recomendaciones que se plantean para esta área apuntan a lograr que los hombres se convenzan de que dicha violencia no es un problema femenino, sino es una dificultad masculina que afecta a las mujeres por el hecho de serlo y habría que implicarlos en la erradicación de dicha violencia, así como alentarlos a desarrollar estrategias para actuar sobre la prevención y la promoción de la paz. (Bonino, 2008; Blázquez, Moreno & García-Baamonde, 2010).

Se han realizado diversas investigaciones donde se confirma el papel de las emociones positivas como elementos inhibidores de la violencia en la pareja. Se ha observado que la vida emocional por parte del individuo

determina el ajuste personal y social que le capacitará para enfrentar adaptativamente las demandas del medio. En este sentido, la inteligencia emocional es considerada como factor protector de la violencia en las relaciones de pareja, ya que, el identificar y manejar las emociones ayuda a lidiar con los conflictos de manera más eficiente por lo que es fundamental considerar las emociones individuales, para fomentar relaciones sanas (Blázquez, 2015; 2009).

Debido a la importancia que tienen las emociones dentro de las relaciones de pareja es fundamental conocer lo planteado por Goleman (1996, 1999, 2001), la inteligencia emocional tiene un componente intrapersonal y un componente interpersonal. Lo intrapersonal comprende las capacidades para la identificación, comprensión y control de las emociones en uno mismo, que se manifiestan en la autoconciencia y el autocontrol. El componente interpersonal, comprende a su vez la capacidad de identificar y comprender las emociones de las otras personas, lo que en psicología se denomina ser empático; y la capacidad de relacionarnos socialmente de una manera positiva; es decir, poseer habilidades sociales.

Asimismo, las habilidades sociales permiten vincularnos con los otros, crear nuevos vínculos, reforzar los existentes,

disfrutar y compartir el afecto. Igualmente, permiten manifestar necesidades y resolver conflictos: pedir lo que uno desea, poder decir que no, expresar opiniones, defender los derechos, pedir que el otro cambie su conducta, enfrentar críticas y hostilidad (Vivas, Gallego & González, 2007, Caballo, 1993).

Las emociones son reacciones a la información que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad de la reacción está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre cómo la información recibida va a afectar nuestro bienestar. En estas evaluaciones subjetivas intervienen conocimientos previos, creencias, objetivos personales, percepción de ambiente provocativo, etc. Una emoción depende de lo que es importante para nosotros (Vivas, Gallego & González, 2007).

Por lo cual, la autoconciencia emocional es la conciencia de los propios estados internos, recursos e intuiciones. Es reconocer las propias emociones y los efectos que éstas tienen sobre nuestro estado físico, comportamiento y pensamiento. Las personas dotadas de esta competencia saben qué sensaciones están sintiendo y por qué; comprenden los vínculos existentes entre sentimientos, pensamientos, palabras y acciones; conocen el modo en que sus sentimientos

influyen sobre las decisiones que toman y saben expresar sus emociones (Vivas, Gallego & González, 2007).

Una de las habilidades fundamentales de la inteligencia emocional es el adecuado manejo de las emociones en uno mismo. Tener una serie de habilidades que permitan a la persona hacerse cargo de la situación, tomar decisiones entre alternativas posibles y reaccionar de manera controlada ante los diversos acontecimientos de la vida (Vivas, Gallego & González, 2007). El autocontrol, así como, hacer uso de las emociones positivas puede ser enseñado y aprendido, de allí que sea uno de los objetivos de esta investigación conociendo su funcionamiento en el campo de las relaciones de pareja y promover relaciones saludables.

MÉTODO

Se realizó una investigación con metodología cualitativa; se exploró mediante las narrativas, las vivencias con respecto a las relaciones de pareja tanto los actos de violencia psicológica y el significado particular que se le da a cada hecho, así como los factores protectores que promueven las relaciones de pareja saludables. Se trabajó con un Diseño Narrativo en el que se recolectó y trató los datos cualitativos, mediante entrevistas a profundidad y su respectivo análisis. La

población con que se trabajó cuenta con las siguientes características: hombres y mujeres de 25 a 45 años, que hayan tenido o tengan una relación de pareja y que residan en el Distrito Federal.

Instrumento

Se utilizó una entrevista a profundidad.

Planteamiento del problema

La violencia psicológica o emocional ha recibido menos atención en las investigaciones sobre violencia en la pareja, pero causa tanto daño a la salud mental de la víctima como la violencia física y puede, además, ser precursora de otras formas de violencia. De tal manera, consideramos que la reflexión sobre la forma en que significan éstas vivencias desde su propia subjetividad, aportará nuevos elementos al estudio de la violencia psicológica en el campo de la prevención sanitaria. De igual manera, el investigar acerca de los factores protectores como identificación y manejo de emociones, manejo de conflicto y comunicación efectiva para fomentar relaciones de pareja saludables, libres de violencia.

Pregunta de investigación

- ¿Cómo interactúan los hombres y las mujeres de 25 a 45 años en las relaciones de pareja?

- ¿Cómo entienden la violencia los hombres y las mujeres?
- ¿Cómo los hombres y las mujeres normalizan la violencia en las relaciones de pareja?
- ¿Qué estilos de crianza propician la violencia psicológica en la relación de pareja?
- ¿Qué hacen las personas para mantener una relación de pareja saludable, libre de violencia?
- ¿Cómo se comunican las personas cuando su relación marcha bien?
- ¿Cómo solucionan conflictos hombres y mujeres?

Objetivo general

Conocer desde la perspectiva masculina y femenina la forma de interacción en la relación de pareja, para detectar factores de riesgo y protección, así como las condiciones contextuales que en su conjunto facilita y perpetúan la normalización de la violencia psicológica en la Ciudad de México, de igual manera conocer los factores protectores en las parejas como identificación y manejo de emociones, manejo de conflicto y comunicación efectiva.

Objetivos específicos

- Describir cómo los roles de género influyen en la normalización de la violencia psicológica.
- Conocer los factores que propician la violencia psicológica en la relación de pareja.
- Identificar los mecanismos que posibiliten desarticular la violencia psicológica con base en los procesos sociales y familiares.
- Conocer las acciones que realizan las personas para mantener una relación de pareja saludable.
- Identificar cómo es la comunicación de los hombres y las mujeres cuando su relación marcha bien.

Población

3 Hombres y 3 mujeres entre 26 y 30 años que hayan tenido o estén actualmente en una relación de pareja que residan en el Distrito Federal.

ANÁLISIS

Relaciones de pareja

La relación de pareja de un hombre y de una mujer que han sido educados bajo la mirada patriarcal, supone interpretar un papel aprendido es decir que cada integrante de la pareja tiene una idea preconcebida, un modelo ideal construido por creencias, expectativas, deseos y valores que son asumidos por cada

persona desde su género y papeles que han sido aprendidos (Pascual, 2010).

Por lo que en algunas ocasiones la convivencia en las relaciones de pareja puede ser frustrante y hasta dolorosa, sobre todo aquellas relaciones que están basadas en modelos tradicionales en donde la violencia psicológica predomina, ya que cada uno asume el rol fundamental de hombre y mujer legitimando la expresión de la violencia, aunado a esto la ideología sexista promueve el amor que fusiona, la necesidad de vivir en pareja y la obligación de ser madre o padre.

Sin embargo, muchas personas han comenzado a cuestionar estas ideas, sobre el “ser hombre” y “ser mujer” promoviendo un cambio en el modo de relacionarse hacia relaciones de pareja más saludables donde la individualidad no se coarte, donde se hable, se pueda solicitar y se construya relaciones libres de violencia.

Factores de riesgo

-Roles de género

Lamas (2000) menciona que el género es una construcción simbólica, establecida desde los datos biológicos de la diferenciación sexual, siendo la capacidad de ser madres lo que marca sin duda la diferencia entre hombres y mujeres. A partir de esto se da una asignación sexual vinculada con el aprendizaje de

conductas y el desarrollo de roles ya sea masculinos o femeninos.

Al ser la familia la institución principal en donde la vida emocional se conforma, la actitud de los padres de *Damaris* y *Armando*, influyó en la conformación de su identidad, mostrando la importancia de mantener roles de género rígidos, sobre cómo ser hombre y ser mujer.

Damaris: Mi mamá hacia toda la limpieza...y mi papá trabajando casi todo el tiempo y cuando inicio la maestría por primera vez... empezamos a verlo menos porque entró a la maestría y demás, creo que ninguno de los dos nos conocemos muy bien y lo ha dicho, incluso yo también

Armando: las cosas, las hacia mi mamá, lavar ropa, hacer de comer, lavar los trastes...bueno mi mamá es de las persona que les gusta absorber ese rol y digo les gusta, porque en algún momento no te lo permitía, si llegó un punto en el que bueno ya más grandes, si nos decía ustedes háganse sus cosas, lo que tengan, pero al menos de chico, eh, la tendencia era que ella hacia todo

De tal manera la familia juega un papel fundamental en las primeras etapas de vida, es en este espacio en donde las personas son asignadas a una categoría sexual y se aprende como actuar si se es hombre o mujer y se internaliza. (Lamas, 2000).

Sin embargo, son innegables las transformaciones que hay en los roles de género al tiempo que se da una creciente ideología que puntualiza la equidad entre la convivencia entre hombres y mujeres, hechos que impactaron en las dinámica familiar de *Samanta*, *Dana*, *Daniel* y *Ulises*, teniendo un efecto en la convivencia y en la forma de construir la identidad propia (Rocha, 2013).

David: Mi mamá fue siempre ama de casa, está ahí; hasta el 2000 después del 2000 se cansó de estar en la casa y dijo voy a trabajar y se fue a trabajar... Fíjate que a nosotros sí, de hecho aquí iba con esto de las tareas, porque cuando pasa esto, fue una bronca al principio, porque yo me acuerdo que mi mamá le dijo a mi papá “ellos van a lavar trastes, van a ayudarme con el mandado, tu hija va a barrer” y yo me acuerdo que lo dijo enfrente de nosotros “ellos son hombres y ella es la señorita” y él dijo “al ratito hablamos”, yo pensé “ya no vamos a hacer tareas, todo lo va a hacer mi mamá”, pero es lo que te digo nunca pelearon enfrente de nosotros, ellos decían que lo iban a arreglar.

Samanta: mi papá trabajaba dos turnos, él se iba de la casa como a las 5 de la mañana y regresaba como hasta las 11 de la noche, entonces a él casi no lo veíamos más que los domingos y mi mamá antes cuando yo estaba más chica trabajaba en Chiconcuac... cuando mi mamá no estaba él nos peinaba, ¡bueno a mí! me peinaba y nos daba de desayunar, que

siempre era huevo porque no más, no le salía otra cosa

Dana: En mi familia las cosas son como que siempre cada quien tiene un qué hacer, entonces mi papá podía lavar y mi mamá podía lavar, se organizaban siempre de los quehaceres, de la comida; los dos sabían cocinar, mi papá sabía cocinar más que mi mamá.

De esta manera, desde muy temprano, la familia colabora para generar un sistema de valores y normas entre ambos sexos, asentando así tanto la identidad como el rol de género. Las reglas sociales generan de manera clara las expectativas relacionadas con los roles que las personas deben asumir. Igualmente, la idea que se tiene sobre el rol que se debe asumir en las relaciones de pareja está condicionada en gran medida por la sociedad (Fernández, 2006)

Armando: creo que aquí tiene mucho que ver la forma en que ambos crecieron, eh, de parte de mi papá se me hace muy curioso, él, bueno la forma en que era mi abuelita con él, siempre en algún momento llegó a ser muy marcada, en cómo es hombre no puede hacer nada ¿no? Y en la medida en cómo iba creciendo mi papá, la tendencia era más la hermana, hermana has esto, hermana has aquello, eso se ve reflejado en la familia. De parte de mi mamá, pues igual... parece ser y a la fecha, eh, si tiene esa tendencia de

mantener el orden en la casa, a hacer las cosas, lavar, hacer la comida

Ulises: mi familia es tradicional pero no tradicional, pues a lo mejor las tradicionales es cuando la carga la lleva sólo una persona, que generalmente son las madres las que hacen todo, las que se encargan de todo, hasta de lo más mínimo. Si bien ella siempre es la que está en la casa y a lo mejor le toca hacer como la comida y eso, pues las tareas que nos atañen a todos son de todos no nada más de ella, y si por ejemplo ella tiene que trabajar, pues trabaja y nadie se mete con su chamba, ni con su espacio en general es así, si ella necesita estar fuera porque va a estudiar algo y así pues lo hace y sin bronca

La familia, por tanto, es el principal eslabón del proceso de tipificación sexual dado que es formadora por excelencia y de difícil sustitución. Delimitando las normas de comportamiento y dejando claras las expectativas sociales hacia cada sexo, es por ello que las vivencias familiares de los y las participantes han sido fundamentales para poder entender la manera en que convergen los factores culturales y sociales en las relaciones de pareja.

Violencia psicológica

La violencia psicológica de género, es una forma encubierta de agresión y coerción, por lo poco observable y comprobable de sus secuelas, y, por tanto, su difícil detección. Su uso refleja, en muchas

ocasiones, las relaciones de poder que jerarquizan y colocan lo masculino como eje de toda experiencia (Pérez y Hernández, 2009).

Abuso emocional

De acuerdo a Porrúa, Rodríguez-Carballeira, Almendros, Escartín, Martín-Peña y Saldaña (2010) el abuso emocional es la estrategia más coercitiva con mayor fuerza o gravedad. Está vinculado a abusos u omisiones destinadas a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la mujer por medio de la intimidación, manipulación, amenazas directas o indirectas, humillación, aislamiento, o cualquier otra conducta que implique un perjuicio a la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

Estos actos conllevan a la desvalorización o sufrimiento en las mujeres, se manifiesta en la exigencia a la obediencia, tratar de convencer a la víctima de que ella es culpable de cualquier problema. Incluye expresiones verbales como: insultos, gritos, menosprecio a su vida pasada, a su persona, a la forma en que se viste. *Samanta, Damaris y Dana* comparten estas vivencias reflejo de las relaciones de poder que jerarquizan y colocan lo masculino como eje de toda

experiencia en el saber y el quehacer a escala social (Ferrer, 2010).

Samanta: Cuando me gritaba me quedaba como...porque un día me grito por algo, por una extraña razón que no recuerdo, creo que no me quise quedar con él, yo creo que él ya estaba tan harto de no poder tener relaciones conmigo, que yo no quería, porque siempre me decía, lo disfrazaba de un ¿Por qué no te quedas conmigo? Ay era obvio ¿no? Entons luego me decía es que ¡ya crece Samanta!, ¡ya estas grande! O sea me grito así como tan feo, que me quede sólo viéndolo como...casi, casi pidiéndole yo disculpas por mi actitud, cuando a lo mejor no era yo la del problema

Damaris: él empezó a atosigarme con muchos mensajes y si había molestia sino lo contestaba. Al principio se me hacía algo bonito, decía está bien hasta que fueron demasiados; de por sí yo le cuestionaba ¿porque tantos?, ¿qué piensas que estoy haciendo o porque la insistencia? Si no te contesto es que estoy ocupada, por el tono en que lo decía: ¡haz de estar ocupada, por eso no contestas!

Dana: Siempre estaba compitiendo conmigo, entonces como yo en la vida es lo hago porque me gusta no por competir pues me salían las cosas y entonces él se frustraba. Dos años estuvimos bien, resolvíamos problemas, a veces mal, nos mandábamos a la fregada, pero ya no hablábamos y tratábamos pero él se desesperaba así como rápido y a ver “tranquilo, ósea escríbelo” así

como dando soluciones y seguimos avanzando pero ya eran jalones, me aventaba cosas, ósea ya eran como cosas muy fuertes y como que ahí fue: a mí nadie me va a volver a hacer esto. En vez de decir ya se acabó que te vaya bien como que entré así de ahora yo también te hago, entonces ya me bajaba del carro, le gritaba, cosas así raras y siempre me sentía culpable porque decía "es que yo no soy así" y después le pedía perdón...

Asimismo, se expresa por omisión: dejar de hablarle, silencios prolongados, hacer que no escucha o no entiende; además, a través del lenguaje extra verbal: gestos de rechazo, miradas agresivas y mediante la manifestación de los celos. *Armando y Ulises* narran haber ejercido este tipo de abuso emocional, sin embargo el reconocimiento del mismo lleva a generar cambios dentro de las relaciones de pareja, volviéndose protagonista del cambio (Pérez y Hernández, 2009).

Armando: yo era una persona exageradamente celosa, eh, tuve muchos problemas por eso, me enojaba de todo, no me parecían ciertas cosas... Al menos en la escuela, me gustaba estar mucho con ella, quería estar con ella y en algún momento si me decía es que estoy con mis amigos... pero yo si dejaba a mis cuates por estar con ella. Al menos en ese momento para mí si era: ¡es que yo estoy dejando mucho por estar contigo! Pero ya después entendí que cada quien estuviera por su lado; si hubiera esa parte de

necesidad de estar juntos, vernos... muy tarde, lamentablemente muy tarde.

Ulises: A Jessi sí la celé, con Anel ya no, como que si de repente de "oye quién ese ese porque te ve así" pero no, una o dos veces pero fue así como de qué pedo nada más... los celos son una conducta a veces agresiva y con Jessi si fui en algún momento muy celoso, de ¿Qué? ¿Quién es este wey? ¿Qué seguro estás con él? y pues eso invade a la persona; y era de "no que seguro si" aunque me estuviera diciendo que no. Es una conducta que a lo mejor si tuve con Jessica muy repetitiva, los celos y si a lo mejor si estaba alguien, pero pues no está bien

Este maltrato quebranta la integridad psíquica y emocional de la víctima; el agresor manifiesta comportamientos ofensivos e indiferencia constante frente a esta situación. Esta violencia no es tan visible como la física y es más difícil de demostrar. Muchas veces la víctima no la identifica sino que la justifica como propia del carácter del agresor. *Damaris y Samanta* al ser víctimas de este tipo de agresiones, no podían ver la agresión a la que estaban expuestas justificando las conductas de sus parejas (Cuervo y Martínez, 2013)

Damaris: ¿Llegó a ser agresivo alguna vez contigo? ¡No, jamás! De hecho era bastante sensible, siempre que estábamos así, pues él... la última vez él se puso a llorar, menciono

que yo había confundido todo y que yo si había hecho eso, o sea tenía una relación sexual con alguien más o con algunos más y él no lo había hecho

Samanta: Cuando estaba con sus amigos se portaba bien y siempre me hacía ver como que yo era muy payasa; entonces por ejemplo su hermano, no me toleraba porque decía que yo me creía mucho, que yo me sentía, o sea me hacía ver así como muy mal, pero enfrente de mis amigos si era así como me hablaba mal. Entons esa vez si le reclame, ¿qué te haces? el otro día te vi así y así, y lo único que me contesto fue y ¿Qué quieres que haga? Soy hombre tengo necesidades ¿Qué? Me quede callada.

Dana: él siempre se moderaba, pero ahí ya estaba muy mal y era como...fue horrible porque llegamos nos sentimos incomodas, pero vimos otros amigos y nos sacan a bailar y entonces vimos que las cosas no estaban tan padres porque todos ya estaban como muy ebrios y luego cuando partimos el pastel fue como "Hay que se besen" y yo así de: "no, claro que no, ósea no andábamos, y entonces le dije que no. No, no lo voy a besar, no andamos" pero así abierto, y él se súper prendió, entonces se prendió y me dijo: "no me vas a hacer estas chingaderas" y yo así ¿qué pedo? y fue vámonos ya, entonces agarramos las cosas, nos salimos Ósea cuando vi la escena de él haciéndole eso a otras mujeres, ósea ¿eso me lo hace a mí y ahora también permito que se lo haga a personas que me aprecian? ósea no puedo permitir eso y ya

terminamos, no regresé nunca jamás en la vida, nunca le hablé, lo borré, lo eliminé y todo.

Al abusar emocionalmente de otros se implementan acciones como rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, poner en tela de juicio la cordura de la víctima, gestos o gritos, lanzamiento de objetos, cambios bruscos y desconcertantes de ánimo, tratar al otro como inferior o tomar las decisiones importantes sin consultarle. De tal manera *Samanta* y *Dana* vivieron en sus distintas modalidades violencia psicológica, mostrando la (Cuervo y Martínez, 2013)

Samanta: Me decía que ya no podía andar conmigo porque no le veía el caso, porque yo nunca iba a cambiar. Siempre me decía que yo, yo era la del pedo y pues yo llegaba llorando. Él siempre fue muy mala onda, de hecho la última vez que nos vimos yo ya no te quiero, cuando te quise tú fuiste malo y me pusiste el cuerno, yo vi tales mensajes y yo te escuche hablando por teléfono, yo te vi, entonces ya le grite todo y él lo único que hace es poner su cara de menso, negarlo, llorar y decir que me quiere mucho, que no puede vivir sin mí, que le dé una oportunidad, que va a cambiar, y que va a cambiar

Dana: seguimos avanzando pero ya eran jalones, me aventaba cosas, ósea ya eran como cosas muy fuertes y como que ahí fue: a mí nadie me va a volver a hacer esto. En vez

de decir ya se acabó que te vaya bien como que entré así de ahora yo también te hago, entonces ya me bajaba del carro, le gritaba, cosas así raras y siempre me sentía culpable porque decía "es que yo no soy así" y después le pedía perdón y todo ese ciclo de violencia, así.

A partir de las vivencias de los y las participantes podemos observar como las relaciones siguen permeadas por ideologías sexistas, pero al mismo tiempo se pueden observar cambios significativos en los varones al reconocer que también ejercen la misma, generando modificaciones en la convivencia con sus parejas.

Mentiras- Engaños

De acuerdo a Ferrer, Bosch, Navarro, Ramis y García (2008) las mentiras o engaños en la relación de pareja son consideradas violencia psicológica, Bonino (2008) refiere a estas como micromachismos encubiertos, es decir conductas sutiles y cotidianas que constituyen estrategias de control, que atenta contra la autonomía de la persona.
Damaris, Dana y Samanta

Damaris: Tres años fueron así súper bien y después te enteras de que te está engañando. Una de sus ex relaciones me contacto pues para decirme que había pasado con ellos dos y pues si sembró duda en mí y me metí a su Facebook, yo primero le pregunte, y me negó

todo pero me daba datos que no podían ser eran falsos, porque era bastante concretos con lo que yo estaba viendo, ella me decía que se veían los domingos y él siempre me decía que los domingos no podía por una u otra cosa o no sé, jueguitos así de pareja, tenían unas ranas y según eran sus bebés y sí, yo conocí a esas ranas, entonces como que si me empezó a meter ruido y me metí y si efectivamente, vi todo lo que estaba pasando, ya después, este, se arregló y seguíamos juntos pese a eso

Samanta: ¡me puso el cuernote! Es que yo me fui a Cancún de vacaciones y cuando regrese, este, fuimos a una fiesta del pueblo y andaba con otra chava, así muy tranquilamente y ya después fue como su choro, porque yo me había ido, o sea tontería y media. Yo no le volví hablar después entre a la prepa, paso un tiempo, después de unos años nos volvimos a ver, porque yo después dejé de ir al pueblo como entre a la prepa y ya tenía cosas que hacer tareas y eso, ya no iba casi al pueblo, pero entonces cuando iba lo volvía a ver y ahí es cuando, dije pues bueno, vamos a ver!! Cuando tenía como 17... y según lo estábamos intentando pero volvió a lo mismo que quería que nos casáramos, bueno ni casarme que me fuera con él nada más, entonces haz de cuenta que fuimos una vez a Cancún, una en diciembre y al otro año volvimos ir a Cancún, pero esta vez nos tardamos más tiempo porque fuimos en la camioneta, pues nos tardamos como un mes haya todas las vacaciones de diciembre-enero y cuando regrese ya se había juntado con otra muchacha

Algunas de estas maniobras son tan sutiles que pasan desapercibidas este tipo de actuaciones impiden el pensamiento y la acción eficaz de la mujer, llevándola en la dirección elegida por el hombre y aprovechan su dependencia afectiva y su pensamiento "confiado", provocando en ella sentimientos de desvalimiento, confusión, culpa y dudas que favorecen el descenso de la autoestima y la auto-confianza.

Factores protectores

Habilidades sociales

Las habilidades sociales se asocian con comportamientos emocionales o conductuales que se manifiestan en las relaciones interpersonales y que se caracterizan por ser aceptados socialmente en una determinada cultura. Están referidas a determinados contextos, es decir una misma conducta puede ser adecuada en una situación concreta pero totalmente inadecuada en otro contexto. Son conductas aprendidas para relacionarse socialmente y pueden mejorarse a través del aprendizaje intencionado. Las habilidades sociales permiten vincularnos con los otros, crear nuevos vínculos, reforzar los existentes, disfrutar y compartir el afecto. Igualmente, permiten manifestar necesidades y

resolver conflictos: pedir lo que uno desea, poder decir que no, expresar opiniones, defender los derechos, pedir que el otro cambie su conducta, enfrentar críticas y hostilidad (Vivas, Gallego & González, 2007, Caballo, 1993).

Los elementos de las habilidades sociales que se utilizaron en esta investigación fueron: Identificación y manejo de emociones, Manejo del conflicto y comunicación efectiva.

Identificación y Manejo de emociones

La autoconciencia emocional es la conciencia de los propios estados internos, recursos e intuiciones. Es reconocer las propias emociones y los efectos que éstas tienen sobre nuestro estado físico, comportamiento y pensamiento. Las personas dotadas de esta competencia saben qué sensaciones están sintiendo y por qué; comprenden los vínculos existentes entre sentimientos, pensamientos, palabras y acciones; conocen el modo en que sus sentimientos influyen sobre las decisiones que toman y saben expresar sus emociones. Una de las habilidades fundamentales de la inteligencia emocional es el adecuado manejo de las emociones en uno mismo, también llamada autocontrol emocional. se refiere a cómo manejarlas, regularlas o transformarlas si es necesario. Supone

poseer una serie de habilidades que permitan a la persona hacerse cargo de la situación, tomar decisiones entre alternativas posibles y reaccionar de manera controlada ante los diversos acontecimientos de la vida (Vivas, Gallego & González, 2007).

David mencionó como le decía a su pareja las sugerencias que tenía cuando ambos o alguno de los dos se enojaba: “yo cuando me enojo puedo ser un desgraciado y desgraciado porque puedo decir cosas hirientes o puedo hacer jetas como no te imaginas, pero porque estoy encabronado, que te parece que cuando me enojé me das mi espacio, me voy a fumar mi cigarrito ahí a la calle y luego lo resolvemos, qué quieres que haga cuando tú estés enojada “no pues también dame mi espacio” y ya chido.

Damaris comenta “tuvimos una discusión bastante fuerte y yo le dije él estaba ahí conmigo todo el tiempo, ahorita estoy enojada no quiero que termine esto mal, mejor dame tiempo...”

En estos fragmentos podemos observar que tanto David como Damaris podían identificar cuando se enojaban y la forma de manejarlo era salirse de la situación que los estaba incomodando para calmarse y después regresar a hablar las cosas con su pareja, crear un espacio para manejar las emociones de una manera que no dañe a su pareja.

Manejo del conflicto

La resolución de conflictos: Es la capacidad de negociar y de resolver conflictos. Las personas dotadas de estas competencias: Manejan a las personas difíciles y a las situaciones tensas con diplomacia y tacto, reconocen los posibles conflictos, sacan a la luz los desacuerdos y fomentan la disminución de las tensiones y, buscan el modo de llegar a soluciones que satisfagan plenamente a todos los implicados (Vivas, Gallego & González, 2007).

David y su pareja hicieron acuerdos para repartirse las labores domésticas menciona: “a mí me tocaba la comida, lavar y planchar. Lo cual los ayudaba a que no fuera un tema de discusión y pudieran tener un ambiente más armónico en su hogar.

Por otro lado, David refiere: “cuando hablamos de las discusiones que ya sabíamos los dos que nos empezaba a calentar la cabeza, ya sea ella o yo era, ahorita regresamos, “yo me voy a fumar mi cigarro, déjame aquí solo” y ella lo que hacía era prender la televisión. Y ya después lo podíamos platicar”

Con relación a lo que nos dijo David pudimos observar que para su relación de pareja era importante hacer negociaciones previas, para anticipar un conflicto, como fue dividirse las tareas y

acordar que iba a hacer cada uno cuando sintieran que se estaban enojando.

De igual manera, con Ulises se identificó que cuando realizaba acuerdos con su pareja su relación iba mejor, no caían en discusiones que desembocaran en enojos. Otro elemento importante que nos menciono fue el no centrarse en una solución al problema, si no, dar más opciones de soluciones para poderlo ver desde otra perspectiva.

“decíamos bueno vamos a hacer esto a lo mejor un fin no te veo, pero el domingo si o el viernes sí y el sábado no y ya así nos poníamos de acuerdo, “qué vas a hacer tú” – “no que me invito una amiga” – “pues ve con tu amiga yo quería verte pero sino el sábado” y luego es que el sábado no sé qué y al final bueno sí; y llegábamos a un acuerdo y así le hacíamos, esa etapa estuvo bien cuando arreglábamos las cosas así”

Ulises también mencionó: “Lo que más funcionaba cuando había un conflicto era platicarlo, platicarlo no a lo mejor inmediatamente ni mucho tiempo, sino dos cuatro, cinco minutos, platicarlo y ya, y ya no tocarlo más, ya no otra vez lo que habíamos platicado lo platicamos y ya, llegábamos a un acuerdo”. Asimismo, “ser conciliador, como encontrarle solución y no pedos, que si la otra persona se enoja, ósea sí pero estás perdiendo de vista a lo mejor esto, como dar más alternativas que problemas, ósea como no encontrar un problema sino encontrar realmente una solución a algo, si está esto y

tú ya estás enojada porque no se va a hacer esto porque no mejor lo ves de otra forma y le das otra perspectiva y así; como buscar soluciones, como que esa parte a lo mejor es lo que ayuda más, como de no enojarme de no caer a lo mejor en un juego de enojo y dejar que se den las cosas”

De igual forma, Ulises comentó: “Pues así de que hables directamente que no dejes pasar mucho tiempo, porque al menos ese tipo de conflictos a mí me ha funcionado solucionarlos así, me enojó sí, a lo mejor estoy emputado ahorita, pero lo platico no dejo que se acumule, sino que lo platicas se soluciona y no lo repites y ya, si se repite es como “ya habíamos hablado de esto” y ya así es cierto, está bien. A lo mejor esas partes de conflicto si se me hace que esa solución si me ha servido”

Por otro lado, Damaris menciona que “cuando no tengo un buen día, el me da tiempo, o sea habla conmigo y me dice si ya sé que estas enojadas, te dejo para que no te molestes, pero sabes que estoy aquí contigo; aunque estés enojada no te voy a dejar, sólo te estoy dando un espacio para que no te sientas sofocada y eso es...”

“tuvimos una discusión bastante fuerte y yo le dije él estaba ahí conmigo todo el tiempo, ahorita estoy enojada no quiero que termine esto mal, mejor dame tiempo... él me preguntó, ¿de qué forma te doy el tiempo? Y le dije pues nada más aléjate tantito, déjame sola es la manera en que por el momento se puede arreglar eso”

“cada que tenemos una pelea o discusión él habla conmigo y me dice, en tono muy tranquilo como le gustaría que fuera”

“él nunca ha visto mis mensajes ni nada, siempre es muy respetuoso con eso”

Con estos fragmentos nos podemos dar cuenta que, dependiendo de las necesidades de los integrantes de las parejas, se van estableciendo formas para la resolución de conflictos, en el caso de Damaris, identifican cuando el conflicto está más fuerte y deciden crear un espacio para procesar los sucesos que hicieron que se enojaran, para Damaris es importante el espacio para posteriormente poder hablarlo y dar propuestas para llevar a cabo en la resolución del problema. También el respeto del uno al otro y a su intimidad.

Comunicación efectiva

La comunicación efectiva es cuando expresamos nuestras ideas, pensamientos, preferencias u opiniones; cuando hacemos valer nuestros derechos de una manera clara, directa, firme, honesta, apropiada, sin agredir y respetando los derechos de las otras personas. En la práctica, esto supone el desarrollo de la capacidad para: expresar sentimientos y deseos positivos y negativos de una forma eficaz, sin negar o menospreciar los derechos de los

demás y sin crear o sentir vergüenza (Vivas, Gallego & González, 2007).

La habilidad de la comunicación efectiva proporciona dos importantes beneficios: incrementa el auto respeto y la satisfacción de hacer alguna cosa con la suficiente capacidad para aumentar la confianza, la aceptación y el respeto de los demás, en el sentido de que se hace un reconocimiento de la capacidad de uno mismo de afirmar los derechos personales (Vivas, Gallego & González, 2007).

Damaris refiere que “él se comporta de diferente manera conmigo más cercano y más amable, más interesado en mis cosas que pasan, siempre que me marca me pregunta ¿Cómo estás? “

“reconoce cuando estoy pasando un mal día en el trabajo, es cercano a mi familia, se ha acercado a todos ellos, hasta a los no tan cercanos como primos, se ha acercado... cada que hay una reunión lo invito y accede, bueno no accede, siempre quiere ir, no como el anterior que nunca quería ir conmigo”.

“de hecho es muchas veces cada que tenemos una pelea o discusión él habla conmigo y me dice, en tono muy tranquilo como le gustaría que fuera”

Armando menciona que “hacerle ver a esta persona que realmente es tu máximo, es imposible ser o hacer todo, es imposible,

pero...tanto así con palabras es difícil mencionar que es lo que se debe y no se debe hacer, no, no podría, son cuestiones que se viven, que en el momento sabes que tienes que hacer, como te repito, bueno como te dije que no falte esa parte de cariño, esa parte de dulzura, del detalle”

“de ahí viene mi entrega, mi sinceridad, mi honestidad, porque creo que, si les doy su lugar, no hago más que darles el lugar que tienen para mí”

Asimismo, Ulises comenta que “La confianza, tener confianza en la otra persona, la solidaridad para mí es importante, esa parte también, apoyarse para que esto crezca, no nada más de amor se vive, alimentarnos espiritualmente para que crezcamos juntos, crear lazos con la otra persona. Que te puedas llevar bien con la otra persona, que tengan cosas en común, no todas, no me imagino una persona con la que puedas estar de acuerdo en todo, pero tampoco una persona en la que sea tan marcada la diferencia creo que eso tampoco”

Con estos testimonios es posible detectar que la comunicación efectiva incluye la forma en que son dichas las cosas, la cercanía que tiene en la pareja, la capacidad de expresar la importancia que tiene la pareja en sus vidas, las muestras de afecto, el estar en constante comunicación de cómo se sienten en la relación, así como el respeto, confianza, el apoyo mutuo, tener proyectos en común y similitudes en cuanto a gustos que les permita compartir espacios para sentirse bien en la relación.

De acuerdo al análisis realizado se pudo observar la diversidad de factores que influyen en las relaciones de pareja y la influencia que tiene cada uno, para generar relaciones saludables o violentas de pareja (Ver figura 1).

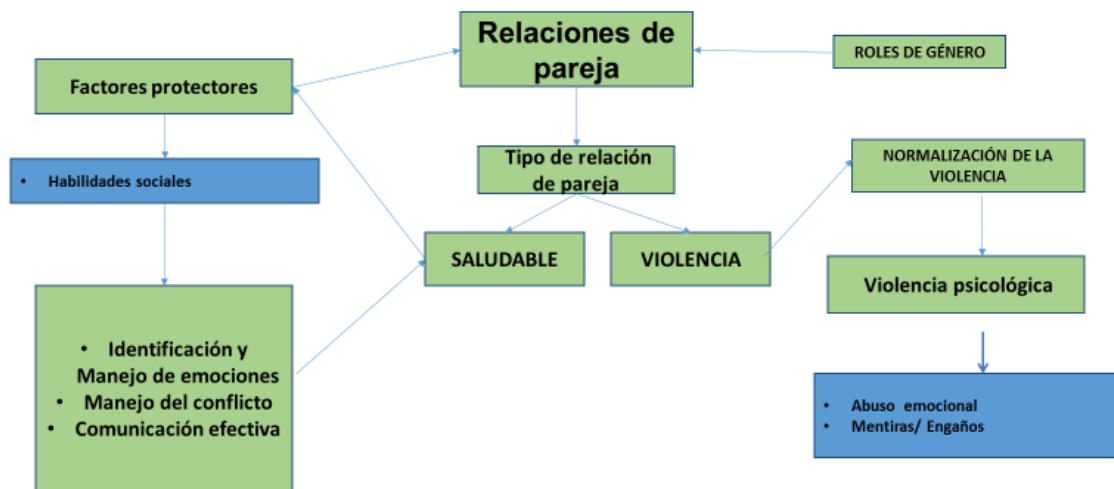


Figura1. Modelo relaciones de pareja.

DISCUSIÓN

Las relaciones de pareja se han ido modificando a lo largo del tiempo, debido al impacto que la globalización ha tenido en la vida de las personas, sin embargo la desigualdad sigue prevaleciendo, si bien los discursos que se enuncian son políticamente correctos en cuanto a la igualdad de oportunidades que hoy en día existen, el poder dentro de las parejas sigue siendo desigual y asimétrico (Burín, 2007).

Claro ejemplo de ellos son las relaciones descritas en esta investigación, en donde las participantes narran diversas experiencias en donde el abuso emocional fue parte de sus relaciones, sin embargo este tipo de violencia ha sido tan

poco visibilizada que las personas no se percatan de la violencia, lo que las lleva a justificarla.

“La violencia y los malos tratos han formado parte de la vida cotidiana de las mujeres a lo largo de la historia. Pero esta violencia estaba normalizada y naturalizada, por lo que era invisible, no tenía reconocimiento, y por tanto estaba silenciada y oculta” (Nogueiras, 2005, p.39).

Es por ello que este fenómeno social tiene gran relevancia ya que la violencia psicológica ha mostrado ser un predictor de la violencia física, dado que esta se produce en fases posteriores de la relación, es por ello que se vuelve indispensable trabajar y prevenir este tipo

de agresión, no sólo trabajando con las mujeres sino con aquellos varones que son los que la ejercen.

A partir de las narraciones de los y las participantes podemos observar como el mantener ideas sexistas se vuelve un factor de riesgo en las relaciones, ya que el que la violencia sea ejercida por la pareja coloca a las mujeres en una situación vulnerable, Delgado, Escurra, Atalaya, Pequeña, Cuzcano, Ivarez & Rodríguez (2013) plantean esta problemática resultado de una estructura social en donde estos roles son interiorizados a lo largo de la vida de los seres humanos.

Esto coincide con lo descrito por los participantes, ya que la educación brindada en sus familias influyó sobremanera en la conformación de su identidad y en la transmisión de roles, contribuyendo a perpetuar esquemas ya que es al interior de estas donde se aprende la división sexual, lo que determina la manera de comportarse de las personas.

Es así como la familia es parte fundamental en la formación de los seres humanos, es por ello que Lamas (2000) reitera que la identidad de género proviene de diversas fuentes, entre ellas la familia ya que es la infancia donde los agentes socializadores influyen de

manera significativa en los sentimientos y en la forma de actuar de los hombres y las mujeres

Asimismo, la idea del amor romántico favorece mantener relaciones de poder desiguales, pues se justifican a través del romanticismo diversas formas de dominio y sumisión contribuyendo a mantener el sexismo y fomentar mitos románticos que son una clara expresión del machismo. Algunos participantes indican haber ejercido control y mostrar celos intensos ante sus parejas, lo cual era leído como una muestra de amor y no de control, tal como lo señalan Lañarraga, Yubero & Yubero (2012) los celos son un mito del amor romántico que garantiza exclusividad y fidelidad llevando a las mujeres a entregarse manera total y a los hombres a mantener el dominio.

Cabe mencionar que los mitos alrededor del amor romántico son ideas con una carga afectiva que se comparten socialmente, expresan verdades absolutas y poco flexibles que son ficticias, engañosas e irracionales (Larrañaga, Yubero & Yubero, 2012). Si bien se ubicaron diversos factores de riesgo como la educación brindada en la familia, la idea de amor romántico y la violencia psicológica en sí misma como un factor predictor de la violencia física. También existen factores que pueden

evitar y generar relaciones más equitativas e igualitarias.

Díaz & Sánchez (2003) indican que la comunicación es el medio idóneo para poder expresar lo que se siente y a la vez se obtiene retroalimentación acerca de sí misma, apoyo, aceptación y confirmación de que se es un individuo digno para establecer una relación íntima exitosa. Para generar relaciones saludables tanto los hombres como las mujeres deben aprender conductas que refuercen los vínculos con los otros, compartir el afecto y expresar ideas, pensamientos, preferencias u opiniones de manera clara, directa, firme, honesta, apropiada, sin agredir y respetando los derechos de las otras personas.

Asimismo, el manejo de las emociones de manera eficaz conlleva a generar relaciones más saludables, ya que, el uso de las emociones positivas puede ser enseñado y aprendido. Con

esta información, se aclara que para generar un cambio en las relaciones de parejas se requiere de un aprendizaje intencionado, lo que nos lleva a pensar en el trabajo a realizar en el campo de la prevención.

Por lo cual, la importancia de la psicoeducación en temas de comunicación, emociones, así como también identificar la violencia psicológica lo cual, permitirá tener la posibilidad de actuar ante los diversos actos, y poder deconstruir el amor romántico, para lograr una postura igualitaria y equitativa en las relaciones de pareja.

Para próximas investigaciones se sugiere ampliar la población, así como sus características, profundizar en los factores que llevan a relaciones saludables, Investigar cómo se da el fenómeno en otras regiones del país y conocer como es la interacción de pareja en las relaciones homosexuales.

3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención comunitaria

Entre los objetivos de la formación también se encuentra el desarrollo de las competencias y habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, que caracterizan al terapeuta familiar. Éstas deben basarse de igual forma en los lineamientos del código ético y en el compromiso social.

3.1. Productos tecnológicos.

Durante mi formación como terapeuta familiar, coordiné en colaboración con Andrea Anaya la realización de un simposio titulado “Simposio de adicciones desde diferentes perspectivas” e impartí un taller con la colaboración de mis compañeras Nancy Morales y Cecilia Fajardo titulado “El terapeuta y la co-terapia” Ambos productos contribuyen a la formación de otros terapeutas familiares.

3.1.1. Coordinación del “Simposio de adicciones desde diferentes perspectivas”

Descripción de la actividad: Como parte de la conmemoración de los XV años de la Maestría en Terapia Familiar en la UNAM, el “Simposio de adicciones desde diferentes perspectivas” estuvo dividido en dos días, cada día con tres ponencias distintas dirigidas por expertos de diversas instituciones que abordan el tema, con una duración de cinco horas cada día.

El abordaje terapéutico de las adicciones fue desde la perspectiva de la Terapia Narrativa por la Mtra. Miriam Zavala, el Modelo de Terapia Orientado en Soluciones por la Mtra. Patricia Contreras, Género y Drogadicción por la Dra. Noemí Díaz, el programa de Al-Anón por la Lic. Ana María (miembro de Al-Anón), la Construcción de los significados de ser hombre en varones usuarios de sustancias psicoactivas por el Dr. Marco Antonio Toquero y la Resiliencia en el tratamiento de adicciones por el Psicoterapeuta Francisco Javier Creta.

Justificación: El taller surge como una necesidad de los alumnos de la residencia por conocer intervenciones en adicciones para enriquecer su práctica profesional. Preguntas como: ¿Qué intervenciones se utilizan para el tratamiento en adicciones? ¿Desde el abordaje sistémico como se lleva a cabo la intervención en tema de adicciones? ¿Qué instituciones ayudan a las personas y familiares que padecen alguna adicción? Es por esto que el simposio pretende dar respuesta a las mismas y abrir nuevas puertas de acción en el tratamiento de los consultantes.

Población: el simposio estuvo integrado por terapeutas familiares, estudiantes de Licenciatura y Posgrado, así como profesionales relacionados con la prevención,

tratamiento y atención de adicciones de diferentes disciplinas y organizaciones no gubernamentales (ONG's).

Desarrollo:

Día 1

- Primera ponencia “Conversaciones acerca del abuso de sustancias desde la mirada narrativa” Mtra. Miriam Zavala Díaz
- Segunda ponencia “Cómo abordar el problema del abuso de sustancias desde el Modelo de terapia orientado a soluciones” Mtra. Patricia Contreras Urruchua
- Tercera ponencia “Género y drogadicción” Dra. Noemí Díaz Marroquín

Día 2

- Cuarta ponencia “AL-ANON: Recuperación, esfuerzo propio” Lic. Ana María Cortés Iglesias
- Quinta ponencia “La construcción de los significados de ser hombre en varones usuarios de sustancias psicoactivas” Mtro. Marco Antonio Toquero Hernández
- Sexta ponencia “Resiliencia en el tratamiento de adicciones” Psicoterapeuta Francisco Javier Creta Huerta

3.1.2 Taller “El terapeuta y la coterapia”

El taller “El terapeuta y la coterapia”, se llevó a cabo en la Facultad de psicología en el edificio “D” de posgrado, dirigido a los alumnos de segundo semestre de la Maestría en psicología con residencia en Terapia familiar, tuvo una duración de 6 horas, fue impartido el 16 y 23 de febrero (3:00pm – 6:00pm).

El objetivo del taller fue impartir conocimientos teóricos en relación con la coterapia, para generar habilidades clínicas en los terapeutas en formación, que faciliten el trabajo bajo esta modalidad, así como reflexionar de la persona del terapeuta.

Las temáticas abordadas fueron:

- Dudas y miedos en torno a la supervisión

- La persona del terapeuta y
- La coterapia.

Facilitadoras: Paola Carreño Fernández, Cecilia Fajardo Escoffí y Nancy Morales Aguilar. El taller fue evaluado de modo satisfactorio por los participantes.

3.2 Programa de intervención comunitaria

La Maestría también busca fomentar en el terapeuta una actitud de compromiso social. Para ello, el estudiante desarrollara un taller que comprende la planeación, desarrollo y e impartirlo. No se realiza ningún cobro a la población elegida y corresponde a las ponentes proveerla del espacio y material idóneos para su desarrollo. El taller fue realizado en colaboración de Elia Cecilia Fajardo Escoffí y Elizabeth Aldrete Rivera.

Yo me cuido: Cómo ser consciente ante los riesgos de la sexualidad, adicciones y violencia en pareja

El taller tiene como antecedente la investigación cuantitativa sobre la escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente, en ésta se observó la necesidad de crear un taller de prevención, en el cual los adolescentes puedan obtener conocimientos sobre cuáles son las conductas de riesgo y las acciones que pueden tomar frente a ellas.

Dirigido a *adolescentes de entre 15 y 18 años*, estudiantes de la preparatoria 1 “Gabino Barreda” de la UNAM, lugar en el que se impartió el taller.

El *objetivo general* del taller fue Fomentar en los adolescentes conocimientos, actitudes y conductas adecuadas, por medio de la información, la práctica y la enseñanza para favorecer los estilos de vida saludables y el autocuidado.

Las *temáticas y contenidos* abordados fueron: Conducta Sexual, Consumo de sustancias y Violencia (definición de violencia, tipos de violencia, prácticas de violencia, conflictos en las relaciones de pareja, señales de violencia, justificaciones de la violencia y características de una relación sana).

El taller se diseñó para llevarse a cabo en *3 sesiones de 3 horas cada una*, debido a los espacios disponibles y a los espacios libres entre clases de los estudiantes. El taller se llevó a cabo con 21 estudiantes, 12 mujeres y 9 hombres.

Debido a las características de la población el taller fue diseñado para combinar la presentación de información con actividades prácticas de observación, reflexión, interacción, escenificación, resolución, etc.

Se elaboraron *dos manuales*, uno corresponde al *instructor* donde se detallan las características propias del taller. El otro corresponde al del *participante* que incluye información relevante para los adolescentes y algunas de las actividades desarrolladas en el taller.

Se observó que *es necesario que los adolescentes cuenten con espacios donde se lleven a cabo actividades como las propuestas, sobre todo en temas de violencia, ya que expresaron más dudas y desconocimiento de la información*. Se constató que falta mucho trabajo por hacer con esta población, pues su involucramiento en conductas de riesgo es alto. Finalmente, con los comentarios que se hicieron al terminar el taller se concluyó que el taller fue benéfico, ya que los participantes mencionaron que se el taller aclaró dudas y brindó información que desconocían, así como los dotó de herramientas para abordar situaciones de riesgo. Que haya sido un taller teórico-práctico lo dotó de un impacto mayor en los adolescentes ya que reportaron haber pasado un buen tiempo con el grupo y con las facilitadoras.

3.3 Presentación en un foro académico

PRESENTACIONES EN CONGRESOS

- | | |
|---|--|
| Carreño, P.,
Estrada, R.,
Calleja, N. y
Juárez, F. | <i>La conducta antisocial en adolescentes: riesgos asociados y ambiente familiar</i> . VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica; Asociación Española de Psicología Conductual; Granada, España: 2015 |
| Carreño, P y
Morales, N. | <i>Factores protectores y de riesgo. Mesa 8. Emociones y diversidad en los procesos mentales</i> . XII Jornadas Antropológica de Literatura y Semiótica (JALyS); Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) y Universidad Nacional Autónoma de México; CDMX, México: 2016. |

PRESENTACIÓN EN FOROS ACADÉMICOS

4° Congreso Internacional: “ <i>Terapia Breve y Familiar. MRI. Ayer y hoy</i> ”; Institución Patrocinadora: C.E.FA.P. Puebla, México.	Octubre 2014
Taller: <i>Trabajo terapéutico con parejas desde las distintas miradas de la terapia familiar</i> , UNAM, CDMX, México.	Junio 2015
Seminario: El abordaje sistémico dialógico de las emociones en psicoterapia, <i>Sistémica relacional y Scuola di psicoterapia sistémico-dialógica</i> , CDMX, México.	Junio 2016

4. Habilidades de compromiso y ética profesional

4.1 Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.

Existen diversos códigos que dan guía a la práctica del psicólogo clínico en cuestión de la ética. La Comisión de Honor y Justicia de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar promulga el Código de Ética AMTF, Revisado y efectivo a partir del 3 de diciembre de 1997 en que fue aprobado en asamblea. El Código de Ética está vinculado a todas las categorías de miembros de la AMTF. En caso de que se presente una investigación de ética de algún miembro y éste renuncie antes o durante el curso de la investigación, la Comisión de Honor y Justicia deberá concluir la investigación iniciada.

En este código ético, se incita a los terapeutas de pareja y de familia a que denuncien presuntas conductas no éticas por parte de sus colegas de trabajo a los organismos profesionales correspondientes (AMTF, 1999).

Se consideran los siguientes aspectos para determinar la ética dentro de la Terapia familiar:

1. Responsabilidad con los pacientes
2. Confidencialidad
3. Capacidad e integridad profesional
4. Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados.
5. Responsabilidad con los participantes de investigación
6. Responsabilidad a la profesión
7. Arreglos financieros

8. Publicidad

Basándonos en las ideas de Telfener (2014), la ética no es representada por las personas, sino que es incorporada. Es sobre aquellas cuestiones indecibles sobre las que podemos elegir, e implica una responsabilidad por aquello que escogemos, de tal manera que la ética se convierte en implícita y la responsabilidad explícita. Esto convierte a la ética en el dominio en el cual nosotros asumimos la responsabilidad por las decisiones que tomamos. Considerar a la ética como una actitud en la intersubjetividad requiere que el terapeuta reflexione cada vez más sobre la manera en la que opera y sus acciones. Al tocar el tema de la ética dentro de la terapia familiar basándonos en un marco teórico postmoderno, puede ser confuso debido a que las ideas en las que se basa la postmodernidad es dar cabida a todos los puntos de vista y estos ser tomados como correctos, por lo que es necesario tener un alto nivel de responsabilidad personal. Esta responsabilidad se adquiere al conocer las teorías en que vamos a basar nuestras intervenciones.

Debido a que la práctica clínica es un reflejo de los valores que tenemos, es importante tener clara nuestra ética personal, ya que estos son los que serán reflejados al ofrecer terapia a nuestros consultantes. Porque la forma en que argumentamos es la forma en que puntuamos nuestra experiencia (Bateson, 1972).

Tener claro los valores con los que nos conducimos en la vida, nos permite tener una coherencia con la teoría que elegiremos para realizar nuestras intervenciones. Si hay una discrepancia entre lo teórico y nuestros valores las intervenciones terapéuticas serán desgastantes y puede que no tengan el efecto esperado dentro de la terapia.

Las teorías en que basamos nuestras intervenciones funcionan como guía al hacer referencia a la ética, sin embargo, hay que tener cuidado en que no sea de una manera rígida, debido a que puede crear una contrariedad entre las acciones y la filosofía de nosotros, afectar la forma en como nos relacionamos con los consultantes y dejar de lado otros componentes de la terapia como es la alianza terapéutica.

Por lo cual, como menciona Hirschhorn (1999), la esencia de ser un terapeuta es el acto ético de usar la preferencia personal para elegir la propia teoría y luego actuar sobre la propia elección, desarrollando su propio estilo de hacer terapia.

Otro elemento importante para considerar dentro de esta construcción de la ética como terapeuta, también tiene que ver con introducir la manera en que los consultantes se están relacionados en la terapia, ya que, desde la teoría del construccionismo social no hay un nivel jerárquico, el consultante acude a terapia a realizar cambio en su vida y ellos dirigen el rumbo de la terapia, por lo que se participa en una dialéctica , donde las opiniones del terapeuta no son más importantes que las de las personas que nos consultan.

Dentro el proceso de formación como terapeuta me enfrente a diversos dilemas que tenían que ver con que a los primeros modelos terapéuticos eran más rígidos y se diferenciaban más a la forma en la que yo guio mi en la vida, entonces la fusión que se tendría que haber hecho entre teoría y mis valores no se logró porque a veces estaba más preocupada por ejecutar bien la técnica que lo que a mí me hacía sentido que yo veía en la relación con los consultantes y por lo mismo descuidaba la alianza terapéutica, cuando conocí los modelos postmodernos fue más fácil para mi integrar la teoría y técnicas ya que mis valores coincidían más con la forma en la que veo el mundo. Pero en ambos casos la forma que logre resolver mis dilemas éticos fue conociendo más a cerca de las teorías y centrarme en la interacción que se generaba con los consultantes, al realizar estas acciones percibí un cambio en mi forma de hacer terapia, donde la preocupación principal era estar conectada en la conversación que se estaba generando en la sesión y no en recordar la teoría y las técnicas para saliera bien el caso.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencia profesionales adquiridas

La formación en la maestría durante los dos años tiene bien estructurada la forma de enseñanza y aprendizaje de las habilidades y competencias que se requieren al finalizarla. Se inicia desde el proceso de ingreso, ya que el nivel de compromiso, dedicación y responsabilidad que se necesita para ser seleccionada y entrar en los diez lugares que proporciona la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar da las primeras bases para cubrir las exigencias que se piden para lograr una buena formación como terapeuta. Se continúa dotando de conocimientos teóricos al alumno mostrando las bases de la terapia sistémica dando paso a mostrar una nueva forma de ver la vida a través de la epistemología de cada modelo de intervención, desde los modernos a los posmodernos. Estos conceptos no solo se quedan en lo teórico, para poder apropiarse de ellos tiene que haber una congruencia en la forma de pensar y en como cada estudiante va aplicando estos conocimientos en su vida.

Hay una formación constante de docencia al enseñar al grupo esta epistemología, se fomenta el trabajo en equipo, la responsabilidad, dedicación, compromiso entre otras. En el segundo semestre continua la formación teórica pero se agrega la parte práctica donde se van desarrollando las habilidades clínicas, estas se adquieren al ir reuniendo la información de los consultantes para ir creando un plan de intervención que los ayude a solucionar la problemática por la que acuden a terapia, en esta parte también entra la supervisión que con ayuda del modelamiento y del ojo clínico de los profesores ya formados en terapia familiar ayudan a los terapeutas en formación a generar otras visiones y formas de abordar dentro de la terapia.

El acompañamiento constante del equipo terapéutico, así como las sesiones en co-terapia fomentan las diferentes formas de hacer terapia e ir adquiriendo herramientas que concuerden con la personalidad de cada uno de los terapeutas en formación siempre de la mano de la teoría de los modelos correspondientes y de la supervisión que es llevada de manera respetuosa y tomando en cuenta que los alumnos están en proceso de formación, propiciando la ética en el trabajo terapéutico.

También, se promueve la formación en investigación, adquiriendo habilidades como la búsqueda de ampliar más el conocimiento en problemáticas sociales, para prevención e intervención. Lo primero que realizamos fue la documentación con respecto a las temáticas de interés, definir los objetivos e hipótesis de la investigación, se realizan acercamientos a campo para realizar entrevistas, encuestas dependiendo del caso, se generan los análisis de datos donde se pone a discusión la teoría y los resultados de la investigación, se realiza el reporte en forma de artículo y por parte de la universidad se dan las facilidades para difundir el conocimiento generado por las investigaciones. Al realizar los procesos anteriores, adquirí los conocimientos necesarios para ampliar más mi formación como psicóloga, ya que las investigaciones también nos ayudan entender y seguir trabajando en nuestras intervenciones desde el área clínica.

En mi caso realice dos investigaciones cuantitativas con la colaboración de mis compañeros al realizar la validación de un instrumento y al investigar una problemática social, las dos con temáticas de riesgos en la adolescencia. De igual manera con la colaboración de una de mis compañeras realizamos una investigación cualitativa con temática de violencia en la pareja.

De igual manera en el último semestre se fomenta la creación de una intervención comunitaria donde el alumno realiza desde la planeación hasta la aplicación del mismo en la población elegida, este trabajo dota de más herramientas de transmisión de conocimientos a poblaciones distintas, aportando a la sociedad información para prevenir las problemáticas.

En el acompañamiento de todo lo realizado en la maestría, ya sea la práctica clínica como en investigación e intervenciones en la comunidad fue indispensable guiarnos desde la ética, tomando en cuenta la confidencialidad, el compromiso social que tenemos y la formación de valores como profesionales de la salud mental.

2. Reflexión y análisis de la experiencia

A lo largo de la maestría fui adquiriendo nuevas ideas, para mi es importante tomarlas encuentra en cualquier proceso terapéutico e incluso en mi vida personal, el cambio de epistemología me ayudo a no tener verdades absolutas ni querer alcanzarlas, al contrario, que la diversidad de formas de pensar enriquece el ángulo de donde se ven las cosas, y hacerme consiente de que yo tengo una visión construida por mis experiencias tanto académicas como personales me ponen en un marco distinto a los

consultantes por lo tanto esta mirada puede aportar opciones pero al final las personas que nos consultan van a decidir lo mejor para ellos y tomaran lo que les funcione de la terapia. El pensar que nadie puede saber lo que está viviendo más que uno mismo, me ayuda a tener una postura de curiosidad ante los consultantes e incluso con las personas con las que me relaciono.

Todo el conocimiento que he adquirido en la maestría ha tenido efectos positivos en mi entorno, ya que, las conversaciones que genero con los consultantes, así como familiares y amigos son respetuosas y con invitación a reflexionar acerca de lo que se habla, y de esta forma se crea un cuestionamiento de ideas que posibilita crear historias distintas para la vida.

Las supervisiones me ayudaron a irme dando cuenta de los prejuicios que tenía e irlos trabajando para que no obstaculizaran el proceso de los consultantes ni mi desempeño dentro de las sesiones, de igual manera para mí fue muy importante el acompañamiento y la guía en los procesos terapéuticos, a ligar la teoría con la práctica y a no olvidar que cada decisión que tomamos dentro de las sesiones está fundamentada con la teoría y tenemos que saber desde donde.

Las reflexiones que he tenido al finalizar la maestría y al tener la formación como terapeuta es que es muy importante mantener con los consultantes una postura de respeto, escucha y curiosidad, ya que, me permite estar cuestionándome constantemente las verdades que me pueda estar generando, es fundamental estar atenta al dialogo que está habiendo en la sesión y el poder ir acompañando desde una postura de curiosidad y de un no saber genuino, esto es porque entiendo que todas las personas tenemos experiencias distintas que nos forman, cada uno afronta de distinta manera las situaciones de la vida, así que es importante saber cómo están viendo ellos su situación, que cosas son las que están necesitando que no se están sintiendo a gusto con lo que está sucediendo en sus vidas.

También creo que nos contamos las mismas historias todo el tiempo y las reforzamos con las personas que están a nuestro alrededor y en ese sentido el poder observar desde otro punto de vista, de manera que explorar excepciones o narraciones donde el discurso es distinto creo que enriquece mucho y da luz a áreas de las personas que a veces pueden estar olvidadas o no reconocidas y el hecho de verlas puede hacer diferencias en sus procesos terapéuticos. De igual manera, el poder cuestionar las diferencias que existen en diversos discursos va modificando la idea que se tiene de

cómo vivimos las cosas. Creo que estos elementos mayormente son los que me conforman hoy como terapeuta.

La maestría a nivel personal me ayudo principalmente a tener un conocimiento de mí misma, reflexionar sobre mi vida y estar en un constante análisis de observación donde me pueda cuestionar lo que me pasa, desde donde tomo las decisiones que tomo, etc. Asimismo, el estudiar, conocer teorías, formarme en diversos modelos e identificar aquellos en los que me sienta más cómoda, tener claros mis valores, así como las experiencias que me forman para poderlos integrar haciendo un estilo propio de terapia, pero con fundamentos teóricos, ya que son los lentes que vamos adquiriendo para ver los problemas o en su defecto las soluciones.

Una gran característica de mi generación fue el apoyarnos, todos nos echábamos la mano cuando teníamos algún conflicto, considero a todos muy participativos, con ideas muy interesantes que ayudaban a los casos, considero un ambiente de constante aprendizaje con ellos, donde aprendimos a conocer nuestras experiencias anteriores, ubicar nuestras similitudes y diferencias y convivir de una manera armónica. Lo que más me permitió estar dentro de esta comunidad sintiéndome cómoda fue que todos somos muy respetuosos, no juzgábamos ni criticábamos el trabajo del otro, los comentarios que nos hacíamos entre nosotros eran muy constructivos, que se podían ver más como áreas de oportunidad o a explorar más que pensar que lo que habíamos hecho estaba mal, también la constante comunicación que teníamos creo que ayudo a que nos organizáramos y no tuviéramos conflictos de intereses ni nada por el estilo.

Yo estoy muy agradecida de haberme encontrado con todos ellos en mi camino porque pudimos hacer un muy buen equipo donde apreciábamos las cosas positivas que tenemos cada uno en lugar de poner el foco en lo negativo. Creo que las palabras que más nos caracterizarían como grupo sería apoyo, respeto y cariño.

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

El cambio de epistemología, el cambio de ver las cosas lineales a recursivas, la postura de curiosidad, la cibernética de segundo orden y el construccionismo social han sido las ideas que más han transformado mi forma de pensar y que hoy me llevan a ampliar mi visión del mundo tomando en cuenta la multiplicidad de opciones que puede haber. Estas

ideas las incluyo en mi trabajo profesional tanto como terapeuta, como investigadora y en general en cualquier ámbito en el que esté, es una manera de ver el mundo que genera mayores posibilidades de enriquecer mi trabajo.

Tanto en terapia como en la vida considero que se crea un aprendizaje en conjunto con las personas con las que nos relacionamos, aunque la interacción sea pequeña nos llevamos aprendizajes de todos y a su vez todos también aprenden de nosotros. También creo que el terapeuta es un acompañante del proceso que con las preguntas que realiza exploran juntos nuevos significados y se genera la creación de nuevas historias en las vidas de los consultantes desde una postura de mucho respeto.

El cambio de epistemología de lineal a circular lo veo en mi trabajo como terapeuta. Lo noto al reflexionar de las pláticas que tengo con las personas, al comparar mis diálogos internos y externos, al estar más pendiente de como mis acciones tiene un efecto en las personas y eso a su vez las hace actuar de manera que tienen un efecto en mí.

En el tema de la ética considero de vital importancia cuestionarnos nuestros propios valores, tener conversaciones con otros colegas para ver distintas perspectivas que nos puedan ayudar a ampliar tal vez nuestros puntos ciegos, para poder tomar en cuenta todo eso cuando entremos a dar consultas y no perjudicar a nuestros consultantes creando verdades absolutas.

Agradezco todo los conocimientos adquiridos y la oportunidad de haber tenido esta gran experiencia de vida, que me ayudó a transformarme de manera profesional y personal.

REFERENCIAS

- Alvarado, I., Rosario, I. y García, N. J. (2013) El trastorno antisocial de la personalidad en personas institucionalizadas en Puerto Rico: Estudio de casos. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25 (1), 62-77.
- American Psychiatry Association [APA] (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Andersen, T. (1992). Reflexiones sobre las reflexiones con familias. En S. McNamee y K. Gergen (Ed.), *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1996) El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. En: McNamee, S. y Gergen, K.J., *La terapia como construcción social*, (pp. 45-60), México: Paidós.
- Arango, A. & Moreno, M. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana De Psicología*, 12(2): 135-145.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999). Código Ético. México: Autor
- Bateson, Gregory (1972). Pasos hacia una ecología de la mente: colección de ensayos en antropología, psiquiatría, evolución y epistemología. Ballantine Books.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M. y Fernández-Herminda, J. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consume de drogas de los hijos? Una revision. *Adicciones*; 24 (3): 253-268.
- Belló, M, Puentes-Rosas, E, Medina-Mora ME, Lozano R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública México*, 47 (1): 4-11.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: L. Eguluz (comp.) *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C., Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica México*, 46:417-424.
- Berenzon, S., Lara, A., Robles, R. & Medina-Mora. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55 (1): 74-80.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966) *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Doubleday & Company, New York.
- Bertalanfy (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
- Biever, J., Bobele, M.; Gardner, G. y Franklin, C. (2005). *Perspectivas postmodernas en terapia familiar*. En: Limón Arce, G. (comp.). *Terapias posmodernas. Aportaciones construccionistas*. México: Editorial Pax México.
- Biscotti, O. (2006). *Terapia de pareja: una mirada sistémica*. Buenos Aires: Lumen.
- Blázquez, M., Moreno, J. & García-Baamonde, M. (2009). Inteligencia emocional como alternativa para la prevención del maltrato psicológico en la pareja. *Anales de Psicología*, 25 (2), 250-260.

- Blázquez, M., Moreno, J., & García-Baamonde, M. (2010). Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicología y Salud*, 20 (1), 65-75.
- Blázquez, M., Moreno, J. & García-Baamonde, M. (2015) Maltrato psicológico en las relaciones de pareja. La inteligencia emocional como factor protector y diferencias de género. *Boletín de Psicología*, 113: 29-47
- Boch-Fiol, E. & Ferrer-Pérez, V. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. Psicothema, 24(4): 548-554.*
- Bonino, (1996). *Micromachismos, la violencia invisible en la pareja*. Madrid. Excmo. Ayuntamiento de Jerez.
- Bonino, L. (1999). Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* VIII. 221- 233.
- Bonino, L. (2004). Los Micromachismos. *Revista La Cibeles* Nº2. Ayuntamiento de Madrid. España. Movimiento por la paz (s/a). ¿Quieres saber qué es un micromachismo? Entrevista a Luis Bonino. España. Recuperado de: <http://www.mpd.org/noticias/global/derechos-humanos/quieres-saber-es-micromachismo-entrevistaluis-bonino#sthash.Ls3K4LYP.dpbs>
- Bonino, L. (2008). *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. España: Alianza Editorial.
- Burín, M. (2007). Trabajo y parejas: impacto del desempleo y de la globalización en las relaciones entre los géneros. En: Jiménez Guzmán, L. y Tena, O. (comp.): *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. CRIM-UNAM, México
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento en las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI
- Cade, B. & O'Hanlon, W.H. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Piadós.

- Calveiro, P. (2003). *Redes familiares de sumisión y resistencia*. México: Universidad de la Ciudad de México.
- Carballo, J. L., Marín, M., Jáuregui, V., García, G., Espada, J. P., Orgilés, M. y Piqueras, J. A. (2013). Consumo excesivo de alcohol y rendimiento cognitivo en estudiantes de secundaria de la provincia de Alicante. *Health and Addictions*, 13(2), 157-163.
- Ceberio, M. (2007). *El Baile de la pareja. Se mata a quien se quiere: Los juegos del mal amor*. México: Pax México.
- Consejo de Menores [CM] (1997). *Memoria 1996 – mayo 1997*. México: Secretaría de Gobernación.
- Consejo Nacional de Población (2004). *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003*. México: CONAPO.
- Cuervo, M. M., y Martínez, J. F. (2013). Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja. *Revista Tesis Psicológica*, 8 (1), 80-88.
- De la Espriella, G.R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Rev. Colombiana Psiquiatría*, 1 (37), 175-186.
- De la Espriella, R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1): 175-186.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23, 11-17.
- De Shazer, S. (1985). *Claves en psicoterapia breve*. España: Gedisa.
- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. España: Paidós.
- De Shazer, S. (1994). *En su origen las palabras eran magia*. España: Gedisa.

- Delgado, A., Ecurra, L., Atalaya, M., Pequeña, J., Cuzcano, A., Álvarez, D. & Rodríguez, R. (2013). Actitudes hacia la violencia contra la mujer en la relación de pareja en estudiantes de cuarto grado de secundaria de instituciones educativas estatales y no estatales de lima metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 16 (2): 105-124.
- Díaz, L. R. & Sánchez, A. R. (2003). Patrones y estilos de comunicación de la pareja: diseño de un inventario. *Anales de psicología*, 2 (19), 257-277.
- Echeburúa, E., & Amor, P. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 117-121.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I. y Corral, P. (2010). Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja -Revisada- (EPV-R). *Psicothema*, 22, 1054-106
- Eguiluz, L. (2004). La Terapia Familiar en México. En: L. Eguiluz. (Comp.), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp.225-266). México: Pax-México.
- Eguiluz, L., Robles, J., Ibarra, A., Córdova, M., Gómez, J. y González-Celis, A. (2003). *Dinámica de la familia: un enfoque sistémico*. México: Pax México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) (2016). Recuperado de: <http://www.consulta.mx/index.php/estudios-e-investigaciones/otros-estudios/item/995-inegi-resultados-de-la-encuesta-nacional-sobre-la-dinamica-de-las-relaciones-en-los-hogares-2016>
- Espina, J. & Cáceres, J. (1999). Una psicoterapia breve centrada en soluciones. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1999. 19 (69): 23-38.
- Espinosa, M. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: Eguiluz (Comp.) *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Pax-Mex.

- Fernández, (2006). La equidad de género: presente y horizonte próximos. *Quaderns de Psicologia*, 2 (12), 93-104
- Fernández, E., London, S. & Tarragona, M (2001). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. Grupo Campos Elíseos www.grupocamposeliseos.com
- Ferrer, P. V., Bosch F., Navarro G, Ramis, P y García, B. (2008). En concepto de amor en España. *Psicothema*, 4 (20), 589-595
- Florezano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C. & Musalem, C. (2011). Relación entre la ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescents chileno. *Rev Med Chile*; 139: 1529-1533.
- Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología Conductual*, 13(2), 197-215.
- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, K. J. (1997). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, Buenos Aires: Paidós.
- Gergen, K., & Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17(1), 11-27.
- Ibáñez, E. (1990). Personalidad y cultura. *Boletín de Psicología*, 29, 29-44.
- Goleman, D (2001). Emotional intelligence: Issues in paradigm building. In C. Cherniss & D.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
- Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

- Gottman, J. M. & Levenson, R. W. (1999). Rebound from marital conflict and divorce prediction. *Family Process*, 38, 287-292. doi:10.1111/j.1545-5300.1999.00287.x
- Hirigoyen, M. (2013). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Paidós: Barcelona.
- Hirschhorn. D. (1999). Postmodern Ethics and Our Theories: Doing Therapy versus Being Therapists. *the Journal of Systemic Therapies*, 18(4): 18-41.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
- INCyTU, oficina de Información científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. (2018). Salud mental en México. Recuperado de: https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME). (2017). Población mexicana en el mundo. Estadística de la población mexicana en el mundo 2017.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). Estadísticas a propósito del día internacional del migrante. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/migrante0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). Mujeres y hombres en México 2016. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado de: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/violencia2017_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2017). Análisis del embarazo en la Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Mujeres. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101288.pdf

Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de psicología*, 36 (2), 181-195.

Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de psicología*, 36 (2), 181-195.

Lamas, M. (2000). *El género como construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Ángel Porrúa.

Lamas, M. (2001). *Política y reproducción. El aborto: la frontera del derecho a decidir*. México, Plaza y Janés.

Larrañaga, E., Yubero, S. & Yubero, M. (2012). Influencia del género y de sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *SUMMA psicológica UST*, 2 (9), 5-13

Lax,.D. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En S. McNamee y K.J.Gergen, *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

López, K. & Lobo da costa, M. (2008). Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes escolares. *Rev Latino-Am Enfernagen*; 16 (2): 299-305.

- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5 (1), 25-33.
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mariño, M. C., González, C. F., Andrade, P. y Medina-Mora, M. E. (1998) Validación de un cuestionario para detectar adolescentes mexicanos con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21(1), 27-36.
- Medina, M. E., Cravioto, M., Villatoro, J. A., Fleiz, C., Galván, F. y Tapia, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública*, 45 (1):16-25.
- Minuchin, S. & Fishman H. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós. 93-103.
- Mora, Y., Recalde, M., Montoya, Y., González, M., Paternina, D. & Bedoya, L. (2017). Reflexiones sobre la ética del psicólogo. *Poiésis*, (33), 59-74.
- Moral de la Rubia, J. y Ortiz, H. (2012) Análisis por sexo de factores de riesgo y protección de conducta disocial en una muestra probabilística de adolescentes. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1(1), 97-116.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Musitu, G., Estévez, E., Jiménez, T. y Herrero, J. (2007). *Familia y conducta delictiva y violenta en la adolescencia*. En S. Yubero, Larrañaga, E. y Blanco, A. (Coords.), *Convivir con la violencia* (pp. 135-150). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Nogueiras, G. B. (2005). La violencia en la pareja. En: Ruíz- Jarabo, Q.C & Blanco, P (Dir.) *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. España: Díaz de Santos.

- O'Hanlon, W.H. & Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. España: Paidós.
- O'Hanlon, W.H. (1999). *Desarrollar posibilidades*. España: Paidós.
- Ochoa e Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España: Herder.
- O'Hanlon, B. & Hudson, P. (1997). Amor es amar cada día. Cómo mejorar tu relación de pareja tomando decisiones positivas. Paidós Ibérica.
- Ortiz-Tallo, M., Fierro, A., Blanca, M. J., Cardenal, V. y Sánchez, L. M. (2006) Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18(3) 459-464.
- Pascual, P. (2010). Espacio personal y espacio compartido. *Relaciones de pareja desde una perspectiva de Género. La Boletina*, 30.
- Pedroza, R. (2015). Los vínculos amorosos en la posmodernidad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 4 (8).
- Peña, M. y Graña, J. (2006) Agresión y conducta antisocial en la adolescencia una integración conceptual. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 6, 9-23.
- Pérez, M., Hernández, M. (2009). La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25 (2), 1-7
- Pinto, B. (2000). Terapia de pareja: una perspectiva cognitiva-sistémica. *Revista Ciencia y Cultura*. 8.
- Porrúa, C., Rodríguez-Carballeira, A., Almendros, C., Escartín, J., Martín-Peña, J. y Saldaña, O. (2010). Análisis de las estrategias de abuso psicológico en la violencia de pareja. *Información psicológica*, 99, 53-63.
- Quintero, A. (2006). *Terapia de la pareja: Una mirada sistémica*. Proceso Vital de la pareja moderna. Capítulo 5. Buenos Aires: Lumen.
- Ramos (2002). Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por su pareja íntima. *La Ventana*, 16, 130-181.

- Ravazzola, M. (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós SAICF.
- Rocha, T. (2013). Mujeres, pareja y familia: la transformación de roles y la búsqueda de la equidad. En: Rocha, T & Cruz del Castillo, C. (Coord). *Mujeres en transición reflexiones teórico. Empíricas en torno a la sexualidad la pareja y el género*. México: Universidad Iberoamericana.
- Rojas, J. (2013). Violencia en el noviazgo y sociedad mexicana posmoderna. Algunos apuntes sobre la figura del agresor y las agresiones bidireccionales. *Uaricha Revista de Psicología*, 10(22), 1-19.
- Sánchez & Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Sánchez, J. (2008). Efectos de la cultura postmoderna sobre la pareja. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (1): 132-145.
- Santander, R. S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J. y Bórquez, M. (2008) Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Rev Med Chile*, 136: 317-324.
- Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay. (2010). La relación droga y delito en adolescentes infractores de la ley. Quinto informe conjunto. Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay: Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).
- Sluzki, C. (1987). Terapia Familiar como construcción de realidades alternativas. *Sistemas Familiares*, 1, pp. 53-59.
- Souza, M. & Cruz, M. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 53(6), 17-23.
- Stoff, D., Breiling, J. y Maser, J. (2002). *Conducta antisocial: causas, evaluación y tratamiento*. USA: OXFORD.

- Tapia, L. & Molina, M. (2014). Primera entrevista de terapia de pareja: co-construcción de un encuentro situado. *Revista Chil neuro-psiquiat.* 52 (42-52). Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v52n1/art06.pdf>
- Tarragona, M (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3): 511-532.
- Tarragona, M (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora. *Terapia Psicológica*, 31 (1): 115-125.
- Telfener, U. (2014). La elección clínica entre indecibles e indeterminables. En Bianciardi, M. y Gálvez, F. (Comp.). *Ética y psicoterapia. Responsabilidad y condición posmoderna*. Santiago de Chile: Colección Praxis Psicológica, Universidad de Chile.
- Tomm K. (1989). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En M. White, *Guía para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Tomm, K. (1988). Family Process. Interventive Interviewing. Part III.
- Villatoro, J. A., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M. L., Oliva, N., Bretón, M., López, M. A., Bustos, M., Medina-Mora, M. E. y Blanco, C. (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes del 2009. *Salud Mental*, 34: 81-94.
- Villatoro, J., Domenech, M., Medina Mora, M., Fleiz, C. y Fresán, A. (1997) percepción de la inseguridad social y su relación con el uso de drogas. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(2), 105-112.
- Villatoro, J., Medina Mora, M. E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002) ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño 2000. *Salud Mental*, 25(1), 43-54.

- Vivas, M., Gallego, D. & González, B. (2007). *Educación de las emociones*. Venezuela: Producciones Editoriales C. A.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. & Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós
- Watzlawick, P., Beavin, B.J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.
- White, M. & Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications Literate means to therapeutic ends.
- White, M. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2006) *Maps of narrative practice*. Nueva York: Norton.